

## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИГОМОТОКСИКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПАЦІЄНТОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

marynatrnk@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Стаття є фрагментом науково-дослідницької теми «Особливості комплексної корекції проявів клімактеричного синдрому залежно від супутньої екстрагенітальної патології» (№ державної реєстрації 0118U004061).

**Вступ.** Нормальний рівень тиреоїдних гормонів – абсолютно необхідна умова гармонійного розвитку і функціонування організму людини. Порушення функції щитоподібної залози (ЩЗ) асоційоване з розладами менструального циклу, безпліддям, самовільним перериванням вагітності у молодих жінок. Не менш важливою проблемою є захворювання ЩЗ у жінок старшого віку. Захворювання ЩЗ часто зустрічаються у жінок після 45 років, особливо в регіонах з недостатньою забезпеченістю йодом. Лише у третини жінок функція ЩЗ у клімактеричному періоді не змінюється, а 40 % жінок мають вузлові утворення ЩЗ і гіпотиреоз [1,2].

Результати досліджень свідчать про схожість проявів клімактеричного синдрому і симптомів порушення функції ЩЗ, а також на високу частоту субклінічних варіантів перебігу та атипівості клінічних проявів захворювань. Коморбідність клімактеричного синдрому і патології ЩЗ створює умови для, з одного боку, взаємообтяження існуючих розладів, а з іншого, – їх маскування. Так, порушення функціонального стану ЩЗ можуть не мати специфічних проявів і характерної клінічної картини, а вегетативна симптоматика перименопаузального періоду нагадувати симптоми тиреоїдної патології [3].

Патологія ЩЗ, у т. ч. гіпотиреоз, посилює вираженість вазомоторних, емоційно-вегетативних, урогенітальних та інших проявів гіпоестрогенемії, сприяючи прогресуванню вегето-судинних, ендокринно-обмінних та емоційно-психічних порушень клімактеричного періоду [4]. Вираженість клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом має свої специфічні особливості, що полягають у переважанні основних клімактеричних симптомів – приливів жару, пітливість, порушень сну, депресивного настрою і слабкості. Це дозволяє стверджувати про несприятливий вплив недостатньої функції ЩЗ на клінічний перебіг менопаузального періоду [5].

Повний спектр менопаузальних розладів суттєво впливає на якість життя жінки і становить актуальну медико-соціальну проблему, яка на протязі багатьох десятиліть привертає увагу не тільки гінекологів, але й лікарів інших спеціальностей. Профілактику і корекцію цих порушень необхідно розпочинати як можна раніше.

Жінкам з клімактеричним синдромом на фоні патології ЩЗ показана замісна гормональна терапія (ЗГТ) під ретельним контролем основних показників ендокринного статусу. Водночас, показане більшості

жінок використання ЗГТ часто ускладнюється через наявність супутнього захворювання. Крім того, саме застосування естрогенів може дещо змінювати показники функціонального стану ЩЗ [6]. Крім того, частина жінок упереджено ставиться до гормональних препаратів [7].

Перспективним рішенням даної проблеми є призначення жінкам у період менопаузи негормональних препаратів, за допомогою яких можна ефективно проводити корекцію дисгормональних розладів [8].

Альтернативним, а у деяких випадках додатковим, методом лікування є застосування негормональних лікарських засобів на основі лікарської рослинної сировини, що містить фітоестрогени, а також мікронутрієнти [9].

Таким чином, пошук ефективних і безпечних заходів для підтримки адаптаційних можливостей організму жінок, профілактики та корекції виявлених порушень залишається остаточно не вирішеною і актуальною проблемою.

Антигомотоксикологічна терапія, що відноситься до регуляційної терапії, комплексно впливає на організм, забезпечуючи детоксикаційний, імуномодуляційний і підтримуючий функцій органів і клітин ефекти [10,11].

Антигомотоксикологічна терапія направлена на покращення здоров'я жінок в клімактеричному періоді, оскільки поєднує можливість як симптоматичного призначення комплексних антигомотоксикологічних засобів, так і цілеспрямованого біологічного стимулювання гормональної функції яєчників. Застосування антигомотоксикологічних препаратів довело свою ефективність, оскільки незалежно від вираженості клімактеричного синдрому забезпечує достовірне зниження вираженості симптомів (30 % в перші 5 тижнів призначення) [12].

Незважаючи, що виражений лікувальний ефект антигомотоксикологічних засобів щодо усунення вегето-судинних і нервово-психічних порушень у жінок досягається за більш тривалий проміжок часу, при їх правильному призначенні практично відсутні будь-які протипоказання і побічні явища, що робить їх використання безпечним при тривалому застосуванні [12].

**Мета роботи:** порівняти ефективність комплексних методів лікування клімактеричного синдрому у пацієнток із супутнім гіпотиреозом, шляхом аналізу біохімічних показників до та після комплексної терапії з використанням антигомотоксикологічних препаратів.

**Об'єкт і методи дослідження:** обстежено 65 пацієнток віком 45 – 55 років із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом. Тривалість гіпотиреозу – від 1 до 5 років, у середньому (3,8±0,4) роки. Пацієнтки отримували замісну терапію L – тироксином.

Із метою порівняння ефективності обраного лікування, хворих розділено на дві групи.

В 1-й групі (30 пацієток) із гіпотиреозом на фоні клімактеричного синдрому, які отримували тільки базову терапію згідно з Національним консенсусом щодо ведення пацієток у клімактерії (далі – базова терапія).

До 2-гої групи увійшло 35 пацієток, які окрім базової терапії отримували терапію антигомотоксикологічними препаратами (Клімакт-Хель (1 таблетка 3 рази/добу протягом двох місяців), Мулімен (10 крапель 3 рази/добу протягом двох місяців)).

Клінічне обстеження включало скарги хворих та анамнез захворювання; об'єктивні дані та гінекологічне обстеження. Також урахувалися дані амбулаторних та стаціонарних карт, виписки з історії хвороби, визначення біохімічних та гормональних показників крові, результати спеціальних методів обстеження.

Антигомотоксикологічні препарати можуть широко застосовуватися як для зменшення симптомів клімактеричного синдрому так і для лікування судинних порушень. Науковими дослідженнями та клінічною практикою доведено, що лікування на ранніх етапах розвитку клімактеричного синдрому позитивно впливає на якість життя жінки в наступні роки.

Був проведений порівняльний аналіз біохімічних показників крові у обстежуваних пацієток з КС та супутнім гіпотиреозом, до і після певного виду лікування, порівняння показників між собою та з показниками норми.

Індивідуальний контроль глікемії проводився за допомогою експрес – аналізатора «One Touch Basic Plus» (Джонсон і Джонсон, США), СЕКМАТЕ (Cascade Medical inc., США), «Elite» (фірма Байер, Німеччина).

Глікований гемоглобін (HbA1c) визначали іонообмінним методом за допомогою комерційних тест-наборів «Glyco-chemoglobin HbA1-test» №10657 чи 10658, контрольна сироватка №10259 «Human» ФРГ, на спектрофотометрі DH-7 фірми «Beckman» США.

Електроліти сироватки (K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>) досліджували стандартним методом спектрофотометрії. Концентрацію цитозольного Ca<sup>2+</sup> (в лейкоцитах крові) досліджували методом люмінесцентної мікроскопії. Холестерин сироватки визначали на апараті КФК- 2МП (Росія). Вміст глюкози в периферійній крові досліджували уніфікованим глюкозооксидантним методом по окисленню ортотолуїдину.

Активність загальної лужної фосфатази (ЗЛФ), виражену в Од/л, визначали в біохімічному аналізаторі «Co-BAS-MIRAS» (Швейцарія).

В якості нормативних показників при аналізі результатів лабораторних досліджень використовували стандарти біохімічних лабораторій.

