

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА (ОБЗОР)

Теппеева Т. Х., Исакова Ж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлены основные подходы заместительной гормональной терапии как одного из звеньев профилактики и лечения патологического климакса.

Ключевые слова: Патологический климактерий, заместительная гормональная терапия.

ПАТОЛОГИЯЛЫК КЛИМАКСТЫ АЛДЫН АЛУУНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН ЖАҢЫ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ (КАРОО)

Теппеева Т.Х., Исакова Ж.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада патологиялык климаксты алдын алуу жана дарылоонун бир бөлүгү катары орун басарлык негизги гормоналдык терапиянын жакындоолору көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Патологиялык климактерий, орун басарлык гормоналдык терапия.

NEW POSSIBILITIES OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF PATHOLOGICAL MENOPAUS (REVIEW)

Терпеева Т.Н., Isakova J.K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article deals with the main approaches of hormonal therapy as one of the components of the prophylaxis and treatment of pathological menopause.

Key words: pathological menopause, substitutive therapy.

В настоящее время в современной медицинской практике существуют несколько основных подходов к лечению и профилактике патологического климакса: заместительная гормональная терапия, гиполипидемическая терапия, лечение артериальной гипертензии, снижение массы тела. Для коррекции клинических проявлений менопаузального синдрома патогенетически обоснованным является использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) [8, 9, 10, 11].

Стратегия ЗГТ предполагает решение вопроса о пользе и риске в каждом конкретном случае с учетом системных изменений [1,2]. В настоящее время известны три основных категории риска заместительной гормональной терапии: риск развития рака эндометрия, риск развития рака молочной железы и риск возникновения тромбоэмболических осложнений. Если две

первые категории являются относительно малоуправляемыми и сложнопрогнозируемыми, то предотвратить реализацию третьей категории представляется вполне возможным.

У женщин в пост и климактерический период состояние здоровья является важнейшим определяющим фактором качества жизни, которое зависит от личных, культурных, социальных и медицинских факторов. Качество жизни напрямую связано с состоянием здоровья отдельно взятой личности и ее заболеваниями. Оно охватывает физическую, психологическую, социальную и духовную сферы, включая общее состояние здоровья.

Снижение качества жизни, вызванное ухудшением состояния здоровья у женщин, страдающих хроническими заболеваниями, может накладываться на снижение качества жизни, вызванное непосредственно климак-

терическими нарушениями.

И хотя лечение климактерических симптомов гормонозамещающими препаратами улучшает качество жизни, независимо от того наступило ли улучшение картины основного хронического заболевания или нет, тем не менее, существует мнение, что риски, которым подвергают себя женщины при лечении этими средствами, не оправдывают их применения [12, 13]. Тем не менее, женщины среднего возраста с типичными климактерическими симптомами и низким качеством жизни часто просят предоставить им информацию о лечении гормонозаместительными препаратами.

В западных странах в период менопаузы климактерические симптомы отмечаются у 75% женщин, а в постклимактерический период почти две трети женщин жалуются на внезапный прилив крови к лицу и его покраснение. В 10-20% случаев эти приливы вызывают тяжелые недомогания. Почти у одной трети женщин эти симптомы не исчезают в течение 5 лет после наступления естественной менопаузы. У 20 и более процентов женщин приливы крови могут отмечаться в течение 15 лет. Блюмел с соавторами в своих исследованиях показали, что показатели качества жизни у женщин в период менопаузы хуже, чем у женщин, сохранивших циклы в четырех основных сферах качества жизни [9].

Так, риск развития вазомоторных нарушений у женщин в период менопаузы в 10,6 раз выше, психосоциальных расстройств – в 3,5 раз, физических – в 5,7 раз, сексуальных – в 3, 2 раза ($p < 0,0001$). Качество жизни, включая сексуальность, у женщин в пери- и постклимактерический период гораздо ниже из-за дефицита эстрогенов. Оно улучшается после лечения гормонозаместительными препаратами [14].

