

# Искусство сохранить здоровье

## По следам научно-практического семинара «Симфония гормонов в организме женщины в аспекте междисциплинарного взаимодействия»

По данным ООН, за последние десятилетия мировой уровень материнской смертности снизился на 45%, однако в Украине эта цифра не спешит снижаться, что фокусирует основные усилия здравоохранения на сохранение репродуктивного здоровья женщин и улучшение перинатальной медицинской помощи. В связи с актуальностью данного медицинского направления в декабре 2015 года был организован цикл семинаров, состоявшийся в пяти городах Украины: Львове, Киеве, Одессе, Харькове и Днепрепетровске.

Среди организаторов мероприятия – Министерство здравоохранения Украины, Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, Ассоциация гинекологов-эндокринологов Украины.

Цикл семинаров посетили более 1200 специалистов медицинской сферы, среди которых: представители Минздрава Украины, отечественные специалисты в области женского здоровья, руководители и сотрудники медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, практические врачи. В рамках встреч были представлены доклады о причинах развития доброкачественных заболеваний грудных желез, заболеваниях щитовидной железы, обсуждались вопросы репродуктивной эндокринологии, а также причины развития и подходы в лечении дисфункции яичников.

В частности, о дисфункции яичников как о междисциплинарной проблеме в своем докладе говорила **член-корреспондент НАМН Украины, профессор, доктор медицинских наук Т.Ф. Татарчук**. Она напомнила о классификации дисфункции яичников. Говоря о биологической роли яичника, Татьяна Феофановна отметила, что она включает гамето-



генез, гормоногенез и формирование желтого тела. По мнению большинства современных исследователей, механизм выработки пептидных и стероидных гормонов в менструальном цикле определяется функционированием яичников, а после овуляции главную регулирующую роль играет желтое тело. Профессор акцентировала внимание на том, что яичники это вторые биологические часы женского организма, работа которых в значительной мере определена генетическими особенностями. Любые вмешательства в их функционирование следует проводить с большой осторожностью, так как на врача лежит серьезная ответственность за то, как будут эти биологические часы работать дальше.

Профессор Т.Ф. Татарчук напомнила о наличии эстрогеновых рецепторов в нерепродуктивных органах (мозг, сердечно-сосудистая система, печень, толстая кишка, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, костно-мышечная система и кожа) и отметила, что изменения, происходящие в репродуктивной системе, могут быть отражением дисфункции печени, щитовидной железы, а дисфункция яичников может отражаться на других органах и системах.

Основная часть доклада была посвящена проблеме гиперандрогении – наиболее частой эндокринопатии у женщин, которая встречается у 10–15% женщин репродуктивного возраста. СПКЯ распространен у 5–10% женщин, гирсутизм наблюдается у 5–10%, жалобы на акне предъявляют до 80% пациенток с гиперандрогенией. При этом уровень тестостерона у этих пациенток часто нормальный, так как в крови он определяется как андростендиол, а к органам-мишеням попадает уже в форме тестостерона.

Как отметила профессор Т.Ф. Татарчук, сейчас в мире проводят много исследований этой патологии, однако вопросов у специалистов пока больше, чем ответов. Татьяна Феофановна напомнила о фенотипических формах СПКЯ как одному из решающих критериев выбора лечебной тактики. Полный или классический фенотип включает олиго/ановуляцию, гиперандрогению и УЗ-признаки СПКЯ; неполный классический фенотип – гиперандрогению и хроническую ановуляцию без ультразвуковых признаков СПКЯ, овуляторная форма предполагает гиперандрогению с ультразвуковыми признаками СПКЯ, а нормоандрогенные формы – олиго/ановуляцию и ультразвуковые признаки СПКЯ. При этом для классических форм более характерно наличие гиперинсулинемии и ожирения. Современные подходы рекомендуют считать СПКЯ пожизненным состоянием, требующим пожизненного менеджмента, которое может быть не только проблемой фертильности, но и течения беременности и здоровья потомства. Также необходимо учитывать метаболические последствия СПКЯ во всех возрастных периодах женщины. Среди отдаленных рисков СПКЯ – гестационный диабет, гипертония беременных, преэклампсия, преждевременные роды и перинатальные осложнения, а также несвязанные с репродуктивной функцией и беременностью последствия для соматического здоровья: дислипидемия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, рак эндометрия, депрессия, неалкогольная жировая болезнь печени. В докладе были приведены результаты ретроспективного когортного исследования 79 женщин с различным индексом массы тела, с диагнозом СПКЯ, подвергшихся ЭКО.

