

УДК: 616.092 -015.6/037

*Гозиева Шохиста Султонбековна*  
*Ассистент кафедры Акушерство-гинекологии,*  
*Андижанский Государственный Медицинский Институт,*  
*Андижан, Узбекистан*

## **КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ**

*Аннотация:* Методом анонимного опроса проведено анкетирование 1400 женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов с выборкой для статистического анализа и определения хронологического возраста возникновения нарушений в регуляторных механизмах репродуктивной системы. Для анализа были отобраны 825 анкет. Все опрошенные являлись жительницами г. Андижана и Андижанской области, республики Узбекистан.

*Ключевые слова* гиперпролактинемия, перименопауза, климактерический период, диагностика, лечение

*Gozieva Shohista Sul-tonbekovna*  
*Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology,*  
*Andijan State Medical Institute,*  
*Andijan, Uzbekistan*

## **CLIMACTERIC PROBLEMS AND METHODS OF THEIR CORRECTION**

*Annotation:* An anonymous survey was used to survey 1400 women of reproductive and perimenopausal ages with a sample for statistical analysis and determining the chronological age of occurrence of violations in the regulatory mechanisms of the reproductive system. 825 questionnaires were selected for analysis. All respondents

*were residents of the city of Andijan and the Andijan region, the Republic of Uzbekistan.*

**Keywords** *hyperprolactinemia, perimenopause, menopause, diagnosis, treatment*

**Актуальность:** Все чаще расстройства, возникающие в период перименопаузы и в климактерическом периоде, рассматривают как следствие эндокринных нарушений, начинающихся либо в репродуктивном возрасте, либо раньше. Анализ выступлений на 11-м всемирном конгрессе по эндокринной гинекологии (Флоренция, 2004) позволил подтвердить возможность возникновения симптомов, характерных для климактерия, в возрасте 30–35 лет. Предполагается, что нарушения, проявляющиеся подобной симптоматикой, влияют на дальнейшее развитие патологии в репродуктивном периоде и провоцируют возникновение климактерических расстройств.

Е.М. Вихляева и соавт. выделяют 4 клиничко-патогенетические формы климактерического синдрома: 1) с преобладанием вегетососудистых нарушений (симпатической или парасимпатической направленностью вегетативного тонуса); 2) с преобладанием психоэмоциональных расстройств по типу дисфункции обоих отделов центральной нервной системы (ЦНС); 3) на фоне гиперпролактинемии; 4) климактерический синдром, трансформированный из предменструального синдрома (ПМС) переходного периода.

**Цель исследования:** было совершенствование диагностики ранних нарушений репродуктивной функции и климактерического синдрома на фоне гиперпролактинемии, направленное на выбор корректирующей терапии.

**Материал и методы исследования:** Нами был проведен анализ анкет женщин в возрасте от 30 лет и старше. В процессе анкетирования были выделены группы женщин с гиперпролактинемией. Методом анонимного опроса проведено анкетирование 1400 женщин репродуктивного и

перименопаузального возрастов с выборкой для статистического анализа и определения хронологического возраста возникновения нарушений в регуляторных механизмах репродуктивной системы. Каждая из опрошенных отвечала на 58 вопросов, с четырьмя вариантами ответов: «да», «нет», «иногда», «редко». Для анализа были отобраны 825 анкет. Все опрошенные являлись жительницами г. Анджана и Андижанской области, республики Узбекистан. На основании проведенного опроса были выделены возрастные группы: в возрасте 30–34 лет была 101 женщина (1-я группа); в возрасте 35–39 лет 117 женщин (2-я группа); 40–44 лет 126 женщин (3-я группа); 45–49 лет 219 женщин (4-я группа); 50–54 лет 170 женщин (5-я группа); 55–60 лет 92 женщины (6-я группа). Взятие крови для определения уровня пролактина при сохраненном цикле осуществляли на 2–3-й день менструального цикла, при его отсутствии – в любой день. Анализ проводили с использованием гормонального анализатора Cobas Core II («Roche», Швейцария) и тест-систем иммунохемилюминесценции «IMMULITE».

