

КОМПЛЕКСНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Проф. О. В. ГРИЩЕНКО, канд. мед. наук А. В. СТОРЧАК, канд. мед. наук Т. А. СТРУК

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина*

Представлены результаты изучения спектра терапевтической активности фитопрепарата климапин в отношении ранневременных проявлений климактерического синдрома. Препарат продемонстрировал высокую эффективность в купировании нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе при климактерическом синдроме легкой и средней степени тяжести.

Ключевые слова: климактерический синдром, фитотерапия, психоэмоциональные нарушения, климапин.

Климактерический период — физиологический период жизни женщины, в течение которого преобладают инволютивные процессы, характеризующиеся прекращением сначала детородной, а затем и менструальной функции. Климактерический период имеет длительное течение и практически у каждой второй женщины продолжается более 15 лет [1–3].

Существует четыре клинико-патогенетические формы климактерического синдрома (КС): с преобладанием психоэмоциональных расстройств, с преобладанием вегетососудистых нарушений на фоне гиперпролактинемии и трансформированный из предменструального синдрома переходного периода [3].

В основе психоэмоциональных и вегетососудистых нарушений в климактерии лежит резкое снижение продукции эстрогенов с одновременным повышением секреции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, нарушение синтеза нейротрансмиттеров, снижение допаминергического тонуса, ухудшение работы серотонинергической системы, нарушение норадренергического тонуса [4, 5].

Обычно психоэмоциональные расстройства возникают еще до наступления менопаузы и включают в себя появление раздражительности, изменения настроения, недоверчивость, чувство тревоги, плаксивость, нарушение сна, быструю утомляемость, признаки ухудшения работы мозга (снижение запоминания новой информации, снижение концентрации, снижение скорости принятия решений). Одними из ранних симптомов КС являются расстройства сна [5, 6].

Эстрогены влияют на функциональное состояние ЦНС: сон, эмоции, память, мышление. В перименопаузальном периоде секреция эстрадиола резко снижается и доминирующими становятся неклассические фенолстероиды (эстрон). Воздействие стероидных гормонов на ЦНС по типу обратной связи необходимо для регуляции продукции гипоталамических гормонов и гормональной модуляции поведения.

Связь между нейронами головного мозга осуществляется посредством нейромедиаторов (серотонин, допамин и норадреналин). В холинергических нервных волокнах в качестве медиатора используется ацетилхолин. Эстрогены стимулируют элиминацию моноаминоксидаз, метаболизирующих все моноаминовые медиаторы. При дефиците эстрогенов возможны атрофия и гибель холинергических нервов. Помимо этого установлено, что эстрогены повышают содержание холинацетилтрансферазы — фермента, необходимого для синтеза ацетилхолина. При эстрогенном дефиците происходит снижение опиоидной активности β-эндорфинов в мозге, нарушается метаболизм серотонина и норадреналина, снижается допаминергический тонус, ухудшается функционирование серотонинергической системы и увеличивается норадренергический тонус, что способствует развитию тревожно-депрессивных, ипохондрических состояний [3, 5, 7].

Расстройства сна происходят при ускоренном распаде медиаторов серотонина и норадреналина, за счет чего снижается как общая продолжительность сна, так и фазы глубокого сна. Сон становится поверхностным, не приносящим отдыха [1, 3].

Эстрогены оказывают влияние на характер кровообращения в тканях мозга. Дефицит эстрогенов ведет к повышению атерогенного потенциала крови, появлению инсулинорезистентности, дисфункции эндотелиальных клеток, ведущей к вазоспазму, изменениям в системе гемодинамики и фибринолиза (повышение агрегационно-коагуляционного потенциала крови). Результатом является церебральная ишемия [5].

Вегетососудистые нарушения в виде приливов жара в верхней половине туловища и голове сопровождаются расширением периферических сосудов, учащением сердцебиения и являются результатом изменения работы центральных нейротрансмиттеров в условиях гипострогении, ответственных за деятельность центра терморегуляции в гипоталамусе. Приливы жара сменяются последующим потоотделением, ознобом [3, 6].

Традиционно для лечения КС применяется заместительная гормонотерапия (ЗГТ). Данный подход к ликвидации патологической симптоматики является патогенетическим и высокоэффективным. Однако проведение ЗГТ имеет ряд ограничений, которые обусловлены побочными эффектами, часть женщин испытывает определенные предубеждения к данному виду лечения [7, 8].

Альтернативными видами терапии КС являются: синтетические модуляторы эстрогеновых рецепторов, фитомодуляторы эстрогеновых рецепторов, фитоэстрогены, гомеопатические препараты, препараты для симптоматической терапии [8–12].

В последние годы наметилась тенденция к выбору пациентками натуропатических методов лечения с применением лекарственных средств, приготовленных из растительного сырья. В настоящее время особый интерес вызывают некоторые представители класса биофлавоноидов, проявляющие, как показали специальные исследования, гормоноподобные, а именно эстрогенные свойства и названные поэтому фитоэстрогенами [9–11, 13, 14].

В природе существует огромное количество источников фитоэстрогенов (табл. 1) [6, 7, 15].

В настоящее время известны следующие биологические эффекты фитоэстрогенов: незначительное повышение синтеза белка, связывающего эстрогены, что ведет к некоторому снижению уровня эндогенных эстрогенов, тем самым предотвращая их воздействие на эндометрий и молочные железы; связываясь с эстрогеновыми рецепторами, они могут оказывать эстрогеноподобные эффекты. Химическое строение фитоэстрогенов имеет структурное сходство с 17 β -эстрадиолом, что определяет его способность вступать в контакт с эстрогеновыми рецепторами [6, 9, 12].

Разнообразие клинической симптоматики климактерия обусловлено наличием эстрогенных рецепторов в различных органах и тканях. Установлено существование двух типов эстрогеновых рецепторов — α и β . В яичниках, матке, молочных железах, костной ткани присутствуют как α -, так и β -эстрогеновые рецепторы, только β -эстрогеновые рецепторы находятся в коре головного мозга, супраоптических и паравентрикулярных ядрах гипоталамуса, легких, кишечника, мочевом пузыре, жировой ткани, только α -эстрогеновые рецепторы находятся в гипофизе, печени, почках [3, 6].

Большинство фитоэстрогенов предпочтительно связывается с β -эстрогеновыми рецепторами, поэтому их можно рассматривать как селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов. Кроме того, фитоэстрогены отличаются своей потенциальной способностью связываться с эстрогеновыми рецепторами (табл. 2) [6].

Применение фитоэстрогенов благодаря их активности, механизму действия и природному характеру можно рассматривать как одно из перспективных направлений в терапии КС.

Таблица 1

**Присутствие фитоэстрогенов
в растительных источниках
(K. Reinli, G. Block, 1996; A. J. Husband, 2001)**

Фитоэстрогены	Растительные источники
Изофлавоны	Соя, горох, бобы, чечевица, гранат, финики, шпинат, клевер, злаки, хмель
Лигнаны	Злаки (наружная оболочка пшеницы, ржи, риса, ячменя, овса), орехи, овощи (морковь, чеснок, брокколи, тыква), лен, подсолнечник, чай, кофейные зерна, вишня, яблоко
Флавоны	Бобовые, орехи, красные и желтые овощи
Флавононы	Цитрусовые
Куместраны	Пророщенные бобы, соя, люцерна, клевер
Чалконы	Солодка
Дитерпены	Кофейные зерна
Тритерпены	Солодка, хмель
Кумарины	Капуста, орехи, шпинат, солодка
Ациклические фитоэстрогены	Хмель

Таблица 2

**Потенциальная активность фитоэстрогенов
в сравнении с эстрадиолом**

Взаимодействие с α-эстрогеновыми рецепторами
Эстрадиол >> зераленон = кеместрол > генистеин > дайдзеин > апигенин = флоретин > биоханин А = кемпферол = наренгинин > формоннетин = иприфлавоны = кверцетин = хрестин
Взаимодействие с β-эстрогеновыми рецепторами
Эстрадиол >> генистеин = кеместрол > зераленон > дайдзеин > биоханин А = апигенин = кемпферол = наренгинин > флоретин = кверцетин = иприфлавоны = формоннетин = хрестин

Харьковский химический фармацевтический завод «Красная звезда» выпускает комплексный препарат климапин для лечения КС, представляющий собой спиртовую настойку лекарственных растений, обладающих фитоэстрогенной активностью. В состав препарата входит спиртовой жидкий (1:10) экстракт из смеси плодов боярышника, соплодий хмеля, листьев крапивы, шалфея, белладонны, травы душицы, пустырника. Терапевтический эффект препарата обусловлен синергизмом его компонентов. Климапин оказывает специфический фитоэстрогенный эффект, обладает выраженным седативным действием, улучшает мозговую и коронарную кровотоки, уменьшает потоотделение, повышает тонус матки и свертываемость крови,

