

И.Б. Майборода, И.Д. Евтушенко, А.А. Перепелкина
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДУКТА МАРАЛОВОДСТВА У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Симптомы, связанные с дефицитом эстрогенов, развивающиеся в перименопаузальном периоде, а также после оперативных вмешательств на матке и/или придатках матки, значительно снижают качество жизни женщин [1, 2, 3]. Для успешного лечения, возникающие нейро-вегетативные и психоэмоциональные расстройства требуют коррекции в самые ранние сроки.

В настоящее время на больших популяциях показано, что терапия с помощью гормонов является эффективным средством облегчения и устранения данных симптомов [1, 4, 5]. Однако применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) ограничено у женщин, имеющих противопоказания или не желающих принимать гормоны. Свой отказ женщины связывают с боязнью увеличения массы тела, развития рака молочной железы, отрицательным отношением к возможному возникновению побочных эффектов ЗГТ. Немаловажное значение пациентки придают высокой стоимости гормонотерапии [4, 5, 6]. В связи с этим, актуальным является поиск возможности использования негормональных препаратов для купирования симптомов дефицита эстрогенов, особенно в ранние сроки их развития [1, 7, 8].

Одним из негормональных средств является продукт мараловодства пантогематоген F (гемафемин). В течение нескольких лет на базе НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН и НИИ курортологии МЗ РФ г. Томска изучались свойства этого препарата. Было показано, что пантогематоген F обладает адаптогенными, ноотропными, вегетостабилизирующими эффектами, что позволило использовать этот препарат при различных терапевтических, хирургических, онкологических заболеваниях [9, 10]. В гинекологической практике пантогематоген F показал положительный терапевтический эффект при острых и хронических заболеваниях органов малого таза, а также при нарушениях менструального цикла у женщин детородного возраста [10].

Целью исследования стал анализ динамики развития ранневременных климактерических расстройств у женщин перименопаузального возраста на фоне лечения пантогематогеном F.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включили 55 женщин с климактерическими расстройствами, развившимися на фоне естественного угасания функции яичников (30 человек) или после гистерэктомии без придатков матки (25 человек). Показанием к оперативному лечению была миома матки в сочетании с маточными кровотечениями, анемией, быстрым ростом миоматозного узла, неэффективностью консервативной терапии.

У всех женщин диагностировали климактерический или постгистерэктомический синдром с помощью шкалы менопаузальных расстройств Курретман в модификации Уваровой (1983) с подсчетом индекса (ММИ). При подсчете ММИ диагностировали слабую (до 34 баллов), среднюю (от 35 до 58 баллов) и тяжелую (свыше 58 баллов) степени тяжести климактерического синдрома. Проводили общий и гинекологический осмотр, измерение массы тела с подсчетом индекса массы тела, измерение артериального давления.

Сравнение двух зависимых групп по качественным признакам проводили с использованием критерия Мак-Нимара. Для сравнения количественных показателей двух зависимых групп использовали t-критерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

После предварительного обследования всех женщин в случайном порядке разделили на две группы. Первая группа состояла из 30 пациенток, которым была назначена терапия пантогематогеном F в дозировке 50 мг в сутки ежедневно на три месяца. Во вторую группу вошли 25 женщин, которые в течение трех месяцев принимали плацебо-препарат, содержащий глюкозу по 50 мг в сутки. Динамику развития симптомов оценивали с помощью ММИ. На протяжении всего курса лечения регистрировали неблагоприятные побочные эффекты.

При опросе обследованных женщин установлено, что наиболее частыми жалобами были головные

боли (100 %), нарушения сна (87,2 %), приливы жара (80 %), утомляемость (83,6 %), снижение памяти (85,5 %), потливость (81,8 %), угнетение либидо (78,2 %). Достаточно часто отмечались слезливость (74,5 %), мышечные и суставные боли (74,5 %), повышенная возбудимость (65,5 %), лабильность артериального давления в сторону снижения или увеличения (63,6 %), ощущения сухость кожи (60 %), расстройство настроения (58,2 %), сердцебиения в покое (58,2 %), сонливость (56,4 %), судороги или онемение в конечностях (54,5 %), вестибулопатии (47,3 %), непереносимость высокой температуры (47,3 %), выраженный дермографизм (45,5 %). Реже наблюдались увеличение массы тела (47,3 %), жажда (43,6 %), снижение или потеря аппетита (30,9 %), беспричинное возникновение «гусиной кожи» (27,3 %), отечность лица и век (27,3 %).