Первичным в развитии СПКЯ может быть любой фактор: гиперсекреция гонадотропинов, инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, стимуляция клеток теки, гиперсекреция андрогенов в яичниках, повышенная выработка андрогенов надпочечниками, воспаление, эндотоксин, дисбиоз кишечника. Кроме того, 20-30% пациенток с СПКЯ имеют умеренно повышенный уровень пролактина. По ее мнению, не следует забывать и о том, что поликистоз является фактором риска развития тромбоза и тромбоэмболических осложнений.

Профессор Т.Ф. Татарчук также привела данные, свидетельствующие о связи поликистоза и гипергомоцистеинемии. Татьяна Феофановна также остановилась на проблеме нарушения пищевого поведения у женщин с гиперандрогенией – оно наблюдается у 23,3% пациенток (в контрольной группе – 1,9%).



Не следует забывать о психологическом статусе пациенток. По данным немецких ученых, каждая третья женщина с СПКЯ (34%) имеет клинически значимые признаки повышенной тревожности.

Отдельным вопросом в проблеме СПКЯ является выбор лечебной тактики. Самое главное – диета, без простых углеводов, с высоким содержанием растительных волокон и регулярная физическая активность. В тех случаях, когда женщина нуждается в контрацепции, рекомендовано назначение комбинированных оральных контрацептивов с или без антиандрогенного компонента. Безусловно, КОК позволяют регулировать менструальный цикл, устранить гирсутизм и акне, снизить уровень лютеинизирующего гормона, но следует помнить о рисках - возможное усиление инсулинорезистентности, тром-

ботические осложнения особенно у пациенток с лишним весом. При непереносимости или отказе от КОК для устранения гирсутного синдрома возможно назначение антиандрогенов.

Татьяна Феофановна подчеркнула обязательный компонент терапии СПКЯ – метформин при подтвержденной инсулинорезистентности (начиная с 500мг/день), а также выделила такие перспективные направления в лечении как витамин Д, инозитол, полиненасыщенные жирные кислоты, препараты растительного происхождения. Особенно следует отметить гармонизирующее влияние комплексной терапии на регуляцию репродуктивной функции при СПКЯ с использованием фитопрепарата Тазалок™, который благодаря гормонокорректирующему (антиандрогенному, антиэстрогенному, прогестеронмодулирующему), инсулинсенситизирующему и противовоспалительному действию с успехом применяют в клинике Татьяны Феофановны для лечения пациенток с СПКЯ.

Хроническая ановуляция и длительное влияние эстрогенов без противодействия прогестерона может приводить к развитию атипичической гиперплазии эндометрия у женщин с СПКЯ. Мета-анализ 2014 года, объединивший 11 исследований с участием почти 73 тыс. пациенток, показал, что у женщин до 54 лет с СПКЯ риск рака эндометрия повышен в 2,8 раза по сравнению с общей популяцией. Поэтому при наличии признаков СПКЯ рекомендовано циклическое применение гестагенов с целью профилактики гиперплазии эндометрия. В данном контексте препарат Оргаметрил® демонстрирует более высокие показатели по подавлению пролиферации в эндометрии по сравнению с другими синтетическим прогестинами.

В заключение Татьяна Феофановна отметила, что для каждой пациентки СПКЯ должен быть индивидуализированный подход с учетом её репродуктивных планов, поэтому спектр лечебной тактики не может быть унифицирован и требует тщательной диагностической оценки.

бесплодию различного генеза, невынашиванию беременности. Дисгормональный сбой, связан с различными причинами, в 10% случаев с гиперпролактинемией, в 20% – с гиперандрогенией, но чаще всего с гиперэстрогенией – в 70% случаев.

