

Негормональна корекція проявів клімактеричного синдрому в жінок з ендометріозом

Клімактерій – це період життя жінки, який настає у віці від 40 до 65 років, співпадає з її найбільш активною соціальною та професійною діяльністю і характеризується загальними інволюційними порушеннями в організмі, на фоні яких відбуваються й вікові зміни репродуктивної системи. У цей час внаслідок зниження рівня статевих гормонів, особливо естрогенів, розвивається патологічний симптомокомплекс – клімактеричний синдром (КС), який відображає дезадаптацію різних органів та систем, що мають естрогенові рецептори.

У патогенезі КС головна роль належить розузгодженню діяльності гіпоталамічних структур головного мозку, які забезпечують координацію кардіоваскулярних, респіраторних і температурних реакцій з емоційно-поведінковими. Наявність вікового та соціального дефіциту вітамінів і мікроелементів посилює цей патофізіологічний механізм, пригнічуючи реакції неспецифічної резистентності організму, створюючи й обумовлюючи формування чинників ризику розвитку різноманітних захворювань у період згасання репродуктивної функції.

Частота КС, за даними різних авторів, варіює від 40 до 80% серед жінок у клімактерії. За перебігом розрізняють легку, середню та важку форми КС. Легший та менш тривалий перебіг КС трапляється, як правило, у практично здорових жінок, тоді як у хворих із хронічними соматичними захворюваннями і психосоматичними розладами перебіг КС відбувається атипово та має тенденцію до тривалого.

Особливо важкий перебіг КС відзначається при передчасній менопаузі у віці 38-43 років, що є характерним для жінок з ендометріозом, які в репродуктивному періоді застосовували хірургічні та консервативні методи лікування, націлені на гальмування функції яєчників.

Надзвичайно актуальною, з медичної та соціальної точок зору, є виражена астенізація (фізична і психічна) сучасної жінки в рамках КС. При цьому астенічний синдром можна розглядати як патологічно змінену реакцію адаптації нервової системи у відповідь на фізичні та психічні перевантаження, екзо- або ендогенні інтоксикації, судинні розлади, а також на вікові зміни процесів нейрогуморальної регуляції. Саме астенія та пов'язані з нею нейрометаболічні порушення значною мірою формують фундамент подальших функціональних змін у діяльності мозку, що, як наслідок, призводить до розвитку психоемоційних і вегетосудинних порушень. Це особливо актуально для жінок з ендометріозом, у яких ще в репродуктивному віці мають місце процеси дезадаптації різного ступеня вираженості. Менопаузальна гормональна терапія (МГТ), яка має у своєму арсеналі досить багато сучасних препаратів, є найефективнішою в терапії КС. Однак саме для пацієнок з ендометріозом МГТ не можна вважати терапією вибору, оскільки її застосування часто супроводжується рецидивами ендометріозу. Тому на сьогоднішній день пошук альтернативних шляхів терапії КС для жінок, у яких в анамнезі були клінічні прояви ендометріозу, є надзвичайно актуальним.

Численні дані про роль вітамінів як препаратів, що підвищують стресостійкість та адаптацію, сьогодні також поповнилися знаннями про їхній вплив на рівень гормонів в організмі жінки. Так, відомо, що вітаміни підвищують інтенсивність фізіологічних процесів, тобто є біокатализаторами, які реалізуються в реакціях окислення, необхідних для підтримання обміну речовин на певному рівні, забезпечуючи тим самим повноцінне функціонування нервової, серцево-судинної та ендокринної систем організму жінки. Ендокринні залози дуже чутливі до нестачі вітамінів. Між вітамінами і гормонами існує відомий взаємозв'язок. З одного боку, вітаміни беруть участь у синтезі гормонів і зміні чутливості рецепторів до них, а з іншого – дія вітамінів на організм змінюється при станах ендокринної недостатності (клімактерій, гіпертиреоз тощо). Зв'язування рецептора зі стероїдним гормоном і його активація перебувають під контролем процесів фосфорилування. Фосфорилування потрібне для формування гормонозв'язуючої форми рецептора. Більше того, існують дані, що в деяких випадках фосфорилування рецептора може відтворювати дію гормона. Так, певні дослідження показали, що підвищення в клітині вмісту циклічного аденозімонофосфату (цАМФ) на фоні прийому вітамінів групи В стимулює фосфорилування естрогенного рецептора і викликану ним активацію

транскрипції. Ці дані дозволяють вважати, що цАМФ може викликати фосфорилування рецептора і відповідні зміни його біологічної активності. Таким чином, підвищення енергетичного забезпечення клітини (основна функція вітамінів групи В) може посилювати прояв естрогенних ефектів без збільшення їхнього синтезу. Враховуючи істотну роль фосфорилування в регуляції функції рецептора, водорозчинні вітаміни, які впливають на внутрішньоклітинні рівні цАМФ, можна вважати важливими чинниками контролю активності рецепторного апарату і підвищення чутливості до стероїдних гормонів. Отже, вітаміни групи В активно перешкоджають розвитку стресу, напруги та енергетичного дисбалансу, які спостерігаються в пацієнок із КС.

