

## 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 «СОБА», 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 подчеркнута 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.

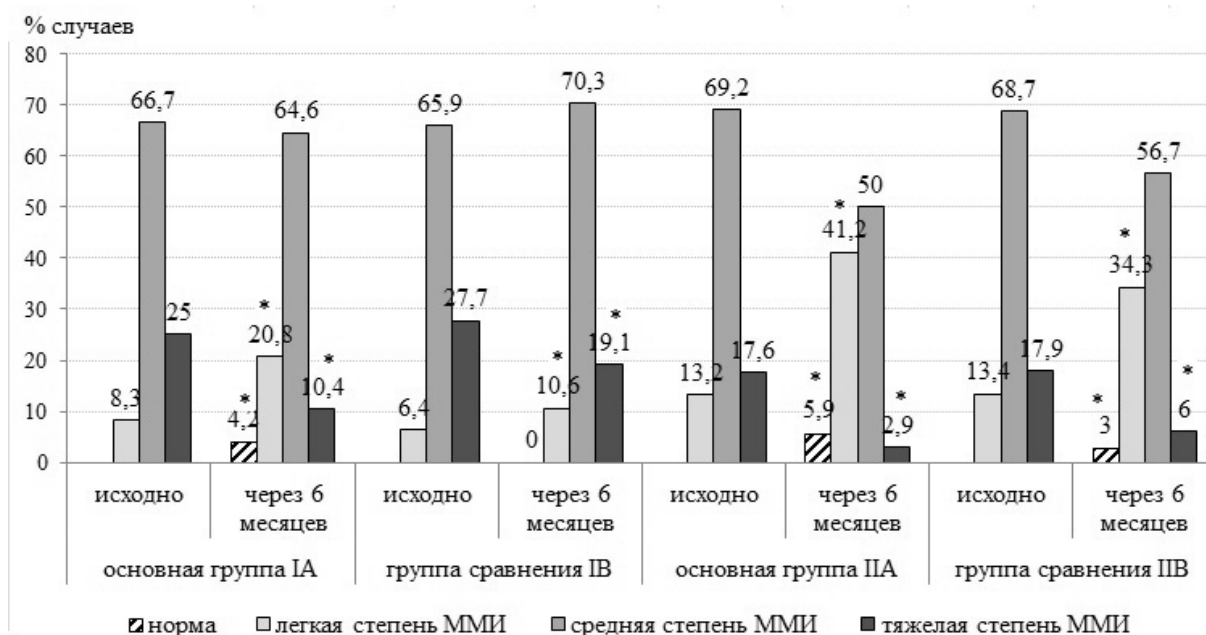
В зависимости от проводимого лечения пациентки случайным образом были распределены в группы — основную и сравнения. Таким образом нами были сформированы в случаях хирургической менопаузы — основная группа IA (n=48), и группа сравнения IB (n=47), в случаях естественной менопаузы — основная группа IIA (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  $\chi^2$  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

Исследуемые параметры	основная группа IA (n=48)	группа сравнения IB (n=47)	основная группа IIA (n=68)	группа сравнения IIB (n=67)	p <sup>1-2</sup>	p <sup>3-4</sup>
	1	2	3	4		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<b>общий физический компонент здоровья:</b>						
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
<b>общий психологический компонент здоровья:</b>						
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.

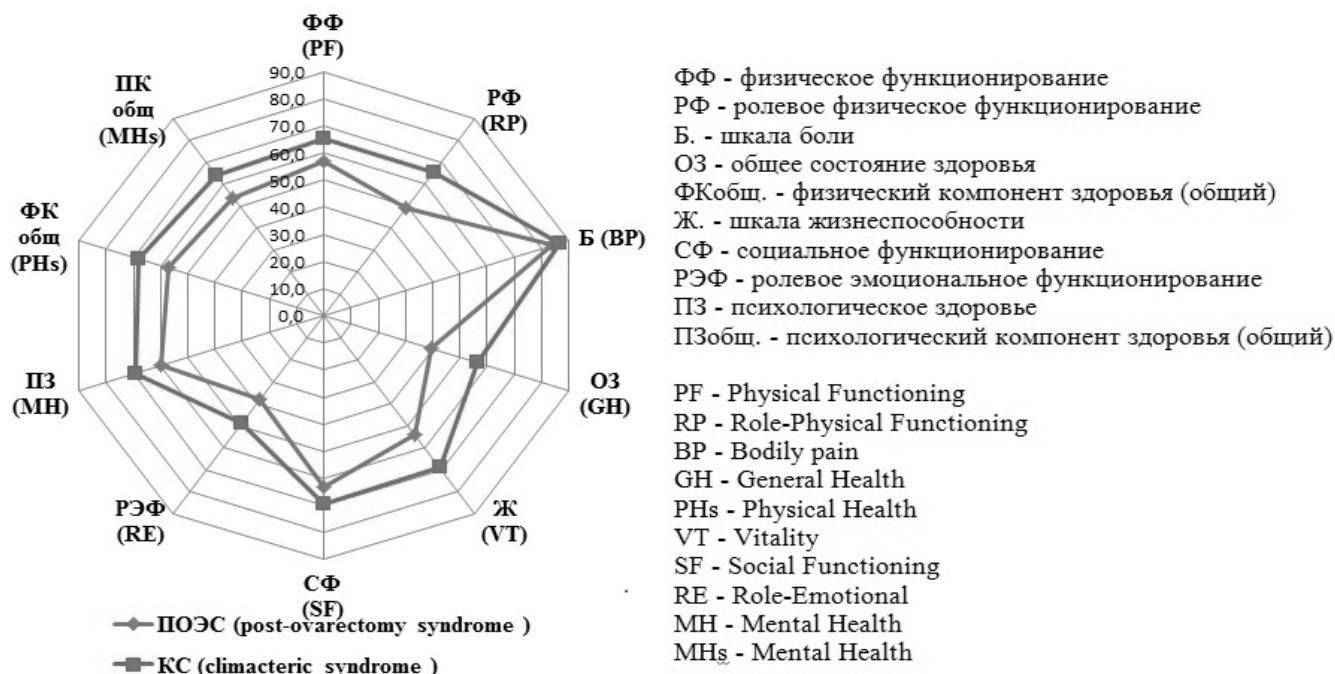


Рис. 2. Сравнительная характеристика исходных параметров качества жизни у пациенток с ПОЭС и КС по шкале опросника SF-36

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»