обладает гиполипидемическим, гипотензивным, иммуностимулирующим и стрессопротекторным эффектом. Климапин показан к применению при легкой и умеренной гипертензии, психоэмоциональном возбуждении, КС, бессоннице. Он имеет рациональный состав компонентов, подобранный с учетом сложного патогенеза климактерических расстройств. Седативное действие определяют пустырник, боярышник, душица, хмель; фитоэстрогенным воздействием обладают хмель, шалфей; гемостатический эффект при меноррагиях оказывают душица и крапива, стрессопротекторным и адаптогенным воздействием обладают крапива и белладонна.

Фитоэстрогенная активность препарата климапин обеспечивается прежде всего флавоноидами хмеля, которые относятся к разным химическим группам: флавонам, изофлавонам, флавонолам и другим. Содержащийся в шишках хмеля 8-изопренилнарингенин является одним из наиболее активных фитоэстрогенов. Изопренилированные флавоноиды хмеля (ксантогумол, изоксантогумол, 8-изопренилнарингенин) являются эффективными ингибиторами канцерогенеза. 8-изопренилнарингенин обладает выраженным антиинвазивным и антиметастатическим потенциалом. Нейротропные свойства галеновых препаратов из шишек хмеля связывают с содержанием в них лупулина, который оказывает успокаивающее действие на ЦНС. В эксперименте подтверждены снотворные свойства хмеля.

Цель исследования — определить спектр терапевтической активности препарата климапин в отношении ранневременных проявлений КС.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациенток с КС. В исследовании приняла участие женщины, у которых имели место относительные противопоказания к приему ЗГТ, а также негативно настроенные к приему ЗГТ. Терапия менопаузального синдрома проводилась фитопрепаратом климапин, который назначали по 1 чайной ложке 3 раза в сут. Наблюдение за пациентками осуществлялось на протяжении трех месяцев приема препарата. Первый контрольный визит осуществлялся спустя месяц от начала лечения, второй визит — спустя 3 мес от начала лечения. Во время визитов пациентки самостоятельно заполняли анкету оценки основных симптомов климактерия. Средний возраст пациенток на момент исследования составил $49,4 \pm 3,5$ года. В пременопаузе находилось 38 ($76 \pm 6,04\%$) пациенток, в постменопаузе — 12 ($24 \pm 6,04\%$); средняя продолжительность менопаузы составила $1,8 \pm 0,4$ года.

Комплекс обследования включал в себя оценку основных жалоб пациенток, на основе которых определяли модифицированный менопаузальный индекс по Купперману — Уваровой (1982) с раздельной оценкой нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных нарушений. Проводилось объективное гинекологическое обследование, включающее оценку состояния вуль-

вы, слизистой влагалища, шейки матки осмотром в зеркалах, состояния тела и придатков матки путем бимануального исследования, ультразвуковое исследование органов малого таза. С целью определения роли тревожности в структуре психоэмоциональных расстройств проводилась оценка личностной и реактивной тревожности по шкале С. Д. Спилбергера — Ю. А. Ханина. Ориентировочные нормативы шкалы: низкий уровень тревоги — 20–34 балла; средний уровень — 35–44 балла; высокий уровень — более 45 баллов. Изучали степени выраженности депрессии по шкале А. Ю. Журавлева. Ориентировочные нормативы шкалы: до 9 баллов — отсутствие депрессии, 9 баллов и более — депрессия. Интенсивность головной боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале в баллах.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики с помощью пакета программ Excel, адаптированных для медико-биологических исследований.