Одним з основних компонентів, додаткове надходження якого в організм у період пременопаузи і менопаузи відіграє важливу роль, є вітамін А. Вітамін А в організмі людини може бути у формі спирту (ретинол), альдегіду (ретиноаль) і кислоти (ретиноева кислота). Також відомі ефіри цих сполук і їхні просторові ізомери. Ізомери ретиноевої кислоти (РК) мають гормоноподібну дію і впливають на експресію генів, тим самим регулюючи різні фізіологічні процеси. Транс-ретиноаль і 9-цис-ретиноаль транспортуються в ядро клітини і можуть впливати на транскрипцію генів. Через стимуляцію та інгібіцію транскрипції певних генів РК відіграє важливу роль у клітинному диференціюванні, спеціалізації клітин для виконання високоспецифічної фізіологічної ролі. Так, вважається, що ретиноїди впливають на транскрипцію чинників процесів ремоделювання шкіри і їх рецепторів. У зв'язку з цим вони широко використовуються як засоби для профілактики та лікування захворювань шкіри. Додатковий прийом ретиноїдів попереджує розвиток сухості слизових оболонок (у т. ч. слизової оболонки піхви), сприяє швидкій регенерації епітеліальних тканин, а також запобігає утворенню пігментних плям, особливо помітних у літньому віці.

Вітамін D також відіграє важливу роль у стероїдогенезі та здійснює велику частину своїх функцій за допомогою ядерного фактора транскрипції, відомого як рецептор вітаміну D (VDR). При вході в ядро клітини 1,25-дегідроксिवітамін D зв'язується з VDR, і відбувається взаємодія останнього з рецептором X РК (RXR). У присутності 1,25-дегідроксिवітаміну D комплекс VDR/RXR зв'язується з малими послідовностями дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК), відомими як вітамін D-залежні елементи (VDREs), що ініціює каскад молекулярних взаємодій, які модулюють транскрипцію специфічних генів. VDR широко представлені в організмі і виявлені щонайменше в 35 органах і тканинах, включаючи мозок, серце, гладком'язові клітини та ендотелій судин, підшлункову і парашитовидну залози, шкіру. Також вітамін D утримує рівень кальцію в сироватці крові в межах вузького діапазону, що є життєво важливим для нормального функціонування нервової системи та підтримки щільності кісткової тканини, особливо в період пре- і постменопаузи. Тільки 10-15% харчового кальцію і близько 60% фосфору абсорбується без участі вітаміну D. 1,25-дегідроксивітамін, взаємодіючи із VDR-рецепторами, підвищує всмоктування кальцію і фосфору в кишечнику до 30-40 і 80% відповідно. За даними проспективного дослідження, що проводилося на основі вибірки пацієнтів із Фрамінгемського дослідження серця, найвищий рівень серцево-судинних подій спостерігався в пацієнтів із дефіцитом вітаміну D і артеріальною гіпертензією. Автори виявили, що збільшення ризику серцево-судинних подій відбувається при значеннях 25(ОН) D₃ значно нижче 75 нмоль/л, тобто в діапазоні недостатності або дефіциту. Відомо, що з віком розвивається зниження біодоступності вітаміну D, який потрапляє в організм за рахунок зменшення абсорбції жирів внаслідок різних захворювань шлунково-кишкового тракту,

хірургічних втручань, прийому лікарських засобів. Крім того, ожиріння, яке досить часто супроводжує менопаузу, призводить до секвестрації вітаміну D₃ у жировій тканині. Так, до 70-річного віку синтез вітаміну D₃ знижується приблизно на 75%.

На сьогоднішній день роль ще одного важливого нутрієнта – токоферолу, або вітаміну Е. Токоферол є універсальним протектором усіх клітинних мембран незалежно від типу тканини. Це пов'язане з його високою антиоксидантною активністю. Сьогодні опубліковані дані доклінічних досліджень, які підтверджують церебропротективну дію вітаміну Е. Так, вивчені й підтверджені протективні ефекти вітаміну Е проти оксидативного ушкодження, спричиненого комплексом β-амілоїду та Cu (II). β-Амілоїд (Ab) вважається відповідальним за формування сенильних бляшок, які є критерієм хвороби Альцгеймера. Відомо, що Ab1-40 формує олігомерний комплекс, який зв'язує мідь. Результати певних досліджень показують, що зв'язування міді з Ab1-40 значно підвищує продукцію H₂O₂, що призводить до руйнування інтегративності плазматичної мембрани і подальшої загибелі нейрона. Групи тварин, що отримували вітамін Е, мали істотно менші ушкодження. Процес вільнорадикального окислення органічних речовин відбувається в усіх тканинах та органах людини. Він є надзвичайно важливим для побудови й оновлення структурних ліпідів клітинних мембран, для синтезу деяких гормонів тощо. Регулювання процесів вільнорадикального окислення та рівня перекисних сполук, що накопичуються при цьому в організмі, здійснюється ендогенною антиоксидантною системою (АС) – однією з ланок складної системи адаптації організму. Під впливом зниження рівня статевих гормонів і в процесі старіння вільнорадикальне окислення в організмі активізується, захисна АС перестає виконувати свою функцію регулятора вмісту вільних радикалів, як наслідок – виникає ланцюгова реакція з накопиченням в організмі надмірної кількості активних радикалів. У таких випадках радикали чинять ушкоджуючу дію на мембрани клітин, пришвидшуючи окислення їхніх ліпопротеїдів і призводячи до порушення цілісності мембранних структур клітин та зниження їхньої метаболічної активності. Такі процеси порушують роботу центральної нервової, імунної, репродуктивної систем, посилюють процеси зашлакованості в організмі, сприяють росту атеросклеротичних бляшок у коронарних і мозкових судинах і хронізації різноманітних запальних захворювань та в цілому прискорюють старіння організму. Токоферол є біоантиоксидантом, який видаляє з організму найтоксичніші вільнорадикальні продукти перекисного окислення. Його дію синергічно посилюють вітаміни А і С, β-каротин.

Крім того, в організмі наявна велика група сполук, які є проміжними продуктами в синтезі біоантиоксидантів: похідні нікотинової кислоти, селеніт натрію, глутамінова і ліпоєва кислоти, рибофлавін, а також різні мікроелементи (Se, Cu, Zn, Mo, Mg). Наявність в організмі достатньої кількості цих мікронутрієнтів є своєрідним гарантом нейтралізації ушкоджуючої дії вільних радикалів. При цьому важливою особливістю фізіологічної АС являється розподіл її компонентів між гідрофільною та гідрофобною фазами клітинних структур. Жиророзчинні антиоксиданти (токоферол, β-каротин тощо) містяться в ліпідних структурах – мембранах, ліпопротеїнах. Водорозчинні (аскорбінова кислота, глутатіон, ерготионеїн, антиперекисні і протеолітичні ферменти) функціонують усередині клітини. Усі клітинні структури, а також позаклітинне середовище перебувають під контролем фізіологічної АС. Ендогенні фенольні антиоксиданти, представлені токоферолом, убіхіноном, поліфенолами і флавоноїдами, відіграють основну роль в антиоксидантній системі організму. Передусім це пов'язане з тим, що вони контролюють цілісність і функціональну активність найважливіших клітинних структур – мембран.

Загальновідомо, що на сьогоднішній день актуальною проблемою для багатьох країн світу, у тому числі й для України, є недостатність мікроелементів у харчовому раціоні населення. Ми отримуємо велику кількість калорій, надмірно споживаючи жирну їжу тваринного походження та прості вуглеводи. Внаслідок цього розвивається дефіцит більшості вітамінів (у т. ч. вітамінів антиоксидантного ряду – С, Е, А і β-каротину),

мінеральних речовин (кальцію, заліза), мікроелементів (йоду, фтору, селену, цинку), рослинних і тваринних білків, поліненасичених жирних кислот; виражений дефіцит харчових волокон. Брак вітамінів групи Д виявляється у 24,4% обстежених, аскорбінової кислоти – у 13-50%, каротиноїдів – у 25-94% при відносно достатньому рівні вітамінів А і Е. Хоч як парадоксально, але практично не виявляється жінок, забезпечених усіма вітамінами. У переважній більшості обстежених (70-80%) спостерігається поєднаний дефіцит трьох і більше вітамінів, тобто полігіповітамінозні стани, незалежно від віку, пори року, місця проживання і професійної приналежності. Хронічна вітамінна, мікро- та макроелементарна недостатність у жінок, за даними ВООЗ, виявляється уже у віці 40 років, підвищуючи ризик патологічного перебігу клімактерія на перспективу. Існуюча дефіцитна структура харчування несприятливо впливає передусім на захисні системи організму, пригнічуючи реакції неспецифічної резистентності організму, створюючи й обумовлюючи формування чинників ризику будь-яких захворювань.