Известно что, главными факторами, определяющими качество жизни, являются:

- общее состояние здоровья;
- стиль жизни;
- физический статус и целостность организма
- психическое здоровье, в том числе и до менопаузы
- психологическая и эмоциональная стабильность, в том числе и до менопаузы
- опыт половой жизни
- образование, профессиональная деятельность

- религиозные взгляды
- культурная среда
- социальная интеграция.

Снижение качества жизни после менопаузы не зависит от возраста и других социально-демографических показателей. Однако хорошо известно, что частота распространенности вазомоторных и иных климактерических нарушений, восприятие менопаузы и ее влияние на качество жизни отличаются в различных регионах и культурных средах [8, 15, 11].

В некоторых культурных средах менопауза рассматривается как радостное событие, т.к. прекращение менструации означает избавление (очищение) от “грязи”, что дает возможность женщинам возможность участвовать в “мужских” церемониях и ритуалах [16]. Так как в некоторых языках отсутствуют термины для описания вазомоторных симптомов, то данные о распространенности климактерических симптомов и их влиянии на качество жизни могут варьировать. На сегодняшний день ЗГТ эстрогенами является доказанным методом лечения климактерических расстройств: приливов, повышенной потливости [17].

Длительная ЗГТ используется для лечения урогенитальных расстройств и профилактики постменопаузального остеопороза [17, 3, 4]. Частота применения ЗГТ среди женщин Европы и Северной Америки на порядок превышает таковую в России [5, 6]. Данных по частоте приёма ЗГТ в Кыргызской республике для купирования КС мы не встретили в доступных статистических источниках.

Применение ЗГТ для первичной и вторичной профилактики ССЗ не рекомендуется в связи с неоднозначными результатами ряда рандомизированных плацебо-контролируемых исследований [18]. В ходе проведения этих исследований был выявлен повышенный риск тромбоэмболических осложнений, а также рака молочной железы. Однако главной проблемой этих исследований остается высокий возраст включенных в них пациенток и наличие у значительного количества участниц сочетанной тяжелой соматической патологии, которая повышала риск тромбоэмболических осложнений, а также наследственной предрасположенности к гормонально-зависимому раку молочной железы [19].

Тем не менее, поскольку дефицит

эстрогенов оказывает негативное влияние на состояние ССС, ЗГТ может положительно повлиять на факторы риска, течение и исходы ССЗ [7, 20, 21, 22].

Снижение общей смертности и смертности от ССЗ на фоне приема ЗГТ было продемонстрировано в ряде проспективных когортных исследований [23, 24].

Однако оно могло быть обусловлено влиянием таких дополнительных факторов как общее состояние здоровья или доступность медицинской помощи, которые не были полностью учтены [25]. В Кыргызской Республике в аптечной сети представлен широкий ассортимент препаратов для ЗГТ.

Стоимость препаратов варьирует в пределах от 800 до 1500 сомов, что не всегда является доступным для потребителей услуг.

Таким образом из множества подходов к лечению и профилактике патологического климакса, необходимо подобрать оптимальный метод с учетом клинических проявлений.

Литература:

1. Гусев Е.И. Этиологические факторы и факторы риска хронической сосудистой мозговой недостаточности и ишемического инсульта [Текст] / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, А.Н. Ясаманова // Инсульт.- 2001.- №1. С. 41-45.

2. Подзолков В.И. Менопаузальный метаболический синдром как один из аспектов сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / В.И. Подзолков, Ю.В. Хомицкая, Л.Г. Можарова // Сердце: журнал для практикующих врачей.- 2004.- Т.3, №6.- С. 290-294.

3. Сметник В.П. Руководство по климактерию [Текст] / В.П. Сметник, В.И. Кулаков.-М.: Медицинское информационное агентство, 2001— 685с.

4. Сметник В.П. Неоперативная гинекология [Текст]: руководство для врачей (издание 3-е, переработанное и дополненное / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович - М.: МИА, 2005- 632 е.: ил.