Проведенный нами анализ основных жалоб пациенток позволил установить, что подавляющее их количество относится к расстройствам в нейровегетативном обеспечении сосудистого тонуса и терморегуляции, а также в психоэмоциональной сфере. Общий средний менопаузальный индекс в группе составил 46 баллов, что соответствует средней степени тяжести КС. Среди пациенток у 28 ($56,0 \pm 7,0\%$) отмечался КС легкой степени тяжести, у 17 ($34,0 \pm 6,7\%$) — средней степени и у 5 ($10,0 \pm 4,2\%$) — тяжелой степени. Наиболее ранними и распространенными проявлениями КС являлись нарушения в психоэмоциональной сфере. Наиболее частое клиническое проявление КС — эмоциональная лабильность, на которую указывали 45 ($90,0 \pm 4,2\%$) пациенток. Ведущими жалобами в структуре психоэмоциональных расстройств были проявления повышенной личностной и реактивной тревожности, свойственной обследованным. Среди пациенток 27 ($54,0 \pm 7,0\%$) оценивали свое эмоциональное состояние как депрессию, тяжесть которой составила $15,4 \pm 1,1$ балла. Личностная тревожность составила 35 ± 4 балла, а реактивная (вызванная ситуационными условиями) — 45 ± 3 балла.

У 36 ($72,0 \pm 6,3\%$) пациенток было отмечено наличие головной боли, средняя интенсивность которой по визуально-аналоговой шкале в группе составила $4,6 \pm 0,3$ балла.

К концу первого месяца приема климапина 37 ($74,0 \pm 6,2\%$) пациенток отмечали ликвидацию или значительное уменьшение степени выраженности клинической симптоматики КС, что, по их словам, значительно улучшило качество их жизни. Так, полностью удалось устранить клинические проявления КС у 26 ($52,0 \pm 7,0\%$) женщин, у 8 ($16,00 \pm 5,18\%$) — перевести его в более легкую форму. Спустя 3 мес от начала лечения климапином КС был ликвидирован у 36 ($72,0 \pm 6,3\%$)

пациенток, у 13 (26,00±6,20%) наблюдался его переход в более легкие формы.

Анализ динамики изменения основных нейровегетативных проявлений КС под воздействием препарата климапин показал, что уже спустя месяц от начала его применения у 13 (26,0±6,2%) пациенток удалось нормализовать артериальное давление; у 14 (28,0±6,3%) – ликвидировать сердцебиение в покое; у 16 (32,0±6,6%) – нормализовать терморегуляцию, что реализовалось в ликвидацию симптома «гусиной кожи», непереносимости высокой температуры окружающей среды, приливов; у 18 (36,0±6,7%) – нормализовать сон (табл. 3). Положительная динамика терапии наблюдалась в отношении нейровегетативного обеспечения терморегуляции, ликвидации головной боли и повышенной возбудимости спустя 3 мес после начала применения климапина.

Применение препарата климапин привело к значительному улучшению психоэмоционального статуса обследованных (табл. 4). Уже через месяц терапии у 12 (24,0±6,0%) пациенток ликвидирована утомляемость и психоэмоциональная лабильность (слезливость, возбудимость), у 9 (18,0±5,4%) – стабилизировалось настроение.

Дальнейшее применение климапина способствовало ликвидации утомляемости, психоэмоциональной лабильности и, как следствие, нормализации настроения у еще большего количества пациенток. Полностью избавиться от психоэмоциональных симптомов спустя 3 мес от начала применения климапина удалось у 23 (46,0±7,0%) пациенток, а у 20 (40,0±6,9%) – добиться значительного снижения их интенсивности.

Кроме того, применение препарата климапин позволило уже к концу первого месяца лечения

Таблица 3

Динамика основных нейровегетативных симптомов климактерического синдрома под воздействием лечения климапином

Симптомы	Обследованные женщины					
	до лечения		на фоне лечения			
			через 1 мес		через 3 мес	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Повышенное АД	39	78,0±5,8	28	56,0±7,0*	21	42,0±6,9*
Пониженное АД	3	6,0±3,3	1	2,0±1,9	—	—
Головные боли	36	72,0±6,3	27	54,0±7,0*	6	6,0±3,36*#
Головокружения	12	24,0±6,0	7	14,0±4,9	1	2,0±1,9*#
Сердцебиение в покое	24	48,0±7,0	10	20,0±5,6*	3	6,0±3,36*
Непереносимость высокой температуры	11	22,0±5,8	5	10,0±4,2*	1	2,0±1,9*#
Судороги, онемение конечностей	15	30,0±6,4	6	12,0±4,6*	2	4,0±2,7*
«Гусиная кожа»	18	36,0±6,7	7	14,0±4,9*	4	8,0±3,8*
Сухость кожи	26	52,0±7,0	22	44,0±7,0	20	40,0±6,9
Дермографизм						
белый	34	68,0±6,6	36	72,0±6,3	42	84,0±5,1*
красный	16	32,0±6,6	14	28,0±6,3	8	16,0±5,1*
Потливость	34	68,0±6,6	21	42,0±6,9*	4	8,0±3,8*#
Отечность	27	54,0±7,0	14	28,0±6,3*	6	12,0±4,6*#
Аллергические реакции	8	16,0±5,1	7	14,0±4,9	7	14,0±4,9
Экзофтальм, блеск глаз	7	14,0±4,9	5	10,0±4,2	3	6,0±3,3
Повышенная возбудимость	45	90,0±4,2	32	64,0±6,7*	10	20,0±5,6*#
Сонливость	12	24,0±6,0	7	14,0±4,9	2	4,0±2,7*#
Нарушения сна	36	72,0±6,3	18	36,0±6,7*	6	12,0±4,6*
Приливы жара	42	84,0±5,1	26	52,0±7,0*	8	16,0±5,1*#
Резкие подъемы АД, с сердцебиениями, учащением пульса	38	76,0±6,0	21	42,0±6,9*	7	14,0±4,9*