Таким чином, для профілактики та лікування процесів, пов'язаних зі старінням жінки, надзвичайно важливим є забезпечення достатньою кількістю вітамінів, мікроелементів та біофлавоноїдів, які здійснюють позитивний опосередкований вплив не тільки на стероїдогенез, але й на відновлення процесів ремодельовання в різних тканинах та забезпечення оптимального функціонування найважливіших сигнальних систем.

Метою нашого спостереження було оптимізувати комплекс заходів для жінок із КС легкого та середнього ступеня прояву та ендометріозом в анамнезі.

Матеріали і методи

Об'єктом спостереження були 72 жінки віком від 38,5 до 50,3 року (середній вік – 44,3±1,5 року) із проявами КС легкого та середнього ступеня тяжкості, які в анамнезі були оперовані у зв'язку з ендометріозом. Як джерело основних вітамінів та мікроелементів, що відіграють важливу роль у стероїдогенезі статевих гормонів, жінки отримували вітамінно-мінеральний комплекс Менопейс Оріджинал у дозуванні 1 таблетка 1 р/добу протягом 6 місяців. Менопейс Оріджинал містить 22 компоненти, а саме: вітамін А 750 мкг, вітамін D₃ 5 мкг, вітамін Е 10 мг, вітамін В₁ 1,4 мг, вітамін В₂ 1,6 мг, вітамін В₆ 2 мг, вітамін В₁₂ 22 мкг, вітамін В₃ 20 мг, фолієва кислота 200 мкг, біотин 30 мкг, вітамін С 45 мг, пантотенова кислота 6 мг, ПАБК 30 мг, залізо 9 мг, цинк 15 мг, магній 100 мг, марганець 2 мг, йод 150 мкг, мідь 1 мг, хром 25 мкг, селен 50 мкг, бор 1 мг, екстракт соєвих ізофлавононів 50 мг. Виробник: Вітабіотикс Лтд. (Великобританія). Слід зазначити, що бор, який входить до складу комплексу, сприяє синтезу естрогенів та підвищує їхній рівень природним чином, тим самим підтримуючи позитивну дію естрогенів на судини, кісткову тканину, ліпідний і вуглеводний обмін, стан епітелію піхви і психовегетативні симптоми, асоційовані з естрогендефіцитом у клімактерії.

Оцінка стану пацієнток та тяжкості клімактеричних розладів проводилася за шкалою MRS (Modified Rankin Scale), яка включала визначення ступеня вираженості припливів, скарг із боку серцево-судинної системи, порушень сну, болю в суглобах і м'язах, депресивного настрою, фізичного і духовного виснаження, сексуальних проблем. Ми оцінювали динаміку тяжкості менопаузальних проявів за даними сумарного менопаузального індекса (МПІ), а також визначали частоту та динаміку вираженості окремих проявів КС до початку, через 3 і 6 місяців спостереження та через 3 місяці після спостереження.

Результати спостереження і їх обговорення

Проаналізувавши динаміку середніх величин показників МПІ в досліджуваного контингенту жінок, ми відзначили певну позитивну динаміку вже через 3 місяці прийому вітамінно-мінерального комплексу Менопейс Оріджинал і вірогідне зменшення проявів КС через 6 місяців спостереження. Слід зазначити, що через 3 місяці після припинення вживання Менопейс Оріджинал вираженість клінічних проявів КС суттєво не підвищилася. Так, на початку спостереження в жінок обстежуваної групи середній показник МПІ становив 26,3±6,7 бала, через 3 місяці спостерігалася тенденція до його зменшення (20,2±4,8 бала), а через 6 місяців – вірогідне зниження середнього показника МПІ, який становив 12,3±3,1 бала. Через 3 місяці після завершення спостереження МПІ практично залишився незмінним і становив 12,5±3,3 бала (рис. 1).

Виходячи з даних, представлених у таблиці, основними скаргами в структурі клімактеричних проявів до вживання Менопейс Оріджинал були припливи (83,3%), неприємні відчуття в серці (48,6%), порушення сну (51,3%), а також фізична та психологічна виснаженість (48,6%). Підвищена внутрішня тривожність спостерігалася в 45,8% жінок, дратівливість –

у 66,6%. Рідше виявлялися депресії (29,1%), сухість піхви (29,1%), проблеми зі статевим життям (27,7%). Урогенітальні прояви, такі як нетримання сечі, часті позиви до сечовиділення та відчуття труднощів при сечовиділенні, зафіксовано в 33,3% жінок. Неприємні відчуття в суглобах та м'язах відзначали 22,2% жінок.

Через 3 місяці вживання вітамінно-мінерального комплексу Менопейс Оріджинал серед жінок досліджуваної групи достовірно зменшилася частота припливів (62,5%), неприємних відчуттів у серці (40,2%), порушення сну (36,1%), дратівливості (50%), фізичної та психологічної виснаженості (37,5%), внутрішньої тривожності (30,5%). Щодо проявів депресії, випадків нетримання сечі, змін статевої поведінки, сухості піхви та наявності неприємних відчуттів у суглобах та м'язах, то їхня частота знизилася незначно і виявлялася в 26,3, 30,5, 26,3, 26,3 та 19,4% жінок відповідно.

Через 6 місяців прийому Менопейс Оріджиналу стан пацієнток досліджуваної групи значно поліпшився (за низкою показників навіть порівняно з відповідними показниками після трьох місяців спостереження). Так, припливи відзначали 33,3% обстежуваного контингенту, неприємні відчуття в серці – 19,4%, порушення сну – 20,8%, дратівливість – 31,9%, фізичну та психологічну виснаженість – 20,8% жінок. Достовірно зменшення показників порівняно

з аналогічними на початку дослідження спостерігалася у випадках наявності депресії (19,4%), внутрішньої тривожності (22,2%) та сухості у піхві (20,8%).

Щодо порушень статевої поведінки, урогенітальних розладів та наявності неприємних відчуттів у суглобах та м'язах, то ми також спостерігали зменшення цих показників у жінок досліджуваної групи, проте недостовірно, як порівняно з початком спостереження, так і відносно цих проявів через 3 місяці після прийому Менопейс Оріджиналу. Так, проблеми зі статевим життям відзначалися в 22,2% жінок, урогенітальні прояви – 27,7%, неприємні відчуття в суглобах та м'язах – 16,6%.

Через 3 місяці після вживання Менопейс Оріджиналу показники частоти клімактеричних розладів були практично стабільними. Водночас спостерігалася незначне підвищення випадків внутрішньої тривожності (25%), депресії (19,4%), проблем зі статевим життям (23,6%) та відчуття сухості у піхві (у 20,8%) (табл.).

Щодо динаміки вираженості окремих проявів КС, то ми також зафіксували вірогідне зниження вегетосудинних та психоемоційних проявів уже через 3 місяці спостереження, яке через 6 місяців стало ще виразнішим і залишилося практично незмінним протягом наступних

Продовження на стор. 52.

Менопейс
ОРИДЖИНАЛ

по 1 таблетці на добу

Потрійна формула для підтримки жіночого організму в період менопаузи

З ФІТОЕСТРОГЕНАМИ, ВІТАМІНАМИ ТА МІНЕРАЛАМИ

30 таблеток Vitabiotics
Менорасе original
Менопейс ОРИДЖИНАЛ

Спеціально створено для прийому під час та після менопаузи, щоб підтримати баланс гормональної активності

Збалансована формула з 22 активними компонентами

1 таблетка на добу

СІМЛЕН 16.02.01 Менопейс Оріджинал. На графік реклам. Не є лікарським засобом. Випусков. ДЕН 05.03.02-03/7567 від 04.12.2014. Європейське законодавство. Державні лікарні, аптеки та аптеки. Перед застосуванням ретельно ознайомитися з ліфтом.

THE QUEEN'S AWARD FOR ENTERPRISE INNOVATION 2014

VITABIOTICS
LONDON, ENGLAND

Н.Ф. Захаренко, к.м.н., ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,
Н.В. Коваленко, лікар гінекологічного відділення КМЛ № 9

Негормональна корекція проявів клімактеричного синдрому в жінок з ендометріозом

Продовження. Початок на стор. 50.

3 місяців після завершення прийому Менопейс Орджиналу. Так, вираженість припливів на початку становила $3,7 \pm 1,5$ бала, через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу вона знизилася до $2,9 \pm 1,3$ бала, а через 6 місяців була лише $1,3 \pm 1,3$ бала. Через 3 місяці після завершення вживання Менопейс Орджиналу цей показник суттєво не змінився і становив $1,5 \pm 1,4$ бала.

Оцінюючи вираженість неприємних відчуттів у серці серед жінок досліджуваної групи, ми виявили, що на початку спостереження середній показник таких проявів становив $3,5 \pm 1,4$ бала, через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу – $2,7 \pm 1,6$ бала, а через 6 місяців – $1,6 \pm 1,4$ бала (рис. 2).

