

# **ADVANCES OF SCIENCE**

Proceedings of articles the international scientific conference Czech  
Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 22 February 2019

Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 2019

UDC 001  
BBK 72  
D732

**Scientific editors:**

Katjuhin Lev Nikolaevich, Doctor of Biological, a leading researcher at the Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry named I.M.Sechenov Academy of Sciences

Salov Igor' Arkad'evich, Doctor of Medical, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Saratov State Medical University named V.I.Razumovskij

Danilova Irina Sergeevna, Ph.D., Associate Professor of Tomsk State Pedagogical University named L.N.Tolstoj Burina Natal'ja Sergeevna, Ph.D., Associate Professor of Nizhny Novgorod State named University N.I. Lobachevskij

**D732**

ADVANCES OF SCIENCE: Proceedings of articles the international scientific conference. Czech Republic, Karlovy Vary – Ukraine, Kyiv, 22 February 2019 [Electronic resource] / Editors prof. L.N. Katjuhin, I.A. Salov, I.S. Danilova, N.S. Burina. – Electron. txt. d. (1 файл 1,9 МВ). – Czech Republic, Karlovy Vary: Skleněný Můstek – Ukraine, Kyiv: MCNIP, 2019. – ISBN 978-80-7534-078-8.

Proceedings includes materials of the international scientific conference « ADVANCES OF SCIENCE», held in Czech Republic, Karlovy Vary-Ukraine, Kyiv, 22 February 2019. The main objective of the conference - the development community of scholars and practitioners in various fields of science. Conference was attended by scientists and experts from Azerbaijan, Russia, Ukraine. At the conference held e-Conference "Medicine, Pharmacy, Health – 2019". International scientific conference was supported by the publishing house of the International Centre of research projects.

ISBN 978-80-7534-078-8 (Skleněný Můstek, Karlovy Vary, Czech Republic)

Articles are published in author's edition. Editorial opinion may not coincide with the views of the authors

Reproduction of any materials collection is carried out to resolve the editorial board

© Skleněný Můstek, 2019

## ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

**КОНОВАЛЕНКО І.В.,**

**ЧЕРМАК І.І.,**

**КОЛОМІЙЧУК В.М.**

*аспірант кафедри акушерства та гінекології*

*ПВНЗ «Київський медичний університет»*

*м.Київ, Україна*

Оваріоектомія, незалежно від об'єму оперативного втручання, призводить до ПОЕС з можливим подальшим розвитком менопаузального метаболічного синдрому (ММС) [1, 6, 7, 12, 16, 18, 20, 33].

Основні принципи терапії ММС – комплексний індивідуальний підхід до лікування при участі спеціалістів різних профілів (терапевтів, ендокринологів, дієтологів, кардіологів, гінекологів, гериатрів); визначення разом з пацієнтом реальних, досяжних цілей і довгостроковий моніторинг хворих з ретельним контролем факторів ризику або супутніх захворювань.

Лікування хворих з ММС повинно проводитися поетапно, з урахуванням екстрагенітальної патології, віку та об'єму оперативного втручання і включати немедикаментозну, медикаментозну негормональну та гормональну терапію [1,2,5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 24, 36, 38].

Немедикаментозна терапія залежно від тяжкості перебігу захворювання передбачає лікувальну (2-3 рази на тиждень) і гігієнічну гімнастику, загальний масаж, гідротерапію (контрастний душ, хвойні, шавлієві ванни), бальнеотерапію (мінеральні і радонові ванни), фізіотерапію (гальванізація ділянки шиї та обличчя, електрофорез новокаїну на ділянку верхніх шийних симпатичних гангліїв), санаторно-курортне лікування, що проводять у звичній для пацієнтки кліматичній зоні [5, 15, 21, 22, 26, 27, 36, 39].

Пацієнткам варто рекомендувати різні види фізичної активності. Лікувальну фізкультуру рекомендують у вигляді ранкової гімнастики (15-20 хв), групових занять, елементів спортивних ігор, оздоровчо-тренувальних занять тощо. Рухова активність відіграє важливу роль у стимуляції процесу остеогенезу – активації остеокластів і подальшого утворення остеобластів, синтезу колагену, що є основним компонентом заново утвореного матриксу кістки. Регулярне виконання фізичних вправ у період постменопаузи сприяє підвищенню кисневого обміну і нормалізації вуглеводного обміну при зниженні рівня інсуліну [3, 4, 8, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 36, 37, 39].