**Результаты:** За критерий наличия у анкетированных женщин нейровегетативных нарушений были взяты приливы. Приливы жара выявлены у 47,03% опрошенных женщин. Обращает на себя внимание достаточно высокая распространенность приливов у женщин до 39 лет. Менее 10 раз в сутки приливы были у 32,85% всех анкетированных женщин, более 10 раз в сутки – у 10,22%, более 20 раз – у 3,96%. Приливы к лицу и голове беспокоили соответственно 18,07 и 39,47%, к верхней половине туловища – 23,06%. Нами отмечена вариабельность длительности приливов: до 30 секунд приливы беспокоили 33,48% всех женщин с приливами; до 1 минуты – 42,79%; более 1 минуты – 23,73%. Без покраснения кожи приливы были у 30,38% опрошенных, с интенсивным покраснением – у 32,59%.

Всем пациенткам с нарушениями менструального цикла был назначен циклодинон по стандартной схеме: 1 таблетка в сутки в течение 3 месяцев. Проведенный контроль уровня пролактина у пациенток I группы через 2

месяца от начала приема циклодинона выявил его снижение на 20,3%: с  $45,7 \pm 9,4$  мМЕ/л до  $594,2 \pm 10,1$  мМЕ/л. При этом было решено, что при клиническом улучшении (восстановлении менструального двухфазного цикла, клиническом излечении олигоменореи) прием циклодинона будет ограничен 3 месяцами, а при отсутствии клинического выздоровления продлен до 6 месяцев. Из 121 пациентки купирование вышеназванной симптоматики через 3 месяца приема циклодинона произошло у 17 (14,0%), остальным потребовалось 6-месячное лечение, что привело к купированию симптоматики у 78 пациенток – 64,5%.

Таким образом, прием циклодинона в репродуктивном возрасте при выявленной гиперпролактинемии купировал нарушения менструального цикла у 78,5% при приеме в стандартной дозе в течение 6 месяцев. Снижение уровня пролактина от исходного составило 43,1% .

Лечение климактерического синдрома у пациенток II группы при указанных выше показателях пролактина сочетали с назначением циклодинона в течение 6 месяцев по 1 таблетке 1 раз в сутки. Отмечено, что через 2 месяца приема циклодинона уровень пролактина во II группе снизился до  $194,7 \pm 7,9$  мМЕ/л. Продолжение терапии до 6 месяцев привело к снижению пролактина во II группе до  $137,4 \pm 5,6$  мМЕ/л. При этом назначение менопаузальной гормональной терапии на фоне приема циклодинона купировало климактерические жалобы на  $6 \pm 1,4$  дня быстрее, чем при монотерапии гормонами.

Среднее снижение уровня пролактина от исходного во II группе составило 35,5% и сочеталось с клиническим улучшением, проявляющимся отсутствием жалоб на ночные поты, снижением дневной потливости и др.

## **Выводы:**

1. Наличие ночных потов, приливов в любом возрасте (репродуктивном и климактерическом) требует исследования уровня пролактина.
2. Пациенткам с клиникой климактерического синдрома необходимо определять пролактин в обязательном порядке.
3. Назначение циклодинона в репродуктивном и в климактерическом периодах не отменяет применение других методов коррекции выявленных нарушений и способствует улучшению качества жизни.

## **Список литературы**

1. Карахалис Л.Ю. Метаболические и сосудистые нарушения в репродуктивном возрасте и их роль в разработке прогноза перименопаузальных осложнений. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2006; 5(4): 746-9.
2. Сметник В.П., ред. Медицина климактерия. Ярославль: «Издательство Литера; 2006. 848 с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИА; 2009. 591 с.
4. Сметник В.П., Балан В.Е., Бутарева Л.Б. О патогенезе и лечении некоторых форм климактерического синдрома. Акушерство и гинекология. 1986; 7: 34-7.
5. Вихляева Е.М., ред. Руководство по эндокринной гинекологии. М.: МИА; 1997. 768 с.
6. Мальцева Л.И., Гафарова Е.А. Роль мелатонина в развитии климактерического синдрома у женщин и возможности применения мелатонина в лечении симптомов патологического климакса. Русский медицинский журнал. 2007; 4: 266-9.