Рівень депресивності також суттєво змінювався протягом періоду спостереження. Так, якщо на початку він становив $3,4 \pm 1,3$ бала, то через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу знизився до $2,9 \pm 1,3$ бала, а через 6 місяців дорівнював $1,5 \pm 0,8$ бала (рис. 3). При цьому важливо зазначити, що через 3 місяці після завершення вживання Менопейс Орджиналу рівень депресивності становив $1,4 \pm 0,6$ бала.

Підвищена дратівливість на початку була досить високою й оцінювалась у $3,1 \pm 1,8$ бала. Уже через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу ступінь її вираженості знизився до $2,7 \pm 1,3$ бала, через 6 місяців відповідав $1,5 \pm 0,8$ бала ($p < 0,05$). Через 3 місяці після відміни Менопейс Орджиналу рівень дратівливості суттєво не підвищився і становив $1,7 \pm 0,9$ бала.

Щодо вираженості підвищеної тривожності, то на початку середній показник її дорівнював $3,3 \pm 1,5$ бала, через 3 місяці вживання вітамінно-мінерального комплексу Менопейс Орджинал становив $2,2 \pm 1,3$ бала, через 6 місяців – $1,3 \pm 0,2$ бала ($p < 0,05$). Після завершення вживання Менопейс Орджиналу вираженість цього показника протягом 3 місяців залишилася майже незмінною і становила $1,5 \pm 0,4$ бала ($p < 0,05$).

Рівень фізичної та психоемоційної виснаженості на початку становив $3,4 \pm 1,7$ бала. Після вживання впродовж

3 місяців Менопейс Орджиналу цей показник знизився до $2,5 \pm 1,5$ бала ($p < 0,05$), а через 6 місяців становив $1,4 \pm 0,9$ бала ($p < 0,05$). Через 3 місяці після відміни вітамінно-мінерального комплексу в жінок відзначалося деяке збільшення проявів фізичної та психоемоційної виснаженості, що відображує її середній показник, який становив у цей період $1,6 \pm 0,7$ бала. Протягом періоду спостереження ми зафіксували активну динаміку щодо вираженості порушень сну в досліджуваного контингенту жінок. Так, на початку цей показник становив $3,2 \pm 1,3$ бала, через 3 місяці знизився до $2,8 \pm 1,6$ бала, а через 6 місяців – до $1,7 \pm 0,9$ бала ($p < 0,05$). Попри відміну прийому Менопейс Орджиналу, рівень порушень залишався практично незмінним і становив $1,7 \pm 0,5$ бала ($p < 0,05$).

Аналізуючи динаміку вираженості з боку розладів сечостатевої та кістково-м'язової систем у жінок обстежуваної групи, ми також спостерігали зниження всіх показників на фоні прийому вітамінно-мінерального комплексу (рис. 4, 5).

Проте слід зазначити, що достовірне зниження показника на третьому місяці прийому Менопейс Орджиналу ми спостерігали лише щодо проявів сухості піхви.

Так, рівень сухості піхви в обстежених жінок на початку становив $2,4 \pm 1,7$ бала, через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу він знизився до $2,0 \pm 1,1$ бала ($p < 0,05$), а через 6 місяців дорівнював $1,8 \pm 0,4$ бала ($p < 0,05$). Через 3 місяці після завершення вживання Менопейс Орджиналу рівень цього показника залишився практично незмінним і становив $1,8 \pm 0,6$ бала ($p < 0,05$).

Щодо розладів статевого життя та сечовипускання, то ми також спостерігали зниження їхніх проявів, але недостовірне. Після завершення вживання Менопейс Орджиналу показник вираженості розладів статевого життя протягом 3 місяців залишався незмінним і практично відповідав аналогічному показникові після 6 місяців прийому Менопейс Орджиналу ($1,8 \pm 0,3$ бала та $1,8 \pm 0,5$ бала відповідно; $p > 0,05$). Рівень вираженості розладів сечовипускання через 3 місяці після завершення прийому вітамінно-мінерального комплексу дещо підвищився

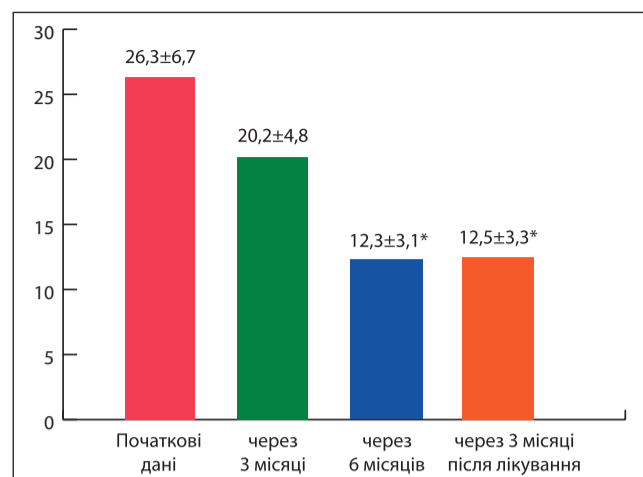


Рис. 1. Динаміка вираженості МПІ за шкалою MRS

Примітка: * різниця достовірна відносно показника «початкові дані» ($p < 0,05$).

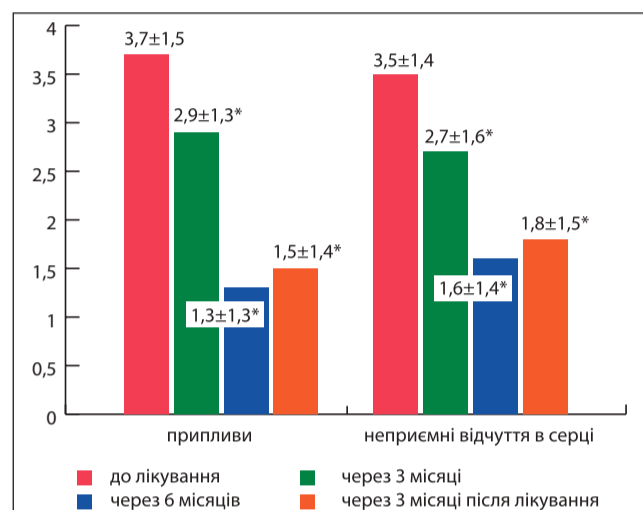


Рис. 2. Динаміка вираженості вегетосудинних проявів КС за шкалою MRS

Примітка: * різниця достовірна відносно показника «початкові дані» ($p < 0,05$).

в порівнянні з аналогічним після 6 місяців прийому Менопейс Орджиналу ($2,1 \pm 0,9$ бала та $1,9 \pm 0,7$ бала відповідно; $p > 0,05$).

Щодо вираженості неприємних відчуттів у суглобах та м'язах у пацієнток досліджуваної групи, то ми також спостерігали певні позитивні зміни ($p > 0,05$). Так, якщо на початку цей показник становив $2,5 \pm 1,5$ бала, то через 3 місяці вживання Менопейс Орджиналу він знизився до $2,0 \pm 1,1$ бала, а через 6 місяців дорівнював $1,6 \pm 0,4$ бала. Через 3 місяці після завершення терапії вітамінно-мінеральним комплексом рівень проявів цього показника дещо підвищився і становив $1,97 \pm 0,6$ бала.

Вважаємо надзвичайно важливим те, що протягом усього періоду спостереження ми не виявили жодного випадку проявів, які б свідчили про рецидив ендометріозу.

Висновки

Наше спостереження показало, що:

1. Застосування вітамінно-мінеральних комплексів можна вважати важливою складовою заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я жінок із КС, які є патогенетично обґрунтованими.

2. Довготривале (6 місяців) використання комплексу Менопейс Орджинал з метою корекції проявів КС сприяє зниженню їхньої частоти і зменшенню ступеню вираженості.

3. Використання мінерально-вітамінного комплексу Менопейс Орджинал у корекції проявів КС у жінок з ендометріозом можна вважати перспективним.

Список літератури знаходиться в редакції.

Таблиця. Частота окремих проявів КС у жінок, абс. ч. (%) до початку вживання, через 3 та 6 місяців вживання та через 3 міс після припинення вживання комплексу Менопейс Орджинал за шкалою MRS

Окремі прояви КС	Група жінок (n=72)			
	Початкові дані	Через 3 міс вживання комплексу Менопейс Орджинал	Через 6 міс вживання комплексу Менопейс Орджинал	Через 3 міс після вживання комплексу Менопейс Орджинал
Припливи	60 (83,3)	45 (62,5) а	24 (33,3) а, б	24 (33,3) а, б
Неприємні відчуття в серці	35 (48,6)	24 (33,3) а	14 (19,4) а, б	14 (19,4) а, б
Порушення сну	37 (51,3)	26 (36,1) а	15 (20,8) а, б	15 (20,8) а, б
Депресії	21 (29,1)	19 (26,3)	14 (19,4) а	16 (22,2)
Дратівливість	48 (66,6)	36 (50,0) а	23 (31,9) а, б	23 (31,9) а, б
Внутрішня тривожність, іпохондричність	33 (45,8)	22 (30,5) а	16 (22,2) а	18 (25,0) а
Фізична та психологічна виснаженість, зниження працездатності	35 (48,6)	27 (37,5) а	15 (20,8) а, б	15 (20,8) а, б
Проблеми зі статевим життям	20 (27,7)	19 (26,3)	16 (22,2)	17 (23,6)
Урогенітальні прояви	24 (33,3)	22 (30,5)	20 (27,7)	20 (27,7)
Сухість у піхві	21 (29,1)	19 (26,3)	14 (19,4) а	15 (20,8) а
Неприємні відчуття в суглобах та м'язах	16 (22,2)	14 (19,4)	12 (16,6)	12 (16,6)

Примітки: а – різниця достовірна відносно показника «початкові дані» ($p < 0,05$); б – різниця достовірна відносно показника 3 міс вживання комплексу Менопейс Орджинал ($p < 0,05$).

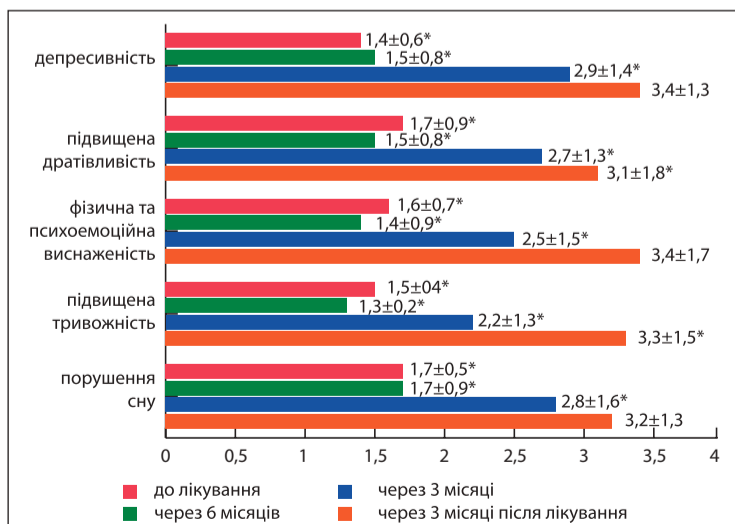


Рис. 3. Динаміка вираженості психоемоційних проявів КС за шкалою MRS

Примітка: * різниця достовірна відносно показника «початкові дані» ($p < 0,05$).

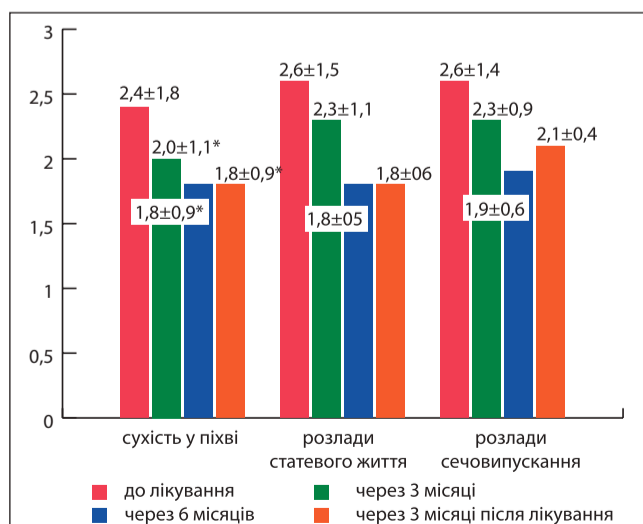


Рис. 4. Динаміка вираженості розладів сечостатевої системи за шкалою MRS

Примітка: * різниця достовірна відносно показника «початкові дані» ($p < 0,05$).

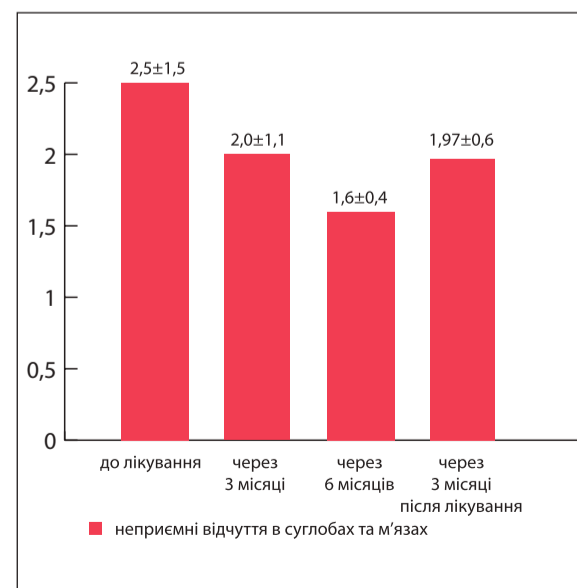


Рис. 5. Динаміка вираженості КС за шкалою MRS