Статистична обробка отриманих результатів здійснена в статистичному пакеті «STATISTICA 6.1» із використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У всіх обстежуваних пацієток ви-

хідні показники дещо перевищували нормативні дані. Так, показник глікемії в обох групах (5,7±0,61) та (5,5±0,34) ммоль/л, незначно та все ж таки перевищував обрану норму (4,7±0,39) ммоль/л до проведеного лікування. До лікування у всіх пацієнтів зареєстровано збільшення показника глікованого гемоглобіну – норма (5,2±0,17)%, який був дещо вищим та становив – у першій групі лікування (5,4±0,42)% та у другій – (5,9±0,35)%, відповідно. Аналогічні зміни спостерігалися і зі значенням атерогенного індексу в обох групах, який складав (5,6±0,04); (5,8±0,01) відповідно, при нормі (4,1±0,07). Ca<sup>2+</sup>-іонізований та Ca<sup>2+</sup>- цитозольний також відрізнялися від нормативних значень до лікування. Так, Ca<sup>2+</sup>-іонізований склав (0,78±0,03) та (0,83±0,03) ммоль/л, при нормі (1,21±0,03) ммоль/л, відповідно. Показник Ca<sup>2+</sup>- цитозольного перед лікуванням, навпаки був достовірно підвищеним у всіх пацієнтів і становив (44,9±2,2) і (46,1±3,5) нмоль/л, при нормативному значенні – (42,9±3,28). У хворих також виявлено підвищення K<sup>+</sup>, порівняно з нормою (4,2±0,37) ммоль/л, який в групі 1 дорівнював (5,2±0,11) ммоль/л, у групі 2 – (5,1±0,14) ммоль/л. Значно підвищеним виявився показник загальної лужної фосфатази в обох групах пацієток (109,5±3,9) та (108,5±7,5) Од/л, при нормі – (75,8±5,12) Од/л.

Таким чином, аналізуючи вихідні дані, бачимо, що у пацієток в перименопаузі із супутньою ендокринною патологією проявлялися значні метаболічні зміни, які стосувалися порушенням вуглеводного, ліпідного та мінерального обмінів. Дані зміни, очевидно, пов'язані як з гормональною перебудовою, характерною для клімактеричного періоду, так і з супутнім гіпотиреозом.

Результати, отримані після двох курсів комплексного лікування жінок із клімактеричним синдромом

Таблиця.

**Динаміка біохімічних показників у пацієток з клімактеричним синдромом на тлі гіпотиреозу під впливом комплексної терапії із застосуванням препаратів Клімакт-Хельта Мулімен**

Показник, норма	Групи			
	1 (n=30)		2 (n=35)	
	1 курс	2 курс	1 курс	2 курс
Глікемія Ммоль/л 4,7±0,39	5,7±0,61 5,3±0,42	5,2±0,24 4,9±0,13	5,5±0,34 5,1±0,18	5,2±0,26 4,8±0,12
HbA1c% 5,2±0,17	5,4±0,42 5,6±0,16	5,6±0,22 5,4±0,21	5,9±0,35 5,5±0,28	5,6±0,15 5,2±0,19
Атерогенний індекс 4,1±0,07	5,6±0,04 5,1±0,02	5,2±0,05 4,6±0,06	5,8±0,01 5,6±0,02	5,5±0,11 5,0±0,03
Ca <sup>2+</sup> -іон Ммоль/л 1,21±0,03	0,78±0,03 0,91±0,04	0,90±0,04 1,03±0,02	0,83±0,03 0,99±0,06	0,98±0,02 1,02±0,03
Ca <sup>2+</sup> цит Нмоль/л 42,9±3,28	44,9±2,2 43,4±1,6	43,5±2,8 42,1±1,8	46,1±3,5 44,9±2,5	45,0±2,1 43,6±3,4
K <sup>+</sup> Ммоль/л 4,2±0,37	5,2±0,11 4,6±0,09	4,7±0,15 4,2±0,07	5,1±0,14 4,8±0,09	4,8±0,11 4,4±0,08
ЗЛФ Од/л 75,8±5,12	109,5±3,9 93,4±3,1	93,9±4,2 85,2±5,4	108,5±7,5 101,3±5,1	101,5±3,5 92,4±2,6

на тлі гіпотиреозу з використанням антигомотоксикологічних препаратів, наведені у **табл.**

Оцінка динаміки біохімічних показників доводить, що в обох групах пацієнтів після лікування виявлено достовірні зміни. У всіх пацієнтів виявлено зниження глікемії. Так, у групі із застосуванням базової терапії після лікування він становив ( $4,9 \pm 0,13$ ), у групі із застосуванням двох курсів антигомотоксикологічних препаратів показник становив ( $4,8 \pm 0,12$ ) ммоль/л. Показник глікозильованого гемоглобіну у пацієнток із використанням базової терапії зовсім не змінився ( $5,4 \pm 0,21$ )%, проте і у хворих другої групи після обох курсів комплексного лікування із застосуванням препаратів Клімакт-хель та Мулімен показник HbA1c був знижений незначно та становив ( $5,2 \pm 0,19$ )%. Тенденція до зниження атерогенного індекса спостерігалася в обох групах пацієнток, та все ж таки нормальних цифр їм не вдалося досягти ( $4,6 \pm 0,06$ ) та ( $5,0 \pm 0,03$ ). Підвищення  $Ca^{2+}$ -іонізованого було не достовірне у всіх хворих та становило ( $1,03 \pm 0,02$ ) та ( $1,02 \pm 0,03$ ) ммоль/л. Зменшення  $Ca^{2+}$ -цитозольного спостерігали в обох групах лікування, проте достовірне його зниження відмічено у пацієнток першої групи ( $42,1 \pm 1,8$ ), проти ( $43,6 \pm 3,4$ ) нмоль/л, у групі 2. Під впливом базової терапії достовірно зменшився показник  $K^+$ . В пацієнтів обох груп лікування показник загальної лужної фосфатази дещо збільшувався та нормативного значення не досягнуто в жодного пацієнта.

При оцінці загальної ефективності лікування виявилось, що при використанні базової терапії ефективність склала 63,3%, при використанні комплексного лікування із застосуванням антигомотоксикологічної терапії – 54,3%. При цьому при використанні базової терапії у 26,7% хворих не призводило до об'єктивного поліпшення стану, а в 10% пацієнток спостерігалось деяке погіршення самопочуття. У

групі пацієнток, яким призначили комплекс із антигомотоксикологічною терапією кількість хворих, що закінчила курс лікування без динаміки, була дещо вищою 28,4%. Вищою виявилася також кількість хворих із негативними результатами лікування 14,3%.

### Висновки

1. У ході обстеження хворих з клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом, спостерігаємо підвищення всіх досліджуваних біохімічних показників крові до проведення двох курсів комплексної терапії.

2. При оцінці динаміки біохімічних показників після двох курсів лікування виявили тенденцію зниження показників до норми в обох групах лікування, проте у групі з використанням тільки базової терапії показники більше наближувалися до нормативних показників.

3. Загальна ефективність базової терапії клімактеричного синдрому склала 63,3% досліджуваних жінок, при цьому у 26,7% хворих не було об'єктивного поліпшення стану, а в 10% пацієнток спостерігалось деяке погіршення самопочуття.

4. Ефективність комплексного лікування із застосуванням антигомотоксикологічних препаратів була менш успішна. Із 35 хворих, які отримували комплексне лікування у 54,3% загальний стан та біохімічні показники значно покращилися, у 28,4% загальний стан та показники не змінилися і у 14,3% хворих мали негативні результати лікування.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективами подальших досліджень стане пошук засобів корекції проявів клімактеричного синдрому на фоні супутньої патології із подальшим заміщенням гормональних препаратів.

### Література

- Berketova TYu, Ragoza AK. Osobennosty pery- y postmenopauzy u zhenshchyn s zabolevaniyamy shchytovydnoy zhelezy. Vestn. reproduktiv. zdorov'ya. 2009;2:26-31. [in Russian].
- Hlaskova IB. Klimakterychni porushennya u zhinok z dobroyakisnoy tyroyidnoy patolohiyeyu [avtoreferat]. Nats. med. akad. pislyadyplom. osvity im. P.L. Shupyka. Kyiv, 2010. 31 s. [in Ukrainian].
- Deryabyna EH, Bashmakova NV. Shchytovydna zheleza y menopauza. Ekaterynburh, 2012. 141 s. [in Russian].
- Khazelen R. Yntehrativnyy obzor dokazatel'stv effektivnosti antyhomotoksichnoho sredstva. Lechashchyy vrach. 2017;4:69-78. [in Russian].
- Li H, Li J. Thyroid disorders in women. Minerva Med. 2015;106(2):109-14.
- Smetnyk VP, redaktor. Medytsyna klymakteryya. M.: Lytera; 2006. 847 s. [in Russian].
- Kosilova SE. Nehormonal'na korektsiya klimakterychnykh rozladiv u zhinok u postmenopauzy. Bukovyn. med. visnyk. 2015;2:113-5. [in Ukrainian].
- Tyraspol'skiy YV. Antyhomotoksicheskaya terapiya v praktike akushera-hynekoloha: kratkoe spravochnoe rukovodstvo. M.: Arnebyya; 2001. 288 s. [in Russian].
- Tkachyk SYa. Endokrynnyy status u zhinok z klimakterychnym syndromom na foni patolohiyi shchytopodobnoy zalozy. Visn. nauk. doslidzen'. 2001;1:73-5. [in Ukrainian].
- Villaseca P. Non-estrogen conventional and phytochemical treatments for vasomotor symptoms: what needs to be known for practice. Climacteric. 2012;15(2):115-24.
- Gietka-Czernel M. The thyroid gland in postmenopausal women: physiology and diseases. Prz. Menopauzalny. 2017;16(2):33-7.
- Black AA, Chernykh A. Antihomotoxic drugs in the treatment of internal diseases. St. Petersburg: Center for Homeopathy; 2013. 246 p.

### ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИГОМОТОКСИКОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПАЦІЄНТОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

Павловська М. О.

**Резюме.** Вираженість клімактеричних порушень у жінок із гіпотиреозом особливості, що полягають у переважанні основних клімактеричних симптомів. Перспективним рішенням даної проблеми є призначення жінкам у період менопаузи негормональних препаратів. Виражений лікувальний ефект антигомотоксикологічних засобів у жінок досягається за більш тривалий проміжок часу, при їх правильному призначенні практично відсутні будь-які протипоказання і побічні явища, що робить їх використання безпечним при тривалому застосуванні. Метою роботи стало порівняти ефективність комплексних методів лікування клімактеричного синдрому у пацієнток із супутнім гіпотиреозом, шляхом аналізу біохімічних

показників до та після комплексної терапії з використанням антигомотоксикологічних препаратів. Було обстежено 65 пацієнок віком 45 – 55 років із клімактеричним синдромом та супутнім гіпотиреозом, хворих було розділено на дві групи. В 1-й групі було (30 пацієнок) із гіпотиреозом на фоні клімактеричного синдрому, які отримували тільки базову терапію. До 2-гої групи увійшло 35 пацієнок, які окрім базової терапії отримували терапію антигомотоксикологічними препаратами: Клімакт-Хель та Мулімен. При оцінці динаміки біохімічних показників після двох курсів лікування виявили тенденцію зниження показників до норми в обох групах лікування, проте у групі з використанням тільки базової терапії показники більше наближувалися до нормативних показників. Ефективність комплексного лікування із застосуванням антигомотоксикологічних препаратів була менш успішна. Із 35 хворих, які отримували комплексне лікування у 54,3% загальний стан та біохімічні показники значно покращилися, у 28,4% загальний стан та показники не змінилися і у 14,3% хворих мали негативні результати лікування.

**Ключові слова:** клімактеричний синдром, гіпотиреоз, антигомотоксикологічна терапія, базова терапія.

**ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИГОМОТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА**

**Павловская М. А.**

**Резюме.** Выраженность климактерических нарушений у женщин с гипотиреозом заключается в преобладании основных климактерических симптомов. Перспективным решением данной проблемы является назначение женщинам в период менопаузы негормональных препаратов. Выраженный лечебный эффект антигомотоксикологических средств у женщин достигается за более длительный промежуток времени, при их правильном назначении практически отсутствуют какие-либо противопоказания и побочные явления, что делает их использование безопасным при длительном применении. Целью работы стало сравнить эффективность комплексных методов лечения климактерического синдрома у пациенток с сопутствующим гипотиреозом, путем анализа биохимических показателей до и после комплексной терапии с использованием антигомотоксикологических препаратов. Было обследовано 65 пациенток в возрасте 45 – 55 лет с климактерическим синдромом и сопутствующим гипотиреозом, больные были разделены на две группы. В 1-й группе было (30 пациенток) с гипотиреозом на фоне климактерического синдрома, которые получали только базовую терапию. Во 2-ю группу вошло 35 пациенток, которые кроме базовой терапии получали терапию антигомотоксикологическими препаратами Климат-Хель и Мулимен. При оценке динамики биохимических показателей после двух курсов лечения обнаружили тенденцию снижения показателей к норме в обеих группах лечения, однако в группе с использованием только базовой терапии показатели больше сблизились до нормативных показателей. Эффективность комплексного лечения с применением антигомотоксикологических препаратов была менее успешна. Из 35 больных, получавших комплексное лечение в 54,3% общее состояние и биохимические показатели значительно улучшились, в 28,4% общее состояние и показатели не изменились и в 14,3% больных имели отрицательные результаты лечения.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, гипотиреоз, антигомотоксикологическая терапия, базовая терапия.

**INFLUENCE OF COMPLEX THERAPY WITH USING ANTIGOMOTOXICOLOGICAL DRUGS ON THE BIOCHEMICAL PARAMETERS OF PATIENTS WITH CLIMATHERIC SYNDROME WITH HYPOTHYROIDISM**

**Pavlovska M. O.**

**Abstract.** Expression of climacteric abnormalities in women with hypothyroidism, characterized by predominance of major climacteric symptoms. An alternative, and in some cases, additional, method of treatment is the use of non-hormonal drugs based on medicinal plant material containing phytoestrogens, as well as micronutrients.

Thus, the search for effective and safe measures to support the adaptive capacity of the body of women, prevention and correction of the revealed violations remains unresolved and relevant to the problem. A promising solution to this problem is the appointment of women in the period of menopause non-hormonal drugs. The expressed therapeutic effect of antihomotoxic drugs in women is achieved over a longer period of time, with their correct appointment, virtually no contraindications and side effects, which makes their use safe in long-term use. The aim of the work was to compare the effectiveness of complex methods of treatment of climacteric syndrome in patients with concomitant hypothyroidism, by analyzing biochemical parameters before and after complex therapy using antihomotoxicological drugs. 65 patients aged 45-55 years with a climacteric syndrome and concomitant hypothyroidism were examined, patients were divided into two groups. In the 1st group, there were (30 patients) with hypothyroidism in the context of a climacteric syndrome who received only baseline therapy. The 2nd group consisted of 35 patients who, in addition to basic therapy, received therapy with antihomotoxic medicines: Climact-Hel and Mulimen. Antihomotoxicological drugs can be widely used both for the reduction of symptoms of climacteric syndrome and for the treatment of vascular disorders. Scientific research and clinical practice have shown that treatment in the early stages of the development of climacteric syndrome positively affects the quality of life of women in subsequent years. A comparative analysis of the biochemical parameters of blood in the examined patients with COP and concomitant hypothyroidism, before and after a certain type of treatment, comparison of indicators with each other and with norms. Individual glycemic control is performed with the One Touch Basic Plus Express (Johnson & Johnson, USA), CHEKMATE (Caskade Medical inc., USA), Elite (Bayer, Germany). During the examination of patients with climacteric syndrome and concomitant hypothyroidism, we observe an increase in all studied biochemical parameters of the blood prior to the completion of two courses of complex therapy. In assessing the dynamics of biochemical indicators after two treatment cycles, there was a tendency towards a decrease in

normal values in both treatment groups, but in the group using only baseline therapy, the indicators were closer to normative indicators. The overall effectiveness of the baseline therapy for climacteric syndrome was 63.3% of the women under study, with 26.7% of the patients having no objective improvement, and in 10% of patients there was some deterioration in their well-being. The effectiveness of complex treatment with the use of antihomotoxic drugs was less successful. Of the 35 patients who received comprehensive treatment at 54.3%, the general condition and biochemical parameters improved significantly, in 28.4%, the general condition and indices did not change and in 14.3% of the patients had negative treatment outcomes.

**Key words:** climacteric syndrome, hypothyroidism, antihomotoxicological therapy, basic therapy.

*Рецензент – проф. Ліхачов В. К.*

*Стаття надійшла 10.05.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-217-221

УДК 616.36-003.826

*Павловський С. А.*

### КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

ibolit@i.ua

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Стаття є фрагментом науково-дослідницької теми «Особливості перебігу, діагностики та лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на тлі цукрового діабету 2-го типу» (№ державної реєстрації 0118U004062).

**Вступ.** Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), яка визначається як накопичення жиру > 5% від маси печінки, все більше стає важливою причиною хронічного захворювання печінки. Патогенез включає в себе процес, в якому збільшення накопичення тригліцеридів в умовах резистентності до інсуліну призводить до підвищеної сприйнятливості до запальних ушкоджень, опосередкованих підвищеною експресією запальних цитокінів та адипокінів, оксидативного стресу та мітохондріальної дисфункції, стресу ендоплазматичної сітки та ендотоксичної інтоксикації кишки [1].

При узагальненні численних досліджень виявлено дані, які підтверджують зв'язок НАЖХП із цукровим діабетом 2 типу або метаболічним синдромом, свідчать про те, що НАЖХП передують розвитку обох станів [2]. Поширеність НАЖХП набагато вища, ніж вважали раніше і серед пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу часто виявляються хворі з нормальною активністю амінотрансфераз. Більше того, у багатьох із них підвищений ризик важкого захворювання печінки, тому постає питання нижчого порогу для скринінгу пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та НАЖХП / НАСГ [3].

Прогресування від жирового стеатогепатозу до НАСГ виникає в 5-20% пацієнтів із можливістю розвитку фіброзу печінки / цирозу печінки. Пацієнти з НАСГ та пацієнти з НАЖХП із фіброзом повинні бути ідентифіковані, оскільки вони ризикують підвищити смертність. Специфічне лікування НАСГ нині зараз недоступне. Важливого значення набуває визначення прогнозу та оптимального лікування пацієнтів із НАЖХП та спрямованого спостереження за розвитком гепатоцелюлярної карциноми. Дослідники пропонують комплексну терапію з урахуванням основних патогенетичних факторів НАСГ, який усе частіше поєднується з цукровим діабетом 2 типу.

**Мета дослідження** – оптимізація лікування хворих на НАСГ, поєднаний із цукровим діабетом 2 типу

шляхом патогенетичного підходу, залежно від особливостей перебігу цього захворювання.

**Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження проведено на 30 хворих на НАСГ, поєднаний із цукровим діабетом типу 2. Вік пацієнтів становив  $(58,3 \pm 2,6)$  років, контрольна група – 20 здорових осіб такого ж віку  $(57,4 \pm 1,9)$  років.

Діагноз НАСГ встановлювали на основі симптомів, результатів візуалізації (УЗД печінки) та результатів лабораторного та фізикального обстеження. Були виконані всі обов'язкові дії: комплексно враховували дані клініко-лабораторних, біохімічних та інструментальних досліджень, згідно стандартів обстеження хворих із патологією органів шлунково-кишкового тракту. До моменту обстеження хворі не отримували лікування НАЖХП за стандартними схемами.

Біохімічне дослідження крові включало: визначення показників білкового (вмісту загального білка, тимолову пробу), ліпідного (вмісту загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької щільності), пігментного обміну (загальний білірубін), ферментного (аспартатамінотрансферази, АСТ), аланінамінотрансферази, АЛТ), лужної фосфатази, гамма-глутамілтранспептидази та рівня глюкози в крові натще; загальний аналіз крові.

Лікування хворих на НАСГ, яке було спрямоване на запобігання розвитку фіброзу та цирозу, здійснювали згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Неалкогольний стеатогепатит» (Наказ МОЗ України 06 листопада 2014 року № 826) [4].

Пацієнтам зі НАЖХП надані відповідні рекомендації по зміні харчової поведінки та способу життя. Для корекції НАЖХП рекомендовано збалансоване харчування: кількість білків у межах фізіологічної норми (у середньому 1 г/кг маси тіла); зменшення добової кількості жирів до 70 г і вуглеводів, обмеження кількості калорій (1200 ккал – для жінок і 1500 ккал – для чоловіків). Для досягнення ефективності дієтотерапії було рекомендовано підсилити регулярними фізичними навантаженнями, відмовою від паління та вживання алкоголю [5].

Згідно уніфікованого клінічного протоколу, призначали базову терапію з включенням метаболічного препарату з доведеною ефективністю мільгама,