

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО И ПОСТОВАРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМОВ

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN THE USING VARIOUS TREATMENT REGIMENS FOR CLIMACTERIC AND POSTOVARECTOMY SYNDROMES

I. Neufeld
I. Bobyleva
A. Zhirnyakov
I. Rogozhina

Summary. The article discusses the possibility of improving the quality of life in patients with climacteric (CS) and postovarectomy (POES) syndromes. 95 women with POES (main IA (n = 48), comparisons IB (n = 47)) and 135 women with CS (main IIA (n = 68), comparisons IIB (n = 67)) were included. All underwent menopausal hormone therapy (MHT), in the main groups — in combination with rhythmic transcranial magnetic stimulation (rTMS). It has been proven that the inclusion of CS and POES in treatment along with MHT rTMS improves the quality of life, to a greater extent the psychological component.

Keywords: menopause, climacteric syndrome, postovarectomy syndrome, quality of life, transcranial magnetic therapy, running magnetic field.

Нейфельд Ирина Вольдемаровна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Саратовский
государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ
iwn1812@yandex.ru

Бобылева Ирина Владимировна

Врач-акушер-гинеколог, ООО «ММК «СОВА», Саратов
bobyleva_i@mail.ru

Жирняков Антон Ильич

Доцент, ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный
университет имени Г.Р. Державина»
anton.zhirnyakov@mail.ru

Рогожина Ирина Евгеньевна

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Саратовский
государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ
kafed-ra@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается возможность повышения качества жизни у пациенток при климактерическом (КС) и постоварэктомическом (ПОЭС) синдромах. Включено 95 женщин с ПОЭС (основная IA (n=48), сравнения IB (n=47)) и 135 — с КС (основная IIA (n=68), сравнения IIB (n=67)). Всем проводилась менопаузальная гормональная терапия (МГТ), в основных группах — в сочетании с ритмической транскраниальной магнитной стимуляцией (рТМС). Доказано, что включение в лечение КС и ПОЭС наряду с МГТ рТМС повышает качество жизни, в большей степени психологического компонента.

Ключевые слова: менопауза, климактерический синдром, постоварэктомический синдром, качество жизни, транскраниальная магнитотерапия, бегущее магнитное поле.

Отмечающаяся в развитых странах мира инверсия возрастной «пирамиды» обусловлена общим повышением продолжительности жизни и приводит к росту популяции людей старшего возраста, следовательно, закономерно увеличивает длительность пребывания женщины в периоде климактерия.

Климактерий, не являясь собственно заболеванием, обуславливает возникновение и доминирование симптомов, свидетельствующих о дефиците половых стероидов и нередко включает в себя приливы, ночные поты, эмоциональную лабильность, тревожность, нарушение сна, урогенитальные расстройства, снижение либидо и сексуальности, повышение риска развития

сердечно-сосудистых, обменно-эндокринных заболеваний и остеопороза [1].

При хирургической менопаузе, в частности вследствие тотальной оварэктомии, на фоне остро возникшего эстрогенодефицита, как правило, возникает так называемый постоварэктомический синдром (ПОЭС), клинически схожий с климактерическим синдромом (КС) [1].

Безусловно, наиболее эффективным патогенетическим методом лечения климактерических расстройств при КС и ПОЭС, а также профилактики обменных нарушений является менопаузальная гормональная терапия (МГТ) [1,2]. При этом, как подчеркнуто в российских

и международных клинических рекомендациях, гормональная терапия должна являться лишь частью общей стратегии сохранения и поддержания здоровья женщин, включающей рекомендации, касающиеся образа жизни, диеты, адекватной физической активности, отказа от курения и злоупотребления алкоголем [2].

Более того в рекомендациях российских и международных организаций по коррекции менопаузальных расстройств в числе главных принципов значится оптимизация качества жизни и обеспечение мероприятий, направленных на долгосрочное благополучие женщин [2–4]. К сожалению, нередко акушеры-гинекологи к числу «общих» относят вопросы, касающиеся качества жизни. При этом вопрос об изменении качества жизни, к примеру, согласно общепринятой лечебной тактике следует задать пациентке, пришедшей на консультацию через два-три месяца от начала МГТ, чтобы оценить эффективность и переносимость назначенного ранее лечения. Однако до сих пор вопросам снижения качества жизни женщин уделяется недостаточно внимания [1–4], несмотря на то, что снижение этого показателя вследствие разнообразных менопаузальных симптомов фактически является главной причиной обращения женщин за медицинской помощью.

Учитывая то, что около 75% женщин отмечают положительное влияние МГТ на имеющиеся у них симптомы [4], а также то, что использование МГТ ограничено из-за имеющихся абсолютных и относительных противопоказаний к ее назначению, актуальным является не только разработка безопасных подходов к коррекции климактерических расстройств, но и поиск таких способов терапии, которые действовали бы на несколько звеньев патогенеза КС, ПОЭС и обеспечивали как лечебный эффект, так и положительный эффект последствия.

В гинекологической практике имеется опыт применения методик немедикаментозной коррекции климактерических расстройств, зарекомендовавших себя эффективными в коррекции нарушений оси гипоталамус-гипофиз-яичники и способных оказывать модулирующее воздействие на вегетативную нервную систему и на психоэмоциональный статус [1,5].

Несмотря на имеющиеся теоретические предпосылки, ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС) низкоинтенсивным бегущим полем до настоящего времени не нашла должного применения в лечении пациенток с КС [5]. Более того в доступных нам источниках мы не нашли указания на применение ее в лечебных схемах у пациенток с ПОЭС.

Исходя из вышесказанного, очевидна актуальность анализа эффективности и безопасности применения

рТМС низкоинтенсивным бегущим полем в сочетании с препаратами МГТ при терапии климактерических расстройств у пациенток с КС и ПОЭС.

Цель настоящего исследования — провести сравнительный анализ оценки эффективности и влияния на качество жизни пациенток с КС и ПОЭС монорежима препаратами МГТ и комбинации препаратов МГТ с рТМС низкоинтенсивным бегущим магнитным полем.

Материал и методы

В настоящей работе нами было обследовано и пролечено 230 пациенток с климактерическими расстройствами, из которых у 95 человек они отмечались при хирургической постменопаузе, у 135 человек — при естественной постменопаузе.

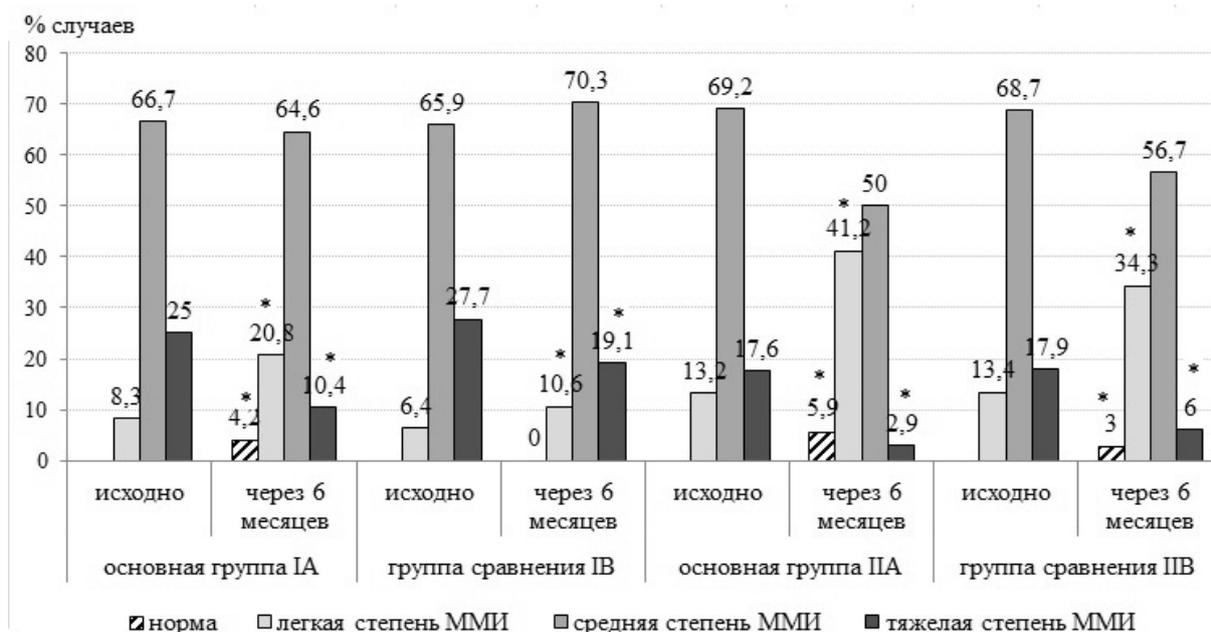
В зависимости от проводимого лечения пациентки случайным образом были распределены в группы — основную и сравнения. Таким образом нами были сформированы в случаях хирургической менопаузы — основная группа IA (n=48), и группа сравнения IB (n=47), в случаях естественной менопаузы — основная группа IIA (n=68) и группа сравнения IIB (n=67).

Пациентки обеих групп в целях коррекции климактерических расстройств получали МГТ: при хирургической постменопаузе — эстрадиол гемигидрат ежедневно в лекарственной форме трансдермального геля; при естественной — эстрадиол гемигидрат трансдермально и микронизированный прогестерон 100 мг внутрь в непрерывном режиме.

Пациенткам основной группы добавлялся курс рТМС бегущим импульсным магнитным полем, состоящим из 10 процедур, проводимых через день. Транскраниальная магнитотерапия бегущим импульсным магнитным полем проводилась с помощью физиотерапевтического аппарата «АМО-АТОС-Э» с применением приставки «Оголове» (Рег. Уд. Минздрава РФ № ФСР 2009 / 04781 от 06.05.2009, производство ООО «ТРИ-МА», г. Саратов). Частота модуляции для первых двух процедур устанавливалась 1 Гц в течение 5-ти минут, с последующим постепенным увеличением экспозиции на 1 минуту, до 10 минут и частоты модуляции до 10 Гц, курсом 10 дней.

Оценка тяжести климактерических расстройств проводилась по индексу Купермана (1959) в модификации Е.В. Уваровой [1], рассчитывался модифицированный менопаузальный индекс (ММИ).

Оценка качества жизни больных проводилась при помощи опросника «SF-36 Health Status Survey» (SF-36).



Примечание: * статистически значимые различия по отношению к исходным данным до лечения.

Рис. 1. Сравнительная характеристика динамики количества случаев (в %) среди пациенток с ПОЭС и КС в ходе лечения

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствует полному здоровью.

Статистический анализ проводился с использованием программного пакета Statistica (версия 7.0). Проверка гипотезы на нормальность исходных данных выполнена с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, при этом распределение признаков было нормальным. Результаты представляли в виде средних значений (M) и стандартного отклонения (SD). При оценке качественных показателей вычисляли абсолютные и относительные частоты наблюдений (абс.,%). Различия между двумя средними значениями параметров оценивали по t-критерию Стьюдента, качественными — по критерию χ^2 Фишера (статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

На момент обследования средний возраст пациенток с хирургической менопаузой составил $47,9 \pm 2,2$ лет, с естественной — $53,6 \pm 1,7$ года ($p = 0,042$); в среднем хирургическая менопауза наступила в $47,1 \pm 1,1$ лет, естественная — в $51,8 \pm 1,5$ год ($p = 0,012$). Несмотря на вышеуказанные различия, женщины, включенные с менопаузальными расстройствами в исследование, были сравнимы по длительности эстрогенодефицитного состояния, которое составило $2,8 \pm 0,6$ года ($p = 1,04$).

Все пациентки исходно предъявляли жалобы на нейровегетативные, психоэмоциональные, обменно-эндокринные нарушения, при этом значения ММИ у пациенток рассматриваемых групп значительно различались между собой: при ПОЭС — $57,8 \pm 1,1$ баллов, при КС — $49,7 \pm 0,9$ баллов ($p < 0,001$).

Заслуживает внимание факт того, что проводимая в группах терапия способствовала уменьшению проявлений климактерических расстройств у всех женщин, однако у пациенток в случаях лечения препаратами МГТ в сочетании с рТМС стволовых структур низкоинтенсивным бегущим магнитным полем динамика параметров ММИ была более значимая как при ПОЭС, так и при КС (рис. 1).

Так, через полгода терапии пациенток с ПОЭС увеличение числа случаев с легкой степенью ММИ в основной группе IA относительно исходных данных произошло в 2,5 раза, в то время как в группе сравнения IB в 1,7 раз; динамика числа случаев пациенток со средней степенью ММИ была не значимой как в основной группе IA, так и в группе сравнения IB; уменьшение количества пациенток с тяжелой степенью ММИ в основной группе IA отмечено в 2,4 раза, в группе сравнения IB в 1,4 раз (рис. 1).

Лечение менопаузальных расстройств через 6 месяцев у пациенток с КС привело к возрастанию количества случаев с легкой степенью ММИ в основной группе IIA относительно исходных данных в 3,1 раза, в то вре-

Таблица 1. Динамика общих параметров качества жизни по опроснику SF-36 у пациенток рассматриваемых групп

Исучаемые параметры	основная группа IA (n=48)	группа сравнения IB (n=47)	основная группа IIA (n=68)	группа сравнения IIB (n=67)	p ¹⁻²	p ³⁻⁴
	1	2	3	4		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
общий физический компонент здоровья:						
исходно	57,2 (2,08)	57,2 (3,28)	68,4 (2,52)	68,3 (3,44)	0,99	0,98
через 6 месяцев	67,9 (1,15)* p<0,01	64,5 (1,13)* p=0,038	80,5 (1,15)* p<0,01	76,5 (1,16)* p=0,026	0,03	0,01
общий психологический компонент здоровья:						
исходно	53,9 (3,66)	53,9 (3,86)	64,1 (4,62)	64,1 (4,12)	0,99	0,99
через 6 месяцев	74,2 (3,43)* p<0,01	63,9 (3,11)* p=0,047	86,7 (2,44)* p<0,01	75,3 (2,07)* p=0,017	0,03	<0,01

Примечание: * статистически значимые различия по отношению к исходным данным до лечения.

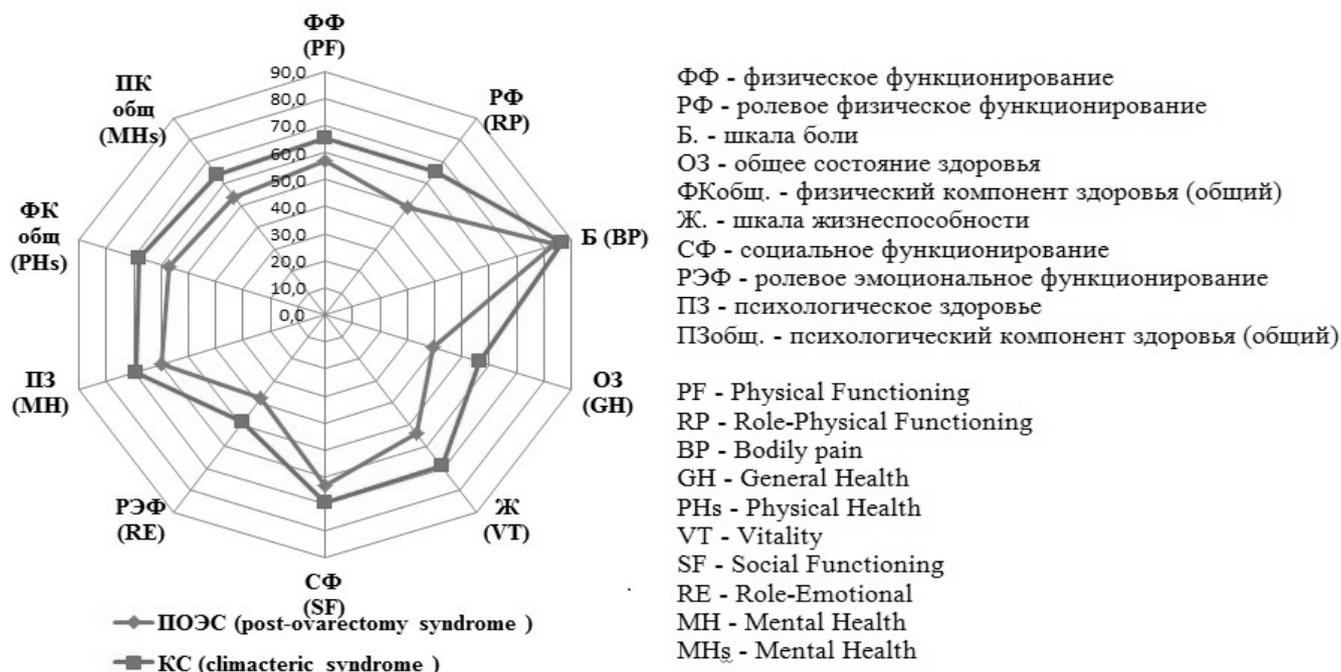


Рис. 2. Сравнительная характеристика исходных параметров качества жизни у пациенток с ПОЭС и КС по шкале опросника SF-36

мя как в группе сравнения IIB в 2,6 раз; динамика числа случаев пациенток со средней степенью ММИ была не значимой как в основной группе IIA, так и в группе сравнения IIB; уменьшение количества пациенток с тяжелой степенью ММИ в основной группе IIA отмечено в 6 раз, в группе сравнения IIB в 3 раза относительно исходных данных (рис. 1).

Обращает на себя внимание и факт того, что состояние полного клинического улучшения через 6 месяцев терапии достигнуто в 4,2% случаев в основной группе IA, в 5,9% случаев в основной группе IA (рис. 1). В то вре-

мя как у пациенток на фоне монорегима препаратами МГТ нормализация клинической картины через 6 месяцев либо не достигнута ни в одном случае (как в группе сравнения IB у женщин с ПОЭС), либо в меньшем проценте случаев, в частности в 3% случаев (как в группе сравнения IIB у женщин с КС).

Исходно на фоне имеющихся клинических проявлений эстрогенодефицита у рассматриваемого нами контингента женщин отмечалось снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36, что наглядно представлено на рисунке 2.

В динамике лечения пациенток рассматриваемых нами групп изменения по интегративным шкалам опросника оценки качества жизни SF-36 физический и психологический компонент здоровья несколько различались (табл. 1).

В ходе проводимого лечения по шкалам физического и психологического компонентов здоровья общая динамика изменения показателей была положительной у пациенток и с ПОЭС и с КС (табл. 1), однако у пациенток основной группы IA и основной группы IIA отмечались более высокие значения через 6 месяцев терапии по сравнению с аналогичными параметрами у пациенток группы сравнения IB и группы сравнения IIB.

Вывод

Климактерический синдром и в большей степени постоварэктомический синдром у женщин в ранней постменопаузе сопровождаются снижением качества

жизни, как по шкалам физического функционирования, так и психологического.

Схема лечения КС и ПОЭС препаратами менопаузальной гормональной терапии с включением курсов ритмической транскраниальной стимуляции стволовых структур низкоинтенсивным бегущим магнитным полем по сравнению с монотерапией препаратами МГТ эффективнее улучшает параметры качества жизни, при этом более значимые изменения достигаются по шкале, составляющей психологический компонент здоровья.

Включение ритмической транскраниальной стимуляции стволовых структур низкоинтенсивным бегущим магнитным полем в практические алгоритмы комплексной терапии менопаузальных расстройств дает возможность повысить эффективность лечения как климактерического, так и постоварэктомического синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметник В.П. Медицина климактерия. М.: Литтера, 2009; 848 с.
2. Юренева С.В. Современные подходы к коррекции менопаузальных расстройств. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 80 с.
3. Манухин И.Б. Качество жизни и климактерий. Москва: Литтерра, 2015; 320 с.
4. Gartoulla P, Bell R, Worsley R, Davis S. Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas* 2016; 87: 33–39.
5. Алисултанова Л.С., Бобкова А.С., Кочетков А.В., Орехова Э.М. Нейротропная магнитотерапия в лечении больных с климактерическим синдромом. АГ-Инфо (журнал российской ассоциации акушеров-гинекологов) 2008; (4): 34–37.)

© Нейфельд Ирина Вольдемаровна (iwn1812@yandex.ru), Бобылева Ирина Владимировна (bobyleva_i@mail.ru),
Жирняков Антон Ильич (anton.zhirnyakov@mail.ru), Рогожина Ирина Евгеньевна (kafed-ra@yandex.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»