Профессор В.И. Пирогова напомнила, что субклинический гипотиреоз является наиболее распространенным нарушением функции щитовидной железы, однако тактика его ведения сопровождается противоречиями, особенно когда речь идет о пациентках с репродуктивными проблемами. В частности, начинать лечение необходимо у пациентов любого возраста, если ТТГ превышает 10,0 мМЕ/мл, а его целевым значением является уровень 0,4–2,5 мМЕ/мл. При ТТГ выше 4,2 мМЕ/мл необходима терапия тироксинам, если симптомов гипотиреоза нет, однако есть нереализованные репродуктивные планы в репродуктивном возрасте.

На пересечении таких проблем, как патология щитовидной железы, гиперэстрогения, дисмикрроэлементозы и соматическая патология, по мнению профессора В.И. Пироговой, находится гиперпролиферативный гинекологический синдром. Она также напомнила об ожирении как о факторе риска нарушений репродуктивной функции: при ожирении в 5–6 раз чаще возникают нарушения менструального цикла, жировая масса служит причиной гиперэстрогении, так как жировая ткань является депо эстрогенов.

Поиск путей решения проблемы при гиперпластическом синдроме предполагает, прежде всего, стандартный подход к лечению, который заключается в назначении гормонов и хирургическом вмешательстве, однако связано с вопросами о том, эффективен ли такой подход и безопасен ли он. Принцип лечения сочетанных пролиферативных доброкачественных процессов репродуктивных органов должен заключаться в коррекции образа жизни, психоэмоцио-

психику, сердечно-сосудистую систему, пищеварительный тракт, репродуктивную функцию, кожу и волосы, костно-мышечную систему. Нарушения функций щитовидной железы приводит к множеству негативных последствий, среди которых невынашивание беременности, замершая беременность, ановуляция, нарушение метаболизма эстрогенов и т.д. К дисгормональным нарушениям функционального характера докладчица отнесла ПМС, дисменорею, стрессовое НМЦ, к органической патологии – фибромиому, ГЭ, СПКЯ, эндометриоз, кисты яичников, которые в итоге приводят к синдрому хронической тазовой боли, новообразованиям тазовых органов,



психику, сердечно-сосудистую систему, пищеварительный тракт, репродуктивную функцию, кожу и волосы, костно-мышечную систему. Нарушения функций щитовидной железы приводит к множеству негативных последствий, среди которых невынашивание беременности, замершая беременность, ановуляция, нарушение метаболизма эстрогенов и т.д. К дисгормональным нарушениям функционального характера докладчица отнесла ПМС, дисменорею, стрессовое НМЦ, к органической патологии – фибромиому, ГЭ, СПКЯ, эндометриоз, кисты яичников, которые в итоге приводят к синдрому хронической тазовой боли, новообразованиям тазовых органов,

**ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКАЯ ТРИАДА  
В ГИНЕКОЛОГИИ**

- Значительная распространенность
- Отсутствие длительного эффекта от гормональной терапии
- Склонность к рецидивированию
- Сочетание эндометриоза, опухолей яичников, гиперплазии эндометрия, лейомиомы матки, патологии грудных желез и щитовидной железы
- Риск малигнизации
- Патологические изменения грудных желез следует рассматривать как маркер формирования сочетанных гиперпластических нарушений репродуктивных органов



нального состояния, коррекции функции щитовидной железы и дисмикрорелементозов.

Профессор В.И. Пирогова в своем докладе подчеркнула актуальность проблемы гиперплазии эндометрия, как одной из распространенных патологий с такими серьезными клиническими последствиями как аномальные маточные кровотечения, субфертильность, высокий риск малигнизации. Было указано, что гиперплазия эндометрия без атипии подлежит консервативной этиопатогенетической терапии. Более высокие показатели по подавлению пролиферации в эндометрии по сравнению с другими прогестинами в этом случае демонстрирует препарат Оргаметрил® – уникальный синтетический прогестин, который обладает выраженным прогестагенным действием на эндометрий.

Профессор В.И. Пирогова указала, что уже через 3 месяца терапии с использованием Оргаметрил® (линестрел

нол) отмечается полная редукция гиперплазии эндометрия и не было отмечено рецидива и отказа от лечения.

Фитоселективная терапия может являться приоритетной, а гормональная терапия применяться по принципу наибольшей эффективности при минимуме побочных эффектов с учетом репродуктивных планов пациентки. Для фитоселективной таргетной терапии применяются лекарственные растения, содержащие флавоноиды с низкой эстрогенпозитивной активностью. Они могут применяться при опухолях с любой степенью гормональной зависимости. В докладе шла речь о фармакологических эффектах комплекса селективных фитомолекул Тазалок™, который таргетно блокирует эстрогеновые рецепторы в грудных железах, яичниках и матке, нормализует баланс эстроген-прогестерон, кроме того, обладает противоопухолевым эффектом. Были представлены преимущества и результаты применения препарата Тазалок™ в лечении лейомиомы матки, гиперплазии эндометрия, кист яичников, фиброзно-кистозной болезни.

В своем докладе Вера Ивановна также подчеркнула позитивный клинический эффект у пациенток с субклиническим гипотиреозом, принимавшим Тазалок™, который был связан с многовекторными терапевтическими эффектами препарата, что приводит к восстановлению гипоталамо-гипофизарной функции яичников и щитовидной железы. Благодаря таким компонентам препарата, как лабазник и подмаренник, которые оказывают позитивное действие на щитовидную железу, Тазалок™ может быть рекомендован для базисной и комплексной терапии дисгормональных гиперпролиферативных заболеваний репродуктивных органов при дисфункции щитовидной железы.



Клинический взгляд эндокринолога на гинекологические «маски» заболеваний щитовидной железы представил профессор, член Европейской тиреоидной ассоциации, заведующий отдела клинической тиреологии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, доктор медицинских наук **В.И. Паньків.**

Владимир Иванович подчеркнул актуальность проблемы сочетанной патологии репродук-

тивной системы и щитовидной железы. Многочисленными клиническими исследованиями доказано, что стрессовые ситуации, иммунные нарушения, инфекционные заболевания, а также структурные и функциональные расстройства в гипоталамо-гипофизарной системе могут приводить к нарушению биосинтеза как тиреоидных, так и половых стероидных гормонов. В то же время дисфункция того или иного звена эндокринной системы определяется не только гипер- или гипо- продукцией гормонов, но и снижением их биологической активности на фоне нормального содержания в сыворотке крови. Недостаток или избыток тиреоидных гормонов стимулирует продукцию пролактина, способствует формированию относительной гиперэстрогении за счет изменения активности аро-

матазы яичников, что неизбежно ведет к гипопрогестеронемии, недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла, расстройствам овуляции и фертильности. Кроме того, повышение уровня эстрогенов при снижении уровня прогестерона на фоне гипотиреоза создает предпосылки для развития гиперпластических процессов репродуктивных органов.

Владимир Иванович назвал йоддефицитные расстройства и патологию щитовидной железы, центральное (висцеральное) ожирение, артериальную гипертензию, сахарный диабет, остеопороз, депрессивные болезнями современного мира. Щитовидная железа является наиболее важным звеном, существенно влияющим на репродуктивную функцию. За последние 20 лет распространенность патологии щитовидной железы выросла более чем в 2,5 раза, под наблюдением эндокринологов в Украине сейчас находятся 4,7 млн па-

- Акцентируют внимание на готовых фитотерапевтических препаратах, поскольку значительное антропогенное загрязнение большей части территории Украины делает вчерашние весомые достижения народной медицины рискованными для применения сегодня и такими, что мало соответствуют темпам жизни современного человека
- Концепция геогенетического биорезонанса (особая чувствительность организма к лекарственным веществам из географической зоны его рождения).

**Фитотерапия при нарушении функции щитовидной железы:**

- ленок обычный
- лабазник шестилепестковый
- подмаренник настоящий...





циентов, однако на практике нарушения функций щитовидной железы диагностируют у 44–76% населения.

Говоря о гипотиреозе, В.И. Панькив напомнил о его широком распространении в популяции, довольно легкой диагностике, даже на субклинической стадии. К гинекологическим «маскам» первичного гипотиреоза профессор отнес бесплодие, нарушения менструального цикла, поликистоз яичников, миому матки, гирсутизм.

«Лишний вес и дисгормональные проблемы женщины. Алиментарная проблема или эндокринная патология?» – доклад на такую тему представляла в рамках цикла семинаров профессор кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО имени П.Л. Шупика, заслуженный врач Украины Г.А. Анохина. Она напомнила, что ожирение является одним из наиболее распространенных заболеваний в развитых странах мира, с поражением всех органов и систем и развитием пищевой зависимости. Ожирению способствуют отягощенная наследственность, гиподинамия, переизбыток, преобладание жиров и углеводов с одновременным дефицитом белков, нерациональный режим питания, дефицит употребления воды, а также эндокринные нарушения. Профессор Г.А. Анохина отметила, что, по современным представлениям, любая форма ожирения может быть отнесена к эндокринным расстройствам.

В докладе был рассмотрен механизм связи абдоминально-висцерального ожирения и дисгормональных нарушений у женщин репродуктивного возраста. Его последствиями являются высокая частота ановуляций, нарушения менструального цикла, гиперандрогения, гиперпролактинемия, гирсутизм, бесплодие, потеря беременности, гиперпластические состояния. Для женщин пре- и постменопаузального периода ожирение грозит резким повышением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, синдрома обструктивного апноэ, высоким риском развития рака репродуктивных органов. К парадоксам ожирения относится то, что у людей с более высоким ИМТ наблюдается более низкая смертность после острого инфаркта, а также при ишемической болезни сердца. Оптимальной массой тела для большинства сегодня считается ИМТ 30,1 кг/м<sup>2</sup>.

Профессор Г.А. Анохина уделила в своем докладе внимание нарушениям пищевого поведения и пищевой зависимости. Снижение массы тела зависит не от врача, а от пациента, для которого приоритетом должен быть не внешний вид, а здоровье. Для коррекции гормонального дисбаланса, в частности для восстановления менструального цикла, по словам докладчицы, иногда достаточно изменить рацион. Если же диеты оказываются недостаточно, профессор Г.А. Анохина рекомендует обращаться к возможностям современной фитотерапии, в частности, к препарату Тазалок™, который является уникальной «природной кладовой» антиоксидантов для организма женщины, а также нормализует углеводно-липидный обмен в жировой ткани и уменьшает инсулинорезистентность, поэтому рекомендуется для приема женщинам с метаболическим синдромом и в период перименопаузы.

Также профессор Г.А. Анохина акцентировала внимание на антиканцерогенном действии таких фитохимических компонентов как индол-3-карбинол, который в высоких концентрациях присутствует в составе овощей семейства крестоцветных и эпи-

Говоря о различных подходах в лечении гипотиреоза, В.И. Панькив сделал акцент на готовых фитотерапевтических препаратах, среди них выделил препарат Тазалок™, поскольку он демонстрирует высокую клиническую эффективность при недостаточности функции щитовидной железы благодаря мультифокальному воздействию селективных фитомолекул™ лабазника, льнянки, подмаренника на тропику и рецепторный аппарат щитовидной железы.



галлокатехин-3-галлат – компонент зеленого чая. Эти природные компоненты проявляют мультитаргетное воздействие на некоторые звенья канцерогенеза, что делает их особо привлекательными для онкопрофилактики.

На сегодняшний день большой интерес вызывает натуральный онкопротектор Эпигалин®, который способствует снижению канцерогенных метаболитов эстрогенов, обладает выраженными антиоксидантными свойствами, что позволяет его использовать у женщин с дисгормональной патологией репродуктивных органов.

## ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА?

### ПОМНИТЕ! ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ИНОГДА ДОСТАТОЧНО ИЗМЕНИТЬ РАЦИОН

- Уменьшить потребление жира
- Уменьшить потребление углеводов, поскольку они в организме легко превращаются в жир
- Употреблять продукты, которые содержат индол-3-карбинол
- Добавлять в блюда сельдерей, петрушку, укроп
- Увеличить потребление клетчатки
- Обратить внимание на гепатобилиарную систему



Подводя итог семинаров, все докладчики актуализировали место современных фитопрепаратов в лечении женщин, страдающих расстройствами репродуктивного здоровья. В частности, значительное место в схемах терапии дисгормональных состояний у женщин всех возрастов отведено препарату Тазалок™, который много лет успешно используют отечественные и зарубежные специалисты.

Проведенный цикл мероприятий имел как медицинское, так и социальное значение, поскольку были затронуты актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщины.