

Современные аспекты ведения женщин в климактерический период

А.А. Суханова^{1,2}, О.И. Гервазюк^{1,2}

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

² Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

Цель исследования: изучение влияния диетической добавки Валесан на нейровегетативные симптомы у женщин в климактерический период.

Материалы и методы. Обследовано всего 68 женщин в климактерический период. Сформированы основная группа из 48 женщин, которые принимали диетическую добавку Валесан, и контрольная группа из 20 женщин, которые не принимали никаких препаратов. У пациенток обеих групп проведена модификация образа жизни.

Результаты. У пациенток основной группы отмечали достоверно значимые признаки положительной динамики на фоне приема диетической добавки Валесан. Так, по результатам анкетирования с помощью шкалы Зунге через 3 мес приема Валесана отсутствие депрессивного состояния наблюдалось у 75% женщин, у пациенток контрольной группы – у 25% ($p < 0,05$).

Расчет модифицированного менопаузального индекса также показал эффективность приема диетической добавки Валесан. Симптомы климактерических расстройств у женщин основной группы наблюдались реже и их интенсивность уменьшилась через 3 мес после приема Валесана ($p < 0,05$).

Заключение. Патологическое течение климактерического периода негативно влияет на качество жизни женщин. Применение природных препаратов для ликвидации симптомов патологического климактерического периода является безопасным и доступным методом устранения данной симптоматики. Вследствие приема диетической добавки Валесан у большинства женщин отмечали улучшение показателей модифицированного менопаузального индекса, нормализацию психосоматических нарушений, улучшение общего самочувствия, восстановление цикла «сон–бодрствование», в связи с чем повысилась работоспособность и стабилизировался эмоциональный фон.

Ключевые слова: климактерические расстройства, диетические добавки, Валесан.

В Украине наблюдается постепенное повышение пенсионного возраста для женщин. Таким образом, трудовые ресурсы страны включает в себя не только активных молодых женщин репродуктивного возраста, но и женщин, которые находятся в климактерическом периоде.

По прогнозу ВОЗ, в начале XXI столетия средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах составит 75–80 лет, а в развивающихся – 65–70 лет [10].

По данным литературы, современная женщина проводит одну треть жизни и более в периоды пери- и постменопаузы [7, 4].

Средний возраст наступления менопаузы женщин европейской расы находится между 50-ми 51-м годом [2].

Временные параметры функционирования репродуктивной системы, так же, как и продолжительность возрастных изменений гормонального гомеостаза в процессе естественного ее старения, заложены в генетическом коде организма женщины [1].

При дефиците женских половых гормонов наблюдаются дисфункциональные нарушения в ЦНС и ВНС, что ведет к развитию сосудистой патологии, урогенитальных расстройств, нарушению структуры костной ткани [13].

Основными синдромами климактерического периода являются нейровегетативные, психоэмоциональные и метаболические нарушения [6, 5]. Эта проблема приобретает особое значение, учитывая причинно-следственную связь указанных нарушений с терапевтическими, неврологическими, урологическими, гинекологическими и другими заболеваниями.

В зависимости от времени начала проявлений эти расстройства разделяют на три группы (Сметник В.П., 1995):

I группа – ранние симптомы:

- вазомоторные – приливы жара, ознобы, потливость, головная боль, гипотония, сердцебиение;
- эмоционально-психические – раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.

II группа – средневременные:

- урогенитальные – сухость во влагалище, боль при половом акте, зуд и жжение, уретральный синдром, цисталгии, недержание мочи;
- изменения кожи и ее придатков – сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос.

III группа – поздние обменные нарушения:

- остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания.

С наступлением менопаузы частота развития артериальной гипертензии (АГ), важного фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, резко возрастает. В постменопаузальный период повышение АД выявляют у 80% женщин, а у половины из них АГ впервые диагностируют в период климакса [10].

В современном мире господствует гендерное равноправие. Женщина проявляет себя как личность, устраняя социальные барьеры, все чаще занимает должности, связанные с активной умственной деятельностью.

Нарушения сна – один из наиболее распространенных симптомов менопаузы, которому женщины зачастую не уделяют должного внимания. Отсутствие полноценного сна влечет за собой целый ряд последствий: депрессию, нарушения памяти, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение и др. Игнорировать эту проблему нельзя, так как психоэмоциональные расстройства приводят к снижению качества жизни, потере трудоспособности, что, несомненно, является серьезным негативным моментом.