Примечание. * отличие от показателя до лечения статистически достоверно ($p < 0,05$); # отличие показателя через 1 мес от начала лечения статистически достоверно ($p < 0,05$). То же в табл. 4.

Таблица 4

Динамика основных психоэмоциональных симптомов климактерического синдрома под воздействием лечения климапином

Симптомы	Обследованные женщины					
	до лечения		на фоне лечения			
			через 1 мес		через 3 мес	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Утомляемость	42	84,0±5,1	30	60,0±6,9*	17	34,0±6,7*#
Снижение памяти	14	28,0±6,3	12	24,0±6,0	10	20,0±5,6
Слезливость, возбудимость	25	50,0±7,0	13	26,0±6,2*	5	10,0±4,2*#
Изменение аппетита	10	20,0±5,6	8	16,0±5,1	7	14,0±4,9
Навязчивые идеи	10	20,0±5,6	9	18,0±5,4	9	18,0±5,4
Изменение настроения	28	56,0±7,0	19	38,0±6,8*	10	20,0±5,6*#
Снижение либидо	15	30,0±6,4	13	26,0±6,2	10	20,0±5,6

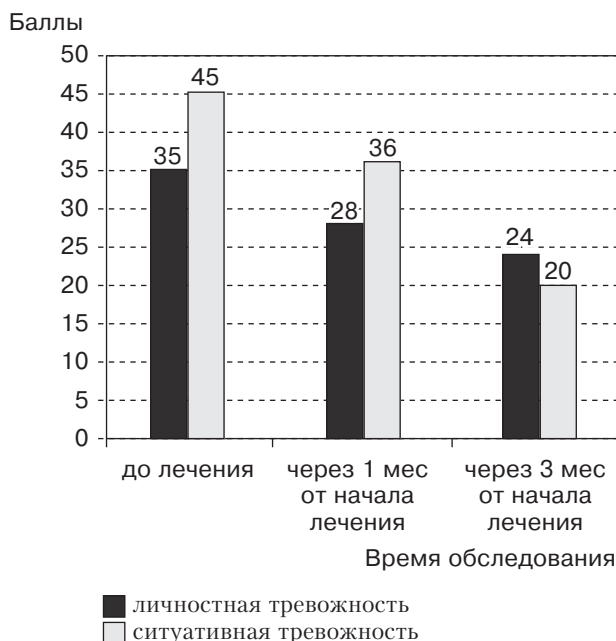
значительно снизить показатель ситуативной тревожности, что свидетельствовало о стабилизации эмоционального статуса пациенток (рисунок).

Следует обратить внимание на то, что 42 (84,0±5,1%) пациентки отмечали наступление терапевтического эффекта уже в первые дни приема препарата: нормализацию давления, уменьшение головной боли, снижение повышенной возбудимости, раздражительности и тревожности, нормализацию сна.

Проведенное исследование и полученные результаты по оценке эффективности фитопрепарата климапин позволяют рекомендовать его для широкого применения как эффективное средство для купирования ранневременных проявлений

климактерического синдрома, обусловленных вегетососудистыми и психоэмоциональными симптомами при климактерическом синдроме легкой и средней степени тяжести. Так, клинические проявления вегетососудистых и психоэмоциональных нарушений климактерического синдрома значительно уменьшались после первых принятых доз препарата (на 36–64%).

Таким образом, применение препарата климапин при легком и среднетяжелом течении климактерического синдрома позволяет значительно улучшить качество жизни современных женщин, находящихся в перименопаузе уже после приема первых доз препарата, а также обеспечить устойчивый терапевтический эффект уже в течение первых 3–4 нед приема препарата.



Оценка динамики уровня личностной и ситуативной тревожности под влиянием препарата климапин

Литература

1. Зелинский А. А., Чумак З. В., Татарчук Т. Ф. Климактерический период.— Одесса: ОКФА, 2003.— 242 с.
2. Луценко Н. С., Ломака І. В., Кириченко І. Н. Клімактеричний синдром з позиції старіння та вітаукта // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України.— 2001.— № 3 (13).— С. 35–38.
3. Сметник В. П., Кулаков В. И. Руководство по климактерию.— М.: МИА, 2001.— 685 с.
4. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 2003.— 560 с.
5. Smith R. N. J., Studd J. W. W. Estrogens and depression in women. Treatment of the postmenopausal wolnaa / Ed R. A. Lobo.— N. Y.: Raven Press Ltd, 1994.— P. 129–136.
6. Поворозюк В. В., Григорьева Н. В. Менопауза и костно-мышечная система.— К.: Экспресс, 2004.— 512 с.
7. Barrett-Connor E., Kritz-Silverstein D. Estrogen replacement therapy and cognitive function in older women // J. Am. Med. Assoc.— 1993.— № 269.— P. 2637–2641.

8. *Сметник В. П., Карелина С. Н.* Альтернативные пути коррекции климактерических расстройств // *Климактерий.*— 2004.— № 4.— С. 3–6.
9. *Тагиева А. В.* Фитотерапия в гинекологии // *Гинекология.*— 2004.— Т. 6, № 5.— С. 219–222.
10. *Cassidy A., Bingham S., Setchell K.* Biological effects of a diet of soy protein rich in isoflavones on the menstrual cycle of premenopausal women // *Am. J. Clin. Nutr.*— 1994.— № 60.— P. 333–340.
11. *Kellis J. T., Vickery L. E.* Inhibition of human estrogens synthetase (aromatase) by flavones // *Science.*— 1984.— № 225.— P. 1032–1034.
12. Phytoestrogens: endocrine disrupters or replacements for hormone replacement therapy? / *W. Wuttke, H. Jarry, T. Becker et al.* // *Maturitas.*— 2003.— Vol. 44 (Suppl. 1).— P. 9–20.
13. Metabolites of dietary (Soya) isoflavones in human urine / *G. F. Kelly, C. Nelson, M. A. Waring et al.* // *Clin. Chem. Acta.*— 1993.— № 223.— P. 9–22.
14. Physiological investigation of a unique extract of cohosh (*Cimicifuga racemosa* rhizome): a 6-month clinical study demonstrates no systemic estrogen effects / *E. Liske, W. Hanggi, H. H. Henneicke-von Zepelin et al.* // *J. Womens Health Gend. Based Med.*— 2002.— Vol. 11.— P. 163–174.
15. *Соколов С. Я.* Фармакотерапия и фитотерапия: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 2000.— 240 с.

КОМПЛЕКСНА ФІТОТЕРАПІЯ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ

О. В. ГРИЩЕНКО, Г. В. СТОРЧАК, Т. А. СТРУК

Подано результати вивчення спектру терапевтичної активності фітопрепарату клімапін щодо ранньочасових проявів климактеричного синдрому. Препарат продемонстрував високу ефективність у купіруванні нейровегетативних і психоемоційних порушень у жінок у перименопаузі при климактеричному синдромі легкого та середнього ступеня тяжкості.

Ключові слова: климактеричний синдром, фітотерапія, психоемоційні порушення, клімапін.

COMPLEX PHYTOTHERAPY FOR CLIMACTERIC SYNDROME

O. V. GRISCHENKO, A. V. STORCHAK, T. A. STRUK

The findings of investigation of therapeutic activity of plant-derived drug Climapin in relation to early manifestations of climacteric syndrome are presented. The drug demonstrated its high efficacy in control of neurovegetative and psychoemotional disorders in perimenopausal women with mild and moderate climacteric syndrome.

Key words: climacteric syndrome, phytotherapy, psychoemotional disorders, Climapin.

Поступила 28.04.2009