По степени тяжести климактерических расстройств распределение пациенток в исследуемых группах было следующее: легкая степень тяжести выявлена у 18 женщин (60 %) первой группы (от 12 до 33 баллов по ММИ) и у 13 пациенток (52 %) второй группы (от 14 до 33 баллов); средняя – у 12 женщин (40 %) первой группы (от 35 до 46 баллов) и у 12 больных (48 %) второй группы (от 35 до 41 баллов); тяжелая степень тяжести климактерических нарушений не диагностирована ни у одной пациентки.

Модифицированный менопаузальный индекс до лечения в первой группе составил, в среднем, $29,1 \pm 7,9$ баллов, во второй группе – $28,6 \pm 6,2$ баллов.

На фоне приема пантогаматогена F, через три месяца у обследованных пациенток отмечалось уменьшение числа жалоб на головные боли, вплоть до полного прекращения. После лечения частые боли не наблюдали ни у одной больной, имелось снижение числа пациенток с периодическими головными болями. В итоге, после приема пантогаматогена F исчезновение головных болей зарегистрировано в 33,3 % случаев ($p = 0,004$).

Изменение данной жалобы в группе больных, получавших плацебо-препарат, отмечено в 3 случаях. У двух женщин частота головных болей уменьшилась с периодических до редких; у одной пациентки отмечено их полное исчезновение. Таким образом, с помощью плацебо-препарата нам удалось купировать головные боли только в 4 % случаев ($p = 1,0$).

После терапии пантогаматогеном F в течение трех месяцев обнаруживали снижение частоты и интенсивности приливов жара. У всех пациенток, которым до лечения была диагностирована средняя (от 10 до 20 раз в сутки) и тяжелая (более 20 раз в сутки) степень тяжести климактерических расстройств, количество приливов уменьшилось до 1-10 раз в сутки. В группе женщин с легкой степенью тяжести (до 10 приливов в сутки) этот симптом полностью перестал беспокоить. Таким образом, через три месяца лечения пантогаматогеном F у всех пациенток наблюдалось обратное развитие приливов жара, общее число пациенток с жалобами на приливы сократилось на 64,3 % ($p = 0,0003$).

В группе пациенток, принимавших плацебо-препарат в течение 3 месяцев, мы наблюдали снижение числа приливов в трех случаях: у двух женщин произошло прекращение приливов, у одной пациентки они уменьшились по частоте с 15 до 10 раз в сутки. Таким образом, в 18,8 % случаев наблюдается положительный плацебо-эффект в отношении уменьшения частоты приливов жара ($p = 0,663$).

Также обнаружили выраженное влияние пантогаматогена F на потливость. Число пациенток с данной жалобой сократилось на 34,6 % ($p = 0,052$). Выраженная потливость после лечения пантогаматогеном F не выявлена ни у кого из пациенток, у остальных больных степень выраженности данного симптома уменьшилась, вплоть до исчезновения.

В группе женщин, получавших плацебо-препарат, степень выраженности потливости уменьшилась до слабой у 2 пациенток, однако ни у одной больной данный симптом полностью не был купирован ($p = 1,0$).

Выраженное тонизирующее действие пантогаматогена F оказал на пациенток с жалобами на утомляемость. Все женщины с данным симптомом при лечении предложенным препаратом обнаружили «прилив сил», повышение работоспособности. Полное исчезновение этого симптома наблюдалось у 46,4 % пациенток ($p = 0,004$).

Во второй группе больных снижение утомляемости от выраженной до слабой степени выявлено в 4 случаях из 25, однако ни у одной женщины данный симптом полностью не был купирован ($p = 1,0$).

Пантогаматоген F оказал благоприятное воздействие на выраженность повышенной возбудимости