Согласно исследованиям Национального Фонда Сна, в период менопаузы 61–80% женщин имеют нарушениями сна, которые обычно проявляются проблемами с засыпанием (невозможностью уснуть более 30 мин); частыми пробуждениями ночью; ранним пробуждением и невозможностью снова уснуть; лунатизмом (говорением, ходьбой во время сна).

Также согласно результатам исследования у женщин в период менопаузы наблюдается короткая продолжитель-

ность фазы медленного сна и менее глубокий сон, чем у женщин в пременопаузальный период [17].

Исследования свидетельствуют, что в период климакса около 41% женщин часто просыпаются ночью, а 16% – жалуются на проблемы с засыпанием. Иногда женщина не догадывается о том, насколько часто она пробуждается. Но о недостатке сна свидетельствует разбитость и сонливость днем.

Наиболее распространенным симптомом расстройства сна является инсомния. Ученые Национального института здоровья (США) характеризуют инсомнию как повторные трудности засыпания, поддержания сна, ранние утренние пробуждения и/или «неосвежающий» сон (National Institutes of Health Working Group on Insomnia, 1999).

У 47–67% женщин в климактерический период наблюдается синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) [11, 15], который характеризуется храпом, периодически повторяющимся частичным или полным прекращением дыхания во время сна, достаточно продолжительным, чтобы привести к гипоксии в крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью (Guilleminault, 1973).

В период менопаузы наблюдается увеличение удельного веса подкожно-жировой клетчатки и ее перераспределение по андроидному типу, что значительно повышает частоту СОАС. Так, при обследовании 1315 женщин в постменопаузальный период, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью (ИМТ)=30 кг/м², СОАС был диагностирован у 47 % испытуемых [11].

Сегодня считается, что наибольшее значение в развитии СОАС имеют жировые отложения в области глотки, поэтому окружность шеи является более значимым предиктором развития нарушений дыхания во сне, чем ИМТ [9].

Результатами научного исследования Sleep Heart Health Study (более 6600 участников) была выявлена четкая взаимосвязь между СОАС и развитием сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта миокарда и инсульта [14].

Причины, которые вызывают расстройства сна, разделяются на две основные группы: гормональные и психологические. В настоящее время считается, что ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы.

В основе патогенеза этих нарушений лежит снижение синтеза мелатонина в результате расстройства пинеального и гипофизарного контроля над активностью яичников, в работу которого входит влияние на процессы полового созревания и репродукции, функцию головного мозга, регуляцию смены цикла сон–бодрствование [16, 7, 3].

Проведенные исследования доказывают, что секреция эндогенного мелатонина снижается с возрастом [12], и среди женщин в период менопаузы наблюдается значительно низкий его уровень [18, 19].

Предшественником мелатонина является серотонин (5-гидрокситриптофан). Серотонин участвует в осуществлении нескольких важных физиологических функций: в передаче нервного импульса, регуляции моторики пищеварительного тракта, гемостаза и сосудистых реакций [8].

Изменения, происходящие в организме женщины в период менопаузы, нередко вызывают чувство тревоги, депрессию и стресс, которые ведут к нарушению сна. В свою очередь, отсутствие полноценного отдыха еще больше усугубляет психологические проблемы, и возникает порочный круг, вырваться из которого самостоятельно женщине часто не под силу.

Патологические проявления климактерического периода значительно ухудшают качество жизни, повышают риск инвалидизации и приводят к ранней смертности, что является государственной проблемой.

С целью лечения климактерического синдрома возможно применение заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Однако у значительной части пациенток, находящихся в период менопаузы уже имеют место соматические заболевания, которые являются абсолютными или относительными противопоказаниями к применению ЗГТ. Часть пациенток отказывается по тем или иным соображениям от назначения гормонального лечения, несмотря на проведенную разъяснительную работу.

В настоящее время все больше привлекают внимание препараты на основе растительного сырья и диетические добавки, побочные эффекты которых могут наблюдаться только у пациентов с индивидуальной непереносимостью к компонентам фармакологического средства, печеночной и почечной недостаточностью.

