

Тканеселективная фитотерапия метаболических расстройств при хирургической менопаузе

В.В. Бобрицкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Увеличение количества доброкачественных новообразований половых органов у женщин репродуктивного возраста и в период перименопаузы до 76% является причиной возрастания частоты хирургического лечения, а с учетом принципов онконастороженности – расширения объема оперативного вмешательства.

Термин «хирургическая менопауза» подразумевает внезапное прекращение менструальной функции в результате удаления яичников и/или матки, включает комплекс обменных, нейровегетативных, сосудистых, местных тканевых, в том числе костных, патологических изменений.

Хирургическая менопауза (ХМ) отличается наиболее острым течением в более ранние возрастные периоды – 35–45 лет и более мягким клиническим течением, но с постепенным развитием тяжелых, необратимых метаболических изменений – при отсутствии заместительной терапии – в возрасте 46–56 лет. Стертые формы кастрационного синдрома наблюдаются и у женщин с оставленным, резецированным вторым яичником. Они могут постепенно развиваться в течение 3–8–16 мес после оперативного лечения. Это объясняется тем, что, как правило, женщины с доброкачественными новообразованиями составляют группу пациентов с длительно текущими, хроническими воспалительными и, как следствие, дисгормональными состояниями, приводящими к неоплазии матки и яичников.

Хирургическая менопауза приводит к катастрофически быстрому снижению уровня половых стероидов, в частности 17 β -эстрадиола – наиболее активной фракции эстрогенов. В первые недели после оперативного лечения уровень 17 β -эстрадиола снижается до следовых значений. Определенную роль в быстром развитии острой недостаточности половых стероидов, развитии метаболической дисфункции играет психоэмоциональный стресс, сопровождающий оперативное лечение, до- и постоперационный госпитальный период. Многими женщинами матка и придатки воспринимаются не только как репродуктивные органы, но и как свидетельство их женской полноценности. Поэтому внимания заслуживает коррекция дисфорических (психоэмоциональных) расстройств данного периода.

Усиление нейропатологических реакций, снижению качества жизни также способствуют урогенитальные нарушения: дизурические расстройства (учащенные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи), сухость слизистой оболочки влагалища, сопровождающаяся жжением, развитием атрофического кольпита и как следствие – диспареунии (нарушение половой жизни пары).

Поздними осложнениями менопаузы также являются остеопороз и снижение содержания коллагена и эластина кожи, истончение и ломкость волос, ногтей.

В ответ на снижение уровня половых стероидов, а также в присутствии биологически активных компонентов стресса по типу обратной связи системы яичники–гипофиз–гипоталамус во время менопаузы в 3–4 раза повышается уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) и в 10–15 раз – фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Сочетание гипергонадотропного влияния с гипоэстрогемией является характерным и для физиологической менопаузы, однако в случае ХМ метаболические изменения имеют острый характер.

Дефицит эстрогенов приводит к развитию кардиометаболических нарушений: повышению уровня холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП), триглицеридов, снижению уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Потеря кардиопротекторного действия эстрогенов способствует увеличению частоты сердечно-сосудистой патологии у женщин в постменопаузе до 2,7 раза. Наличие дополнительных факторов риска: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, либо признаки инсулинорезистентности, отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца, недостаточность периферического кровообращения, значительно ускоряет развитие кардиометаболических нарушений как последствия ХМ.

Особого внимания заслуживает роль и развитие инсулинорезистентности (ИР) в формировании метаболического синдрома (МС). Андростендион, образующийся в коре надпочечников, конвертируется в печени, жировой ткани, коже. Повышенный уровень ФСГ способствует повышению активности ароматазы жировых клеток, что обеспечивает продукцию эстрона. Эстрон выделен как доминирующий эстроген у женщин с овариэктомией. Компенсация недостатка эстрона происходит за счет ароматизации андрогенов в эстрогены, что потенцируется наличием ИР, в печени подавляется синтез глобулинов, связывающих половые стероиды.

Развивается классический МС, являющийся предметом внимания врачей различных специальностей. В каждой отрасли медицинских знаний на сегодняшний день имеются свои подходы к терапии МС, попытки разорвать цепь патологических изменений. Это сочетание кардиопротекторных препаратов с медикаментозными средствами, снижающими уровень холестерина в крови, сахароснижающие, гипотензивные, реологические препараты.

Поскольку данные патологические процессы напрямую связаны с дефицитом эстрогенов (это касается и физиологической менопаузы), а в случаях ХМ приобретают более острый характер и быстрое развитие, в гинекологической практике применяются препараты заместительного действия. К сожалению, врачи общей практики часто расценивают гинекологию как отдельную отрасль знаний, но в случаях менопаузальных расстройств кардиопротекторная, метаболическая, вазоактивная терапия должна сочетаться с препаратами, действующими на основное, первичное звено нарушения метаболизма.

Препараты – аналоги натуральных эстрогенов и прогестерона довольно успешно применялись и применяются на протяжении многих лет, однако в зарубежных и отечественных источниках все чаще появляются сообщения об ассоциациях ЗГТ с тромбозомболическими нарушениями, гиперпластическими процессами молочных желез у женщин, длительно принимавших конъюгированные эстрогены, даже в сочетании с гестагенами (с учетом протективного действия последних).

Поиск препаратов тканеселективного действия без гиперпластических эффектов привел к разработке уникального комплекса фитомолекул, направленного на снижение эффектов дефицита эстрогенов в перименопаузальный период, менопаузу и, в частности, в случаях ХМ.

Динамика клинических проявлений хирургической менопаузы у женщин основной (на фоне приема Лайфемина) и контрольной групп

Симптомы	Клинические проявления	Основная группа		Контрольная группа	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Вазомоторные	Приливы жара, повышенная потливость, головная боль, гипотензия или гипертензия, ознобы, сердцебиение	55 (100%)	11 (20%)**	20 (100%)	15 (75%)
Эмоционально-психические	Раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо	54 (98%)	13 (23%)**	19 (95%)	16 (80%)
Урогенитальные	Сухость во влагалище, боль при половом сношении, зуд и жжение, уретральный синдром (учащенное мочеиспускание)	38 (69%)	5(9%)**	12 (60%)	8 (40%)
Кожа и ее придатки	Сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос	30 (54%)	8 (14%)**	9 (45%)	6 (30%)
Поздние обменные нарушения	Остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания	27 (49%)	11 (20%)**	9 (45%)	9 (45%)

Примечание: где достоверности отличий составляют ** – $p < 0,01$

Клинический интерес представляет препарат Лайфемин, созданный во Франции специально для лечения климактерических расстройств у женщин в менопаузе.

Лайфемин произведен на основе стандартизированных растительных экстрактов Naturex (Франция), содержит селективные фитомолекулы, обладающие тканеспецифичными и положительными обменными свойствами, характерными для эстрогенов, не являясь при этом активной гормональной фракцией. Препарат содержит такие ингредиенты:

Lifenol – запатентованный экстракт Humulus Lupulus Naturex (Франция). Основные активные фитомолекулы: 8-пренилнارينгенин, ксантогумол, изоксантомугол. Основное действие: уменьшает выраженность вегетососудистых реакций, в частности, приливов, ночной потливости, оказывает седативное действие.

Pueraria Lobata (экстракт корня) – содержит фитоэстрогены в количествах, больших, чем соя и большинство других бобовых растений, обеспечивает антиоксидантное действие. Изофлавоноид пуэарин оказывает антиоксидантное действие, сравнимое с α -токоферолом.

Angelica sinensis (дягиль китайский) – «женский женьшень». Содержит эфирные масла, фенольные соединения, витамины, микроэлементы. Активные вещества дягиля не обладают прямым фитоэстрогенным действием, однако в традиционной китайской, индийской и народной европейской медицине накоплен большой опыт его применения. Действие дягиля: утеротоническое, нормализующее менструальный цикл, гипотензивное, седативное, уменьшает явления сухости влагалища и урогинекологических проблем.

Жемчужный порошок – кальций с высокой биодоступностью – получен методом ферментативного гидролиза жемчуга. В комплексе с дайдзином проявляет синергизм в предотвращении деминерализации костной ткани, улучшает функционирование нервной системы, сосудистого звена; улучшает состояние кожи, волос, ногтей.

Нами изучена клиническая эффективность применения препарата Лайфемин у женщин с ХМ. Под наблюдением находились 75 пациенток после радикального хирургического вмешательства (экстирпация матки, надвлагалищная ампутация матки), после удаления обоих яичников – 47 пациенток, одного яичника с резекцией второго – 28 пациенток. Основную группу составили 55 пациенток, получавших с 6–8-х

суток послеоперационного периода Лайфемин по 1 капсуле ежедневно и после выписки из стационара – в течение 3–6 мес. Группой контроля послужили 20 пациенток, не получавших препаратов заместительной гормональной либо прочей эстрогенподобной терапии. В основной группе в возрасте 38 лет – 44 года было 18 женщин (40%), и 45–56 лет – 37 женщин (60%). В контрольной группе соответственно 9 (45%), и 11 (55%).

Оперативные вмешательства проводились по таким показаниям: сочетание множественной миомы матки и кистомы яичника – у 52 (69%) из обеих групп наблюдения, эндометриозные цистадены – у 13 (17,3%), в том числе двусторонние – у 4 (5,3%), текома яичника – у 3 (4%), гнойные воспалительные заболевания матки и придатков – у 3 (4%).

Накануне оперативного вмешательства наряду с традиционным объемом обследования проводилось гормональное исследование: пролактин, ФСГ, ЛГ, ТТГ, фракции тиреоидных гормонов. Определялся уровень холестерина и фракций липопротеинов (ЛП). Следует отметить, что исходно определялись явления гипотиреоза у 42 (56%) женщин, диагноз аутоиммунного тиреоидита имели 47 (62%). У 36 (48%) пациенток уровень пролактина был близкий к верхней границе нормы. Уровни ФСГ и ЛГ в предоперационный период были близкими к верхней границе нормы в большинстве наблюдений. Уровень холестерина и ЛП не имел существенных отличий с таковыми в условных возрастных нормах. Проводилось также исследование онкомаркеров СА-125, 15.3; их повышения у пациенток исследуемых групп не было. Женщинам с гнойно-воспалительными образованиями назначалось дополнительное инфектологическое обследование.

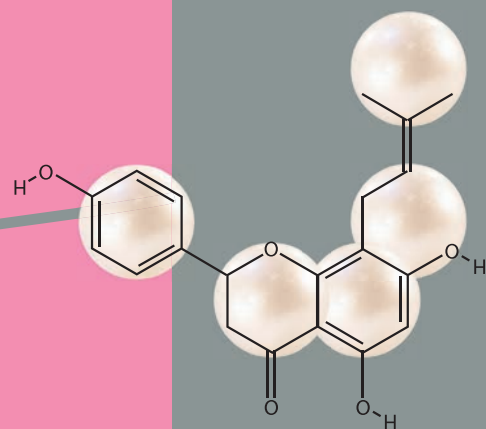
В послеоперационный период после приема препарата Лайфемин нами оценивались как клинические проявления ХМ, так и дополнительные исследования биохимического спектра, гормональные исследования.

Обобщенная характеристика клинических проявлений ХМ у женщин основной и контрольной групп представлена в таблице.

При гормональном исследовании установлены относительно низкие показатели ЛГ и ФСГ у женщин основной группы (выше условной нормы в 3,5 раза), в контрольной группе они были выше нормы в 9,2 раза. Липидный спектр в контрольной группе незначительно превышал показатели основной. Значения тиреотропных гормонов практически не

Lifemin

Лайфемін, капсули №30



Спокій та краса без приливів

- Лайфемін ефективно усуває вегетосудинні (особливо приливи) і психо-емоційні симптоми менопаузи
- Лайфемін перешкоджає прогресуванню остеопорозу, нормалізує мінеральну щільність кісток
- Лайфемін покращує стан шкіри, нігтів і волосся завдяки синергічній дії фітоестрогенів і перлинного кальцію



Виробник: ТОВ «Нутрімед», Україна, м. Київ, вул. .Ванди Василевської, 7.

На основі стандартизованих рослинних екстрактів, вітамінів та мікроелементів виробництва «Naturex», Франція.

За розробкою ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА», Україна, м. Київ, вул. М.Котельникова, 1, тел. (044) 495 76 80.

NATUREX
Ultimate Botanical Benefits

PRO PHARMA



изменились. Увеличились показатели свертывающей системы крови у женщин, не принимавших препарат. Минеральная плотность костей (по данным денситометрии) у пациенток основной группы превышала контрольную в 1,2 раза.

Кроме того, следует отметить стабилизацию массы тела пациенток основной группы по сравнению с контрольной после гистерэктомии.

Таким образом, можно констатировать хороший клинический эффект Лайфемина как препарата патогенетической терапии в случаях ХМ для профилактики ранних и отдаленных осложнений кастрационного синдрома. Участие ткане-селективных фитомолекул препарата оказывает положительное влияние на метаболизм тканей, циркуляторную и

нейроэндокринную составляющие менопаузальных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грищенко О.В. Особливості перебігу клімактеричного періоду у хворих з надлишковою масою // Нова медицина. – 2002. – № 5. – С. 32–35.
2. Вихляева Е.М. Постменопаузальна терапія. – М.: Медпрес-інформ., 2008. – С. 48–50.
3. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Метаболический синдром и гинекологические заболевания // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 2 (29). – С. 27–38.
4. Поворознюк В.В. Остеопороз: фактори ризику, класифікація, лікування // Нова медицина. – 2002. – № 5. – С. 38–41.
5. Роженко А.В. Новий підхід до корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 4.