5. Сметник В.П. Приверженность женщин заместительной гормональной терапии [Текст] / В.П. Сметник, О.В. Новикова // Проблемы репродукции - 2002 - № 1 С . 58-61.

6. Смоленская О.Г. Сосудистые эффекты зокора у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертонией [Текст] / О.Г. Смоленская, С.С. Барац // Совершенствование диагностических и лечебных технологий в условиях центральной городской больницы № 6: сборник научных работ, посвященных 25-летию ЦГБ № 6 под ред. Проф. А.Н. Андреева- Екатеринбург:

Издательство Уральской государственной медицинской академии.- 2002.- С. 109- 111.

7. Подзолков В.И. Индапамид ретард в лечении артериальной гипертензии у женщин после гистерэктомии с сохранением яичников [Текст] / В.И. Подзолков, Л.Г.Можарова, Ю.В. Хомицкая // Кардиология.- 2004.- Т.44, №6.- С. 40-43.

8. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter E E. Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: A meta-analysis. J Gen Intern Med 2004; 19:791-804.

9. Estrogen/progesterone replacement versus pravastatin and the sequential association in hypercholesterolemic postmenopausal women [Text] / A. Lemay, S. Dodin, L. Turcot, S. Dodin, L. Turcot, F. Dechene, J.C. Forest. // Maturitas.- 2001.- Vol.40.-P. 247-257.

10. Kaplan N.M. Lifestyle modifications for prevention and treatment of hypertension [Text] / N.M. Kaplan // J.Clin. Hypertens.- 2004.- Vol.6, №12.- P. 716-719.

11. Luoto R. Blood pressure and menopausal transition: the Atherosclerosis Risk in Communities study (1987-1995) [Text] / R. Luoto, A.R. Sharrett, P. Schreiner//J. Hypertens.- 2000.- Vol.18, №1.-P. 27-33.

12. Wiklund I., Karlberg J., Mattson L.A.- Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: A double-blind placebo-controlled study. AM J obstet gynecol 2003; 168: 824-30.

13. Haines C.J., Yim S.F., Chung T.K., et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal chinese women. Maturitas 2003;44:207-14

14. Blumel J.E., Castelo - Branco C., Binfa L., Grameg N.G., Tacla X., Aracena B., Cumsille M.A., Sanjuan A. Quality of life after the menopause: A population study. Maturitas 2000; 34: 17-23.

15. Haines C.J., Xing S.M., Park K.H., Holinka C.F., Aus - Manas M.K. Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of Asian women and responsiveness to therapy with three doses of conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate: The pan - Asia menopause (PAM) study. Maturitas 2005;52:264-76.

16. Obermeyer C.M. Menopause across cultures: A review of the evidence. Menopause 2000; 7:184-92.

17. Huang AJ, Ettinger B, Vittinghoff E, et al. Endogenous estrogen levels and the effects of ultra-low-dose transdermal estradiol therapy on bone turnover and bmd in postmenopausal women. J Bone Miner Res 2007; 22: 1791-7.

18. Bittner V. Women and coronary heart disease risk factors [Text] / V. Bittner// J. Cardiovasc. Risk.- 2002.- Vol.9, №6.- P. 315-322.

19. Rossouwje, Prentice R.L., Manson I.E. et. al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular

disease by age and years since menopause. *Jama* 2007*9:1465-77.

20. Chen WY, Manson JE, Hankinson SE. et al. Unopposed estrogen therapy and risk of invasive breast cancer: *Arch intern med.* 2006; 166: 1027-1032.

21. Hendrix SL, Wassertheil-Smoller S, Johnson KC. et al. Effects of conjugated equine estrogen on stroke in the women's health initiative. *Circulation* 2006; 113: 2425-34.

22. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: The role of time since menopause and age at hormone initiation. *J women's health* 2006; 15: 35-44.

23. Cauley J.A., Robbins J., Chen Z. et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: The women's

24. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD. et al. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med* 2008; 359: 697-708.

25. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, et al. Women's health initiative investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-54.