Одним из таких натуральных средств является диетическая добавка Валесан, в состав которой входят природные компоненты – экстракт корня валерианы и аминокислота L-5-гидрокситриптофан, полученная из семян грифонии.

Биологически активные вещества экстракта корня валерианы снижают возбудимость нервной системы и помогают нормализовать сон, обладают успокаивающими и спазмолитическими свойствами, способствуют нормализации сердечного цикла, расширению коронарных сосудов, регулируют секрецию и отток желчи.

Из компонента L-5-гидрокситриптофана в организме образуется серотонин, а также происходит его превращение в мелатонин – биологически активный пептид, который имеет адаптогенные свойства и оказывает антидепрессивное действие. Вследствие данных превращений улучшается настроение, нормализуется сон, снимается состояние тревоги, уменьшается возбудимость.

Цель исследования: снизить частоту и уменьшить интенсивность психоэмоциональных симптомов патологического климакса у женщин при использовании диетической добавки Валесан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 68 женщин, которые проходили обследование в Киевском городском центре репродуктивной и перинатальной медицины.

В состав I (основной) группы входили 48 пациенток, которые получали диетическую добавку Валесан по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 3 мес для коррекции настроения, улучшения сна и памяти, опосредованного уменьшения интенсивности вазомоторных симптомов.

Во II (контрольную) группу входили 20 женщин, которые не принимали лекарственных препараты, реализовали советы по модификации образа жизни и находились под динамичным наблюдением.

Возраст обследуемых женщин обеих групп составлял 52-60 (56±0,9) лет, период менопаузы был в пределах 1-7 лет (4±0,2). Результаты обследования подтвердили репрезентативность групп.

Пациенткам обеих групп для лечения нарушений сна и стабилизации эмоционального состояния рекомендовали изменение образа жизни: правильное питание, физическую активность, оптимизацию режима труда и отдыха, улучшение условий для сна, расслабление перед сном.

Перед началом исследования все женщины после сбора анамнеза проходили стандартное обследование, включающее определение массы тела, роста, индекса массы тела, окружности талии, общеклинических лабораторных показателей, измерение АД. Также были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с определением толщины эндометрия, клиническое и ультразвуковое обследование грудных желез.

Модифицированный менопаузальный индекс

Симптомы, баллы	Степень выраженности климактерического синдрома		
	Слабая	Умеренная	Тяжелая
Нейровегетативные	10-20	21-30	>30
Обменно-эндокринные	1-7	8-14	>14
Психоэмоциональные	1-7	8-14	>14
Сумма	12-34	35-58	>58

С целью определения уровня депрессивных расстройств пациентки проходили анкетирование по шкале Зунге. Данное исследование используют как для первичной диагностики депрессии, так и для оценки эффективности лечения депрессии. Шкала содержит 20 вопросов, пациентке предлагали выбрать один из четырех вариантов ответа.

Уровень депрессии (УД) рассчитывали по формуле:

$$УД = \Sigma пр. + \Sigma обр.,$$

где $\Sigma пр.$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma обр.$ – сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Результаты разделились на четыре диапазона:

25–49 – нормальное состояние;

50–59 – легкая депрессия;

60–69 – умеренная депрессия;

70 и выше – тяжелая депрессия.

Степень выраженности климактерического синдрома исследовали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) – табл. 1.

ММИ представляет собой сумму баллов, оценивающих три группы симптомов: нейровегетативные расстройства, обменно-эндокринные и психоэмоциональные расстройства. Интенсивность проявлений симптомов выражалась в баллах: 0 – симптом отсутствует, 1 балл – слабая степень проявлений, 2 балла – умеренная, 3 балла – сильная.

К нейровегетативным расстройствам относятся: колебания значений систолического и диастолического АД, головная боль, приступы сердцебиения в покое, плохая переносимость высокой температуры окружающей среды, зябкость, озноб, чувство онемения и «ползания мурашек», сухость кожи, потливость, повышенная возбудимость, сонливость, нарушение сна, приливы жара в течение суток, приступы удушья, симпатоадреналовые кризы.

Обменно-эндокринные расстройства включают в себя ожирение, изменение функции щитовидной железы, сахарный диабет, наличие фиброзно-кистозной болезни молочных желез, боли в мышцах, суставах, жажду, атрофию гениталий.

Психоэмоциональные расстройства: снижение работоспособности, утомляемость, рассеянность, снижение памяти, раздражительность, плаксивость, изменения аппетита, наличие навязчивых мыслей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании ИМТ было выявлено, что ИМТ был в пределах нормы (от 18 до 24,9) у 15 (31,25±0,8%) женщин основной группы и у 6 (30±1,2%) – контрольной группы, избыток массы тела (25–29,9%) был обнаружен у 22 (45,8±0,9%) пациенток основной группы против 6 (30±1,2%) – контрольной группы. Ожирение I степени (30–34,9%) наблюдалось у 9 (18,75±0,6%) женщин основной группы и у 5 (25±1,1%) – контрольной группы. Ожирение II степени среди пациенток основной группы выявлено у 2 (4,16±0,2%) женщин и у 3 (15±0,8%) контрольной группы. Ожирение III степени среди пациенток обеих групп не было зафиксировано (табл. 2).

По данным гинекологического анамнеза, чаще всего диагностировали лейомиому матки – у 19 (39,5±0,9%) женщин основной группы и у 8 (40±1,4%) женщин контрольной группы, кисты яичников – у 7 (14,5±0,5%) пациенток основной группы против 4 (20±0,9%) женщин контрольной группы, гиперплазию эндометрия – у 12 (25±0,7%) обследованных основной группы и 6 (30±1,2%) – контрольной группы, а также

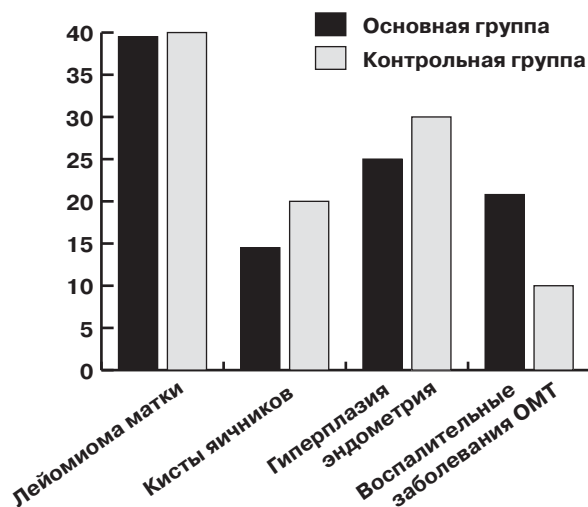


Рис. 1. Структура гинекологических заболеваний в анамнезе, %

Результаты исследования ИМТ

Таблица 2

ИМТ	Основная группа, n=48		Контрольная группа, n=20	
	Абс. число	%	Абс. число	%
От 18 до 24,9	15	31,25±0,8	6	30±1,2
25-29,9	22	45,8±0,9	6	30±1,2
30-34,9	9	18,75±0,6	5	25±1,1
35-40	2	4,16±0,2	3	15±0,8
>40	-	-	-	-

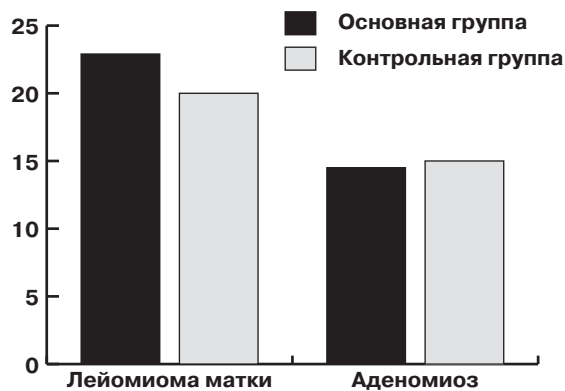


Рис. 2. Структура гинекологических заболеваний, выявленных при УЗИ, %

выявляли признаки перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза – у 10 (20,8±0,6%) женщин основной группы и у 2 (10±0,7%) пациенток контрольной группы.

При обследовании у 29 женщин (60,4±1,1%) была выявлена вегетососудистая дистония (ВСД) по гипертоническому типу в основной группе и у 7 (35±1,3%) – в контрольной группе, гипертоническая болезнь I стадии была диагностирована у 3 (6,25±0,3%) женщин основной группы и у 2 (10±0,7%) – контрольной группы. У 14 (29,2±0,7%) пациенток основной группы и 6 (30±1,2%) пациенток контрольной группы была варикозная болезнь вен нижних конечностей, заболеваниями пищеварительного тракта диагностировали у 18 (37,5±0,8%) женщин основной и 7 (35±1,3%) – контрольной группы. Все женщины были проконсультированы терапевтом и хирургом, пациенткам с гипертонической болезнью была подобрана гипотензивная терапия.

Через 3 мес после приема диетической добавки Валесан женщины основной группы отмечали отсутствие симптомов колебания АД (головная боль, шум в ушах, головокружение) в 31 (64,5±1,1%) случае (до лечения – в 16 (33,3±0,8%), что является достоверно значимой разницей и свидетельствует об опосредованном позитивном влиянии на вегетососудистую симптоматику климактерического синдрома.

Среди пациенток контрольной группы до изменения образа жизни данный показатель составлял 11 (55±1,6%), через 3 мес исследования – 8 (40±1,4%) случаев.

По данным УЗИ грудных желез был установлен диагноз диффузного фиброаденоматоза грудных желез в 4 (8,3±0,4%) случаях в основной группе и в 2 (10±0,7%) – в контрольной группе, фиброзно-кистозная форма мастопатии была выявлена у 3 (6,25±0,3%) женщин основной группы и 2 (10±0,7%) пациенток контрольной группы. Выявленная патология не требовала хирургического лечения. Во время консультации маммолога было рекомендовано динамическое наблюдение.

При проведении у всех обследованных пациенток трансвагинального УЗИ органов малого таза была выявлена гинекологическая патология, которая не требовала хирургического или медикаментозного лечения и подлежала динамическому наблюдению. Чаще всего диагностировали лейомиому матки – у 11 (22,9±0,6%) женщин основной группы и у 4 (20±0,9%) женщин контрольной группы, аденомиоз матки – соответственно у 7 (14,5±0,5%) и 3 (15±0,8) пациенток, кисты яичников и гиперплазия эндометрия не были обнаружены у пациенток обеих групп, также не диагностировали воспалительных заболеваний органов малого таза (табл. 2).

По шкале Зунге у 31 (64,5±1,1%) женщины основной группы и у 11 (22,9±0,7%) женщин контрольной группы выявлена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. Умеренная депрессия была констатирована у 5 (10,4±0,4%) пациенток основной группы и 6 (30±1,2%) пациенток из контрольной группы.

После 3 мес лечения Валесаном легкая депрессия сохранялась у 11 (22,9±0,7%) пациенток основной группы и 10 (50±1,5%) – контрольной группы, проявления умеренной депрессии были обнаружены у 1 (2,08±0,2%) пациентки основной группы и у 5 (25±1,1%) – контрольной группы (p<0,05) (табл. 3).

По результатам оценки ММИ до начала терапии симптомы пациенток основной и контрольной групп были следующие: климактерический синдром (КС) легкой степени был выявлен у 25 (52,1±1,0%) пациенток основной группы против 11 (55±1,6%) – контрольной группы, умеренная степень выраженности – у 23 (47,9±0,9%) женщин основной группы и 9 (45±1,5%) – контрольной группы. Пациентки с тяжелой степенью климактерического синдрома не были включены в исследование.

После 3 мес лечения наблюдалась достоверно значимая разница в частоте симптомов до и после приема диетической добавки Валесан. Так, патологические симптомы климактерического периода отсутствовали у 31 (64,5±11%) женщины основной группы против 7 (35±1,3%) пациенток контрольной группы, легкую степень КС выявили у 13 (27±0,7%) женщин основной и 7 (35±1,3%) – контрольной группы, среднюю степень – у 4 (8,5±0,4%) пациенток основной и 6 (30±1,2%) – контрольной группы (p<0,05) (табл. 4).

Необходимо отметить эффективность диетической добавки Валесан в отношении состояния «сон-бодрствование». Так, у всех исследуемых отмечались бессонница, чувство поверхностного сна, частые ночные просыпания. Однако через 3 мес после приема препарата у всех пациенток основной группы восстановился сон, женщины отмечали появление чувства полного высыпания, хорошего утреннего настроения, что нельзя сказать о женщинах контрольной группы, где положительная динамика в виде полного отсутствия симптомов нарушения сна на фоне изменения образа жизни отмечалась лишь в 25%.

Согласно результатам беседы с родными обследуемых было выявлено, что у 77% женщин основной группы наряду

Таблица 3

Результаты анкетирования по шкале Зунге

Показатель	Основная группа, n=48		Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=48		Контрольная группа, n=20	
	До лечения		До лечения		После лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Нормальное состояние	12	25±0,7	3	15±0,8	36	75±1,2	5	25±1,1
Легкая депрессия	31	64,5±1,1	11	55±1,6	11	22,9±0,7	10	50±1,5
Умеренная депрессия	5	10,4±0,4	6	30±1,2	1	2,08±0,2	5	25±1,1
Тяжелая депрессия	-		-		-		-	

Результаты оценки ММИ

Показатель	Основная группа, n=48		Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=48		Контрольная группа, n=20	
	До лечения		До лечения		После лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Отсутствие симптомов	-		-		31	64,5±1,1	7	35±1,3
Легкая степень	25	52,1±1,0	11	55±1,6	13	27±0,7	7	35±1,3
Умеренная степень	23	47,9±0,9	9	45±1,5	4	8,5±0,4	6	30±1,2

с улучшением качества сна наблюдается отсутствие храпа. Среди пациенток контрольной группы положительная динамика была выявлена в 39% случаев.

Таким образом, наблюдается положительная динамика в течении климактерического синдрома на фоне приема диетической добавки Валесан. В большинстве случаев пациентки отмечали отсутствие бессонницы, стабильность психоэмоционального состояния, стабильность гемодинамики, что повлекло за собой улучшение качества жизни, повышение работоспособности.

Необходимым условием для экономического развития страны является наличие трудоспособного населения, тем самым, поддержание и повышение качества жизни женщин в климактерический период представляет собой важный вопрос для практикующих акушеров-гинекологов.

Данное исследование также установило, что на фоне применения диетической добавки Валесан не было отмечено обострения хронических соматических заболеваний либо развития гинекологической патологии у женщин в климактерический период, и это делает ее использование безопасным и эффективным.

Сучасні аспекти ведення жінок у клімактеричний період

А.А. Суханова, О.І. Гервазюк

Мета дослідження: вивчення впливу дієтичної добавки Валесан на нейровегетативні симптоми у жінок у клімактеричний період.

Матеріали та методи. Обстежено усього 68 жінок у клімактеричний період. Було сформовано основну групу з 48 жінок, які вживали дієтичну добавку Валесан, і контрольну групу з 20 жінок, які не вживали ніяких препаратів. У пациенток обох груп проведена модифікація способу життя.

Результати. У пациенток основної групи відзначали достовірно значущі ознаки позитивної динаміки на тлі вживання дієтичної добавки Валесан. Так, за результатами анкетування за допомогою шкали Зунге через 3 міс вживання Валесана відсутність депресивного стану спостерігалася у 75% жінок, у пациенток контрольної групи – у 25% (p<0,05).

Розрахунок модифікованого менопаузального індексу також засвідчив ефективність застосування дієтичної добавки Валесан. Симптоми клімактеричних розладів у жінок основної групи явно зменшилися через 3 міс після вживання Валесану (p<0,05).

Заключення. Патологічний перебіг клімактеричного періоду негативно впливає на якість життя жінок. Застосування природних препаратів для ліквідації симптомів патологічного клімактеричного періоду є безпечним і доступним методом усунення даної симптоматики. Унаслідок вживання дієтичної добавки Валесан у достовірної більшості жінок відзначали поліпшення показників модифікованого менопаузального індексу, нормалізацію психосоматичних порушень, поліпшення загального самопочуття, відновлення циклу «сон-неспанья», у зв'язку з чим підвищилася працездатність і стабілізувався емоційний фон.

Ключові слова: клімактеричні розлади, дієтичні добавки, Валесан.

ВЫВОДЫ

1. Патологическое течение климактерического периода негативно влияет на качество жизни женщин, снижая их трудоспособность, приводя к инвалидизации, и является фактором риска ранней смертности.

2. Применение природных препаратов для устранения симптомов патологического климактерического периода является безопасным, доступным и эффективным методом, устраняя или снижая частоту клинических проявлений заболевания.

3. Вследствие приема диетической добавки Валесан у достоверного большинства женщин отмечалось улучшение показателей ММИ, нормализация психосоматических нарушений, улучшение общего самочувствия, восстановление цикла «сон-бодрствование», в связи с чем повысилась работоспособность и стабилизировался эмоциональный фон.

4. Применение диетической добавки Валесан опосредованно влияет на вегетососудистые проявления климактерического синдрома путем стабилизации АД у пациенток на фоне улучшения психоэмоционального статуса.

Modern aspects of women in menopause

A. Sukchanova, O. Gervazyuk

The objective: investigated the effect of dietary supplements Valesan on neuro-vegetative symptoms in menopausal women.

Patients and methods. During the work it examined 68 women in menopause. Formed a core group of 48 women who took a dietary supplement Valesan and a control group of 20 women who were not taking any medications. The patients of both groups carried out the modification of lifestyle.

Results. Patients of the main group had significantly important signs of positive dynamics of the intake of dietary supplements Valesan. Thus, according to the results of the survey with the help of Zung scale after 3 months of absence Valesan depressive state was observed in 75% of women in the control group of patients in 25% (p<0,05).

The calculation of the modified menopausal index also showed the effectiveness of a dietary supplement Valesan reception. The symptoms of menopausal disorders in women of the main group obviously decreased 3 months after receiving Valesan (p <0.05).

Conclusions. Pathological during menopause negatively affects the quality of life of women. The use of natural products to relieve symptoms of pathological menopause is a safe and affordable method to eliminate these symptoms. As a result of receiving the dietary supplement Valesan have significant majority of women noted improvement in the modified menopausal index, normalization of psychosomatic disorders, improve overall health, recovery cycle «sleep-wake», in connection with which operability improved and stabilized the emotional background.

Key words: climacteric disorders, dietary supplements, Valesan.

валесан

1 капсула містить: сухий екстракт кореня валеріани – 150мг
та сухий екстракт насіння грифонії – L-5 -гідрокситриптофан – 100мг

Покращує сон природним шляхом



Сприяє нормалізації функціонального стану ЦНС при:

- Клімактеричних проявах
- В передменструальний період
- Стресі, нервових перевантаженнях

Інформація для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Висновок державної санітарної епідеміологічної експертизи №05.03.02-06/13598 від 01.04.2015

Склад: 1 капсула містить основні речовини: сухий екстракт кореня валеріани (Valeriana officinalis radix) – 150 мг; сухий екстракт насіння грифонії (Griffonia simplicifolia) – L-5-гідрокситриптофан – 100 мг; допоміжні речовини: натріюбензоат, лактози моногідрат, магієво стеврат, двооксид кремнію колоїдний, оболонка капсули: желатин, барвник – титану двооксид, індигокармін. **Рекомендації щодо застосування:** з якості дозвіл дотримуватися до раціону харчування, як додаткове джерело природних біологічно активних компонентів: ефірної олії кореня валеріани, яка містить монотерпени (сплавний ефір борнізовалеранат), сесквітерпени (валеренова кислота, валеренал, валеранол) органічні кислоти (валеріанова та ізовалеріанова); амінокислоти L-5-гідрокситриптофану та інших сполук з метою нормалізації сну і функціонального стану центральної нервової системи при стресі, нервових розумових перевантаженнях, сезонних емоційних розладах у передменструальний період та при клімактеричних проявах. **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** вживати дорослим по 1 капсулі – 2 рази на добу, або по 2 капсули 1 раз на добу. При порушеннях сну вживати 1 капсулу за 30 хвилин до сну або 2 капсули протягом вечора: 1 капсулу за 2-3 години до сну і 1 капсулу за 30 хвилин до сну. Капсули слід приймати не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини. Не слід запивати молоком або іншими напоями, що містять білок. Тривалість застосування визначає лікар індивідуально. Перед застосуванням рекомендована консультація лікаря. **Застереження щодо застосування:** при вживанні добавки дієтичної «ВАЛЕСАН» не перевищувати рекомендовану добову дозу. Слід уникати супутнього вживання алкоголю, утримуватись від керування автотранспортом та виконання роботи, що потребує підвищеної уваги. **Протипоказання:** підвищена чутливість до будь-якого з компонентів, вагітність та період лактації, печінкова та ниркова недостатність. Не є лікарським засобом!

Умови зберігання: зберігати при температурі від 4 °С до 25 °С у сухому захищеному від світла і недоступному для дітей місці.

Виробник: ТОВ «ВАЛАРТИН ФАРМА», Україна, 08130, Київська область, Києво-Святошинський р-н, с. Чайки, вул. Грушевського, 60; тел./факс: (044) 454-72-92, e-mail: info@valartin.com.

Valartin
pharma

Сведения об авторах

Суханова Аурика Альбертовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика; Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16. E-mail: a.sukhanova@gmail.com

Гервазюк Ольга Игоревна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика; Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни / Е.М. Вихляева. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008. – 448 с.
2. Де Н.В., Хрипунова Г.И. Современные подходы к диагностике, прогнозированию течения и лечению климактерического синдрома у женщин / Н.В. Де, Г.И. Хрипунова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 3 (21). – С. 125–130.
3. Комаров Ф.И. Суточные ритмы в клинике внутренних болезней / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт, Н.К. Малиновская // Клинич. медицина. – 2005. – Т. 83, № 8. – С. 8–12.
4. Крыжановская И.О. Системные механизмы старения у женщин в пери- и постменопаузе, патогенетическое обоснование стратегии менопаузальной терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2000.
5. Савельева Г.М. Постменопауза. Физиология и патология / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко // Вестник Российской ассоциации акушерства и гинекологии. – 1998. – № 2. – С. 45–49.
6. Сметник В.П. Клиника и диагностика климактерических расстройств // Климактерий и постменопауза. – 1997. – № 1. – С. 5–8.
7. Татевосян А.Г. Коррекция психовегетативных расстройств у больных с климактерическим синдромом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 25 с.
8. Толстых М.П., Будневский С.В., Гаджиев А.И. Теоритическое обоснование применения серотонина в клинической практике / М.П. Толстых, С.В. Будневский, А.И. Гаджиев // Альманах клинической медицины. – 2006. – № 11. – С. 133–138.
9. Шамшева Д.С. Синдром obstructive апноэ сна: современное состояние проблемы // Лечебное дело. – 2014. – № 1. – С. 4–15.
10. Шапошник О.Д. Климакс и сердечно-сосудистые заболевания. Учебное пособие для врачей. – Челябинск, 2005. – С. 75.
11. Dancy DR, Hanly PJ, Soong C, Lee B, Hoffstein V. Impact of menopause on the prevalence and severity of sleep apnea. Chest. 2001; 120:151–155. [PubMed: 11451831]
12. Haimov I, Lavie P, Laudon M, Herer P, Vigder C, et al. Melatonin replacement therapy of elderly insomniacs. Sleep. 1995; 18:598–603.
13. Anderson D. Menopause in Australia and Japan: effects of country of residence in menopausal status and menopausal symptoms / D. Anderson, T. Yoshizawa, S. Gollschewski et al. // Climacteric. – 2004. – № 2. – P. 165–174
14. Quan S.F., Howard B.V., Iber C. et al. The Sleep Heart Health Study: design, rationale, and methods // Sleep. 1997. – V. 20. – P. 1077–1085.
15. Resta O, Bonfitto P, Sabato R, De Pergola G, Barbaro MP. Prevalence of obstructive sleep apnoea in a sample of obese women: effect of menopause. Diabetes Nutr Metab. 2004; 17:296–303.
16. Soares J., Masana M., Ershahin C., Dubocovich M. Functional melatonin receptors in rat ovaries at various stages of the estrous cycle // J. Pharmacol. Exp. Ther. 2003. – V. 306. – P. 694–702.
17. Tamanna S, Geraci SA. Major sleep disorders among women: (women's health series) Southern Medical Journal & Volume 106, Number 8, August 2013. – P. 470–478.
18. Toffol E, Kalleinen N, Haukka J, Vakkuri O, Partonen T, et al. Melatonin in perimenopausal and postmenopausal women: associations with mood, sleep, climacteric symptoms, and quality of life. Menopause. 2014; 21:493–500.
19. Vakkuri O, Kivelä A, Leppäluoto J, Valtonen M, Kauppila A. Decrease in melatonin precedes follicle-stimulating hormone increase during perimenopause. Eur J Endocrinol. 1996; 135:188–192.

Статья поступила в редакцию 24.06.2016