

УДК 615.256.5+615.357]:618.173

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ САГЕНІТ ПРИ КЛІМАКТЕРИЧНОМУ СИНДРОМІ У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В АНАМНЕЗІ

КРАВЧЕНКО О.В.

м. Чернівці

Клімактеричний період в житті жінки в 40-70% випадків ускладнюється проявами клімактеричного синдрому (КС) [1, 2]. Враховуючи, що середня тривалість життя жінок в Україні становить 76 років, а вік настання менопаузи в середньому - 51 рік, то стає зрозумілим, що 25 років жінка проживає у стані дефіциту статевих гормонів.

Класичними проявами клімактеричного синдрому є нейровегетативні, психоемоційні та метаболічні порушення. З віком яєчники починають виробляти естрогенних гормонів менше, що по типу зворотного зв'язку призводить до зростання продукції в гіпоталамусі люліберинів і відповідно фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) в гіпофізі. Яєчники починають працювати з навантаженням, але у зв'язку з фізіологічною віковою перебудовою, не в спроможності забезпечити нормальну сумарну продукцію естрогенів, що в свою чергу веде до подальшого збільшення рівня ФСГ. Чим більша різниця між рівнем ФСГ та рівнем сумарних естрогенів – тим більш значними будуть прояви клімактеричного синдрому («приливи», пітливість, дратівливість, серцебиття, порушення сну) [3, 4].

Для зменшення симптомів КС необхідно чи знизити рівень ФСГ, чи збільшити концентрацію сумарних естрогенів. Сьогодні в розпорядженні лікарів є декілька груп препаратів, які використовують для лікування клімактеричного синдрому. Це фітогормони, які відносно безпечні, але недостатньо ефективні. Препарати замісної гормональної терапії (ЗГТ) навпаки ефективні, але ризиковані, так як можуть призводити до підвищеної проліферативної активності в репродуктивних органах [5]. Стає зрозумілим, чому лікарям потрібні альтернативні методи терапії постменопаузальних порушень. Одним із препаратів, який відноситься до альтернативних методів терапії КС, є сагеніт.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначити переваги використання препарату сагеніт при клімактеричних розладах у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі.

Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням було 44 пацієнтки з проявами КС та обтяженим гінекологічним анамнезом (у 18 жінок була лейоміома матки розмірами відповідно до 5- 6 тижнів вагітності, у 14 – гіперплазія ендометрія в анамнезі, у 12 – дифузна мастопатія). Дослідження проведено у жінок з тривалістю менопаузи від 1 до 8 років. Крім клінічного обстеження всім жінкам досліджуваної групи проведено гормональне, біохімічне, ультразвукове, мамографічне дослідження в динаміці (до лікування, протягом 3, 6, 9 місяців лікування).

Всі досліджувані жінки отримували довготривало щодня препарат сагеніт по 1 таблетці, яка містить 100 мг активної речовини - сизетін. По структурі молекули сагеніт лише похідне гормонів. Це новий клас фармакологічних засобів – селективний естроген рецепторний модулятор, якому на відміну від чистих естроген-агоністів та антагоністів притаманний змішаний і селективний принцип дії, що залежить від пошкодженої тканини.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок в досліджуваній групі становив $55 \pm 1,8$ років. 38 жінок були домогосподарками, 6 пацієнток - службовцями.

Репродуктивний анамнез досліджуваних пацієнток виглядав наступним чином: 42 (95,4%) жінки народжували, 33 (78,6%) з них мали 2 дітей, 8 (19%) - мали одну дитину, в однієї (2,4%) пацієнтки було 3 дітей. Дві (4,6%) жінки страждали непліддям. Всі досліджувані за репродуктивний вік зробили від 2 до 6 абортів. У 14 (31,8%) жінок були самовільні

викидні; викидні, що не відбулись, анембріонії. 18 (40,9%) пацієнток з числа обстежених були під диспансерним спостереженням протягом 6 – 14 років з приводу лейоміоми матки, у 14 (31,8%) жінок був підтверджений діагноз гіперпластичного процесу ендометрія.

Діагностичне вишкрібання порожнини матки було проведено 1 раз – 2 (4,5%) жінкам, двічі – 6 (13,6%), 3 і більше разів – також 6 (13,6%) пацієнткам. У 12 (27,3%) жінок на підставі клінічного та мамографічного дослідження був верифікований діагноз дифузної мастопатії.

Аналіз екстрагенітальної захворюваності показав, що 5 (11,4%) пацієнток хворіли на хронічний пієлонефрит, 3 (6,8%) – страждали на гіпертонічну хворобу I ступеня, у 4 (9%) пацієнток діагностований хронічний холецистит, у 1 (2,3%) – гастродуоденіт, 6 (13,6%) жінок мають хронічні захворювання дихальної системи.

У жінок, які отримували сагеніт, відмічене достовірне зниження частоти та вираженості симптомів клімактеричного синдрому. «Приливи» до лікування були відмічені у 88,6% обстежених, після 6 місяців лікування даний симптом спостерігався у 40,9% жінок, через 9 місяців – у 25% жінок. Пітливість також зустрічалась у 86,3% жінок до лікування, в динаміці прийому сагеніту даний показник знизився відповідно до 38,6% і 22,7%. Такий симптом, як серцебиття також знизився після 9 місяців лікування до 9,0%. Що стосується психоемоційних симптомів, то ми бачили достовірне зниження дратівливості та збудливості з 56,8% до 22,7%, депресивних станів з 29,5% до 6,8% випадків.

До початку лікування, через 6, 9 місяців в динаміці терапії нами досліджений рівень ФСГ та естрадіолу. Вміст останнього достовірно не змінювався протягом спостереження. Концентрація ФСГ значно знизилась вже через 6 місяців лікування з 72,7 МО/л до 35,1 МО/л ($p < 0,05$).

Загальний білок, як і рівень глюкози в крові, протягом лікування відповідали нормі (відповідно $7,6 \pm 0,1$ і $7,2 \pm 0,1$ г/л; $5,42 \pm 0,11$ і $5,3 \pm 0,08$ ммоль/л), $p > 0,05$. Не достовірно були знижені показники загального холестерину ($6,32 \pm 0,18$ ммоль/л; $5,79 \pm 0,19$ ммоль/л) та ліпопротеїдів дуже високої щільності (ЛПДВЩ) ($3,61$ ммоль/л; $3,12$ ммоль/л) $p > 0,05$.

Незмінною залишилась і вага обстежених жінок (в середньому до лікування $71,5 \pm 1,1$ кг, після 9 місяців – $71,8 \pm 1,3$ кг). Препарат сагеніт не впливає на всі види обміну (білковий, жировий та вуглеводний), що не потребує додаткової корекції супутніх захворювань у пацієнток з КС, які зважаючи на вік мають їх велику кількість.

Ультразвукові дослідження, які були проведені кожні 3 місяці протягом прийому препарату сагеніт, показали відсутність його впливу на стан ендо- та міометрія. У жінок з лейоміомою розміри матки недостовірно зменшились. Так, довжина матки до лікування коливалась в межах 80 – 90 мм, після лікування 78 – 85 мм, передньо-задній розмір дорівнював 54 – 60 мм, через 9 місяців 48 – 58 мм, ширина матки дещо зменшилась 50 – 56 мм порівняно з 56 – 60 мм до лікування. Величина ендометрія у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі в динаміці лікування виглядала наступним чином: до лікування в середньому 6,3 мм (4,9 мм – 7,1 мм); через 3 місяці – 6,0 мм (4,8 мм – 6,1 мм); через 6 місяців – 5,8 мм (4,0 мм – 6,0 мм); через 9 місяців – 5,6 мм (4,1 мм – 6,0 мм).

Клінічно нагрубання молочних залоз ні у однієї з пацієнток відмічено не було. При контрольному мамографічному дослідженні після лікування було констатовано наявність дифузної мастопатії у 10 жінок з 12, у яких даний діагноз був верифікований до початку терапії.

Таким чином, сагеніт не стимулює естрогеноподібні ефекти на статеві органи, незважаючи на його стероїдну структуру. Препарат сагеніт нормалізує гормональний статус, зручний у використанні, не має побічних ефектів.

Висновки

1. Переваги використання сагеніту обумовлені, в першу чергу, його здатністю ефективно знижувати рівень ФСГ і тим самим, нівелювати нейровегетативну та психоемоційну симптоматику КС.
2. Препарат сагеніт не впливає на білковий, вуглеводний та жировий обміни і не призводить до збільшення маси тіла у пацієнток.

3. Сагеніт не сприймається високоселективними рецепторами репродуктивної системи і не призводить до проліферативних змін в матці, молочних залозах та інших естрогенозалежних органах, що робить його препаратом вибору альтернативним ЗГТ у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Зайдієва Я.З.* Новые возможности лечения климактерических расстройств в постменопаузе // Южно-Российский медицинский журнал. – 2003. – №2. – С.64–70.
2. *Саидова Р.А., Алексанян С.Г., Тропынина Е.В.* Современные принципы гормональной коррекции нарушений менструальной функции в перименопаузальном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – №4, Т.7. – С.46–52.
3. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Медико-биологические проблемы климактерия и постовариоэктомии / В кн.: Неоперативная гинекология. М.:МИА, 2003. – С.458–499.
4. *Сметник В.П.* Эффективность Сагенита при климактерическом синдроме. - 2010. - №4. – С. 1 – 4.
5. *Schnatz P.F., Banever A.E., Greene J.F.* Menopausal symptoms in clinical population: a pilot study // Menopause. – 2005. – Vol.12, № 5. – P. 623–629.