Як самотійно, так і в поєднанні з іншими методами лікування, рекомендують застосування голкорексфлексотерапії, мета якої – підвищення порогу збудливості центральної нервової системи, послаблення лабільності вегетативних реакцій та нормалізація взаємодії адренергічного та холінергічного впливів.

Велике значення надається умовам праці і відпочинку, раціональному харчуванню з обов'язковим включення до харчового раціону вітамінних препаратів із специфічним лікувальним ефектом: вітамін А, завдяки антигонадотропним і антигістамінним властивостям і здатністю активізувати внутрішньоклітинні окислювальні процеси, нормалізує обмін речовин, цілюще впливає на функцію сальних і потових залоз, тургор шкіри; вітамін Е підсилює дію естрогенів і прогестерону, активізує лютеїнізуючу і пригнічує фолікулостимулюючу функцію гіпофіза, є активним антиоксидантом, проявляє ангіо- і мембранопротекторну дію на клітинному і органному рівнях. Відсутність або різкий дефіцит вітаміну Е призводить до розвитку дегенеративних змін у кістках, серцевих м'язах, нервових клітинах, паренхімі печінки, підвищення проникливості і ламкості капілярів; вітамін С відіграє надзвичайно важливу роль у життєдіяльності організму, він активізує діяльність ендокринних залоз, вуглеводний обмін, підсилює катаболізм холестерину, підвищує адаптаційні й регенераційні процеси в організмі

Одним із патогенетичних напрямлень у лікуванні жінок з менопаузальним метаболічним синдромом при скаргах, що характеризують КС, є ЗГТ статевими стероїдами [1, 2, 7, 10, 11, 13, 14, 19, 22, 23, 29, 36, 38].

В наш час при проведенні ЗГТ використовують різні режими – монотерапію естрогенами та комбінацію естрогенів з прогестагенами [1, 2, 7, 10, 11, 13, 14, 19, 22, 23, 29, 36, 38].

За сприятливим впливом на ліпідний склад крові оптимальним виявилось застосування чистих естрогенів. Тому в сучасних схемах ЗГТ використовують натуральні естрогени та їх аналоги в мінімальних фізіологічних дозах, що відповідають першій фазі МЦ. Необхідно зважати, що постійний прийом прогестагенів нівелює вплив естрогенів на ліпідний профіль. Тому, інколи доцільним є циклічне застосування прогестогенів [10, 19, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 36, 38].

При призначенні того чи іншого препарату ЗГТ вибір останнього визначається характером менопаузи (природня чи хірургічна), тривалість періода постменопаузи, ступінь прояву метаболічних порушень тому при виборі режиму ЗГТ важливо ретельно аналізувати наявність і ступінь метаболічних порушень, а також присутність різної супутньої патології (жировий гепатоз, обструктивне апное, остеоартроз та інше) [1, 2, 7, 9, 21, 22, 24, 28, 34, 35, 36, 38].

Пацієнтки з ЦД представляють особливий контингент, якому потенціально показана ЗГТ. Проте більш тяжкий соматичний стан пацієнток потребує особливої уваги при виборі препарату тому що, як відомо, вплив препарату на метаболізм залежить від гестагенного компоненту.

При виборі будь-якої медикаментозної терапії у хворих на ЦД необхідно враховувати її вплив на вуглеводний обмін. Для цього захворювання характерні порушення регуляції секреції інсуліну і зниження чутливості до нього тканин (інсулінорезистентність). Одним із проявів порушення секреції інсуліну – менш виражене і більш пізнє, ніж у здорових осіб, підвищення рівня інсуліну в плазмі крові у відповідь на прийом глюкози, недивлячись на більше

підвищення рівня глюкози. Одночасно з секрецією  $\beta$ -клітинами підшлункової залози попередника інсуліна – проінсуліну – в них відбувається утворення С-пептиду, що входить в склад проінсуліну зв'язуючого білка [10,11, 14, 19, 21, 22, 28, 32, 36, 38].

При наявності у пацієнтки додаткових факторів ризику серцево-судинних захворювань (сімейний анамнез, паління), а також при виявленні патології печінки, гіперкоагуляції, вираженій гіпертригліцеридемії *показана парентеральна МГТ* [2, 21, 22, 24, 34, 35, 36, 38].

Показання для призначення парентеральної ЗГТ у жінок з ММС:

- Паління,
- Калькульозний холецистит,
- Гіперхолестеринемія,
- Гіпертригліцеридемія,
- Гіперкоагуляція,
- Варикозне розширення вен нижніх кінцівок,
- Жировий гепатоз.

Вплив ЗГТ на вуглеводний та ліпідний обмін залежить не тільки від дози і хімічної формули естрогенів, їх способу введення, але і від наявності чи відсутності в режимі прогестагенового компонента [10, 11, 14, 19, 21, 22, 28, 32, 36, 38].

При призначенні замінників гормональної терапії в період пери- і постменопаузи у жінок з інтактною маткою є обов'язковим циклічне додавання до естрогенів прогестагенового компоненту протягом 10-14 днів, що дозволяє виключити гіперплазію ендометрія. Завдяки гестагенам відбувається циклічна секреторна трансформація проліферируючого ендометрія і, таким чином, забезпечується його відторження.

Для жінок, що знаходяться в постменопаузі, оптимальним режимом ЗГТ є безперервне призначення прогестагенів, що приводить до атрофії ендометрія і відсутності небажаних кровотеч відміни. При цьому для зниження частоти

гіперплазії ендометрія важливіше, термін приймання прогестагенів, чим їх добова норма.

Жінкам, яким проводиться ЗГТ, кожні 3 місяці необхідний контроль АТ, ІМТ, 1 раз в 6 місяців аналіз крові (біохімія, коагулограма) та УЗД органів малого тазу, 1 раз в рік денситометрія і мамографія, визначення рівня глікированого гемоглобіну 1 раз в 3 місяці, проведення ГТТ, консультація ендокринолога і офтальмолога, а також доцільні міні-лекції та групові бесіди про безпеку ЗГТ, що проводиться.

Протипоказаннями до проведення ЗГТ у жінок з ММС є:

- гормонозалежні пухлини матки і молочних залоз;
- маткові кровотечі неясного генезу;
- гострий тромбофлебіт;
- тромбоемболічні розлади, пов'язані з прийомом естрогенів;
- ниркова та печінкова недостатність;
- меланома;
- менінгіома;
- наявність в анамнезі інфарктів міокарду, порушень мозкового кровообігу;
- $ІМТ \geq 40$  кг/кв.м

Необхідними дослідженнями у жінок перед початком ЗГТ є:

- вивчення анамнезу з врахуванням протипоказань до проведення ЗГТ;
- УЗД органів малого тазу;
- дослідження молочних залоз, мамографія;
- онкоцитологія;
- вимірювання АТ, зросту, маси тіла, факторів коагуляції, рівня холестерину і ТГ у крові;
- визначення рівня ТТГ, Т4в;
- визначення рівня глікованого гемоглобіну;
- вимірювання рівня глікемії натще;
- проведення ГТТ (75 г глюкози, розведеної в 200 мл води);
- консультація окуліста, невропатолога, нефролога, ендокринолога.

## ГОРМОНАЛЬНІ КРИТЕРІЇ ПОСТМЕНОПАУЗИ:

1. низький рівень естрадіола
2. високий вміст ФСГ, індекс ЛГ/ФСГ менше одиниці
3. величина естрадіол/естрон менше одиниці
4. відносна андрогенія
5. низький вміст ССЗГ
6. низький рівень інгібіну Б та інгібіну А.

Показання для ЗГТ сьогодні:

- клімактеричний синдром
- урогенітальна атрофія
- профілактика та лікування постменопаузального остеопорозу
- передчасна менопауза
- сукупність інших естрогендефіцитних трофічних та метаболічних

порушень, що знижують якість життя

МЕТА ЗГТ:

- підтримка кісткової маси
- зменшення ризику випадіння зубів
- покращення координації рухів та зниження травматизму
- тривала ЗГТ- профілактика розвитку остеоартриту
- зниження старечої катаркти та дегенерації сітківки
- зниження ризику ССЗ
- зниження урогенітальних проблем
- зниження раку кишківника
- зниження ризику або віддалення хвороби Альцгеймера
- покращення заживлення ран

ЗГТ при остеопорозі, ССЗ, урогенітальних розладах повинна тривати 2 роки і більше. Репаративні процеси в кістці починаються після 2-х років ЗГТ [1, 2, 4, 7, 9, 15, 21, 22, 24, 25, 29, 36, 37, 38, 39].



## Використана література

1. Аккер Л.В., Павлова А.П., Гальченко А.И. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция // Рос. Вестник акушер-гинекол. – 2007. – № 1. – С. 46-51.
2. Багрий А. Э. Мнения кардиологов о заместительной гормональной терапии при климаксе: за и против / А. Э. Багрий // Здоров'я України. – 2006. – № 18. – С. 38–39.
3. Болгова М.Ю. Остеопороз: (учеб.-метод. пособие) / М.Ю. Болгова. Астрахан. гос. мед. акад. Росздрава. – Астрахань: АГМА, 2010. – 70 с.
4. Бугрим Т.В. Постменопаузальный остеопороз / Т.В. Бугрим, И.М. Фуштей // Запорож. мед. журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
5. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение : рук. / под ред. А. М. Вейна. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 752 с.
6. Веропотвелян П.Н., Томамшева А.А., Радченко В.В., Веропотвелян Н.П., Воленко Н.В. Клинический подход к метаболическому синдрому в менопаузальном периоде. Мед. аспекты здоровья женщины. – 2015. - №2(88).- С. 281-290.
7. Використання заміної гормональної терапії у жінок після оваріоектомії / Сольський Я.П., Татарчук Т.Ф., Кваша Т.И. та ін. ПАГ. – 1998. – № 3. – С. 104-106.
8. Возможность безопасного купирования психоэмоциональных и вегетососудистых климактерических симптомов / А.Л. Тихомиров, И.А. Легкоева, В. Я. Гутникова, Т. В. Деды // Здоровье женщины. - 2009. - № 9. - С. 148-149.
9. Гінчицька Л. В. Гормонозамісні препарати в комплексному лікуванні постоваріоектомічного остеопорозу / Л. В. Гінчицька // Вісник наукових досліджень. – 2007. – № 3. – С. 58–61.

10. Григорян О.Р. Влияние заместительной гормональной терапии на углеводный и жировой обмен, на композиционный состав тела у женщин в период постменопаузы // Врач. – 2003. – № 6. – С. 51-
11. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Заместительная гормональная терапия у женщин с сахарным диабетом 1 и 2 типов в перименопаузе // Пробл. репрод. – 2007. – № 1. – С. 79-86.
12. Дзяк Г.В., Крыжановская Н.К. Дисметаболический постменопаузальный синдром // Журн. АМН України. – 2000. – Т. 6, № 3. – С. 485-495.
13. Дубоссарська Ю.О. Патолофізіологія клімактерію і менопаузи у жінок з порушеннями системи репродукції в анамнезі, стратегія замісної гормональної терапії: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук – Київ, 2006.- 36с.
14. Дуда В. И. Эндокринные изменение и пути коррекции у женщин после гинекологических операций: автореф. дисс. на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Дуда Владислав Иванович. – Минск, 2000. – 21с.
15. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом, Выпуск новостей // ВОЗ. 06.11.2013.- URL // [www.who.int/2014/lancet-serios/ru](http://www.who.int/2014/lancet-serios/ru).
16. Каюмова Д. Т. Менопаузальный метаболический синдром / Д. Т. Каюмова / / Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2008.^- № 1. - С. 38-41.
17. «Клинические принципы коррекции ранних нарушений хирургической и естественной менопаузы», пособие для врачей, Ин-т повышения квалификации ФМБА России, М.- 2011. – 46с.
18. Краснопольский В.И., Рубченко Т.И. Хирургическая менопауза (клиническая лекция) // Пробл. репрод. – 1998. – № 5. – С. 76-80.
19. Кузнецова И.В., Якутова М.В. Влияние различных режимов заместительной гормональной терапии на показатели углеводного и липидного обмена // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 5-6. – С. 8-11.
20. Кулаков В.И. Постовариозектомический синдром / В.И. Кулаков, С.В. Юренева, Е.Ю. Майчук. – М., 2003. – 19 с.

21. Медицина климактерия./Под ред. В.П. Сметник-М.:2009.-847 с.
22. Національний консенсус щодо ведення пацієток у клімактерії. - Репродуктивна ендокринологія.- 2016.- №1 (17).- С. 6-25.
23. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение / под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 269 с.
24. Подзолков В.И. Гормональный континуум женского здоровья. Эволюция сердечно-сосудистого риска / / Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2006. - №1. - С. 2-7.
25. Подзолкова Н.М. Менопаузальный остеопороз: классификация остеопороза, диагностика остеопороза, профилактика и лечение остеопороза, морфология и физиология нормальной кости / Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова, Т.И. Никитина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 63 с.
26. Радзинский В.Е. Школа изысканного старения / В.Е. Радзинский, Т.А. Добрецова.- StatusPraesens, 2015.- №2 (25).- С. 51-58.
27. Радзинский В.Е., Добровольцева Т.А., Рыжова Т.Е. Институт благородных бабушек.- Status Praesens. – 2015.- №8.- С. 77-82.
28. Brussaard H.E. Short-term estrogen replacement therapy improves insulin resistance, lipids and fibrinolysis in postmenopausal women with NIDDM / H.E. Brussaard, L.A. Geversen Leuven, M.Frolich // Diabetologia. - 1997. - № 40. - P. 843-849.
29. De Villiers T.J.,Gass M.L.S., Haines C.I., Lobo R.A., Pierro D.D., Rees M. Global consensus statement on menopause hormone therapy. Climacteric, 2013, 16(2): 203-204.
30. Effects of estrogen and venlafaxine on menopause-related quality of life in healthy postmenopausal women with hot flashes: a placebo-controlled randomized trial / B. Caan, A. Z. LaCroix, H. Joffe [et al.] // Menopause. – 2015. – Vol. 22, No. 6. – P. 607–615.

31. Effects of obesity and hormone therapy on surgically confirmed fibroids in postmenopausal women / E. M. Sommer, A. Balkwill, G. Reeves [et al.] // *European Journal of Epidemiology*. – 2015. – Vol. 30, No. 6. – P. 493–499.
32. Glycemic effects of postmenopausal hormone therapy: The heart and estrogen/progestin replacement study: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial / M. Kanaya, D. Herrington, E. Vittinghoff et al. // *Ann. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 138, N 1. – P. 1-9.
33. Grundy S. M. Metabolic syndrome pandémie / S. M. Grundy // *Arterioscler. Thromb. Vase. Biol.* - 2008. - Vol. 28, N 4. - P. 629-636.
34. Hormone replacement therapy can augment vascular relaxation in postmenopausal women with type 2 diabetes / M. Perera, J.R. Petrie, C. Hillier et al. // *Human Reproduction*. – 2002. – Vol. 17, N 2. – P. 497-502.
35. Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens / N. L. Smith, M. Blondon, K. L. Wiggins [et al.] // *JAMA Internal Medicine*. – 2014. – No. 174 (1). – P. 25–31.
36. NAMS position statement// *Menopause*.-2008.
37. New considerations on the management of osteoporosis in Central and Eastern Europe (CEE): summary of the «3rd Summit on Osteoporosis-CEE», November 2009, Budapest, Hungary / P. Lakatos, A. Balogh, E. Czerwinski [et al.] // *Arch. Osteoporos.* – 2011. – Vol. 6, № 1/2. – P. 1-12.
38. Updated practical recommendation for HTR in peri-and postmenopause.//*Climacteri.*-2008.-V.11.-P.108-123.
39. Women's health Stats and facts 2011. 2013. URL. [www.acog.org](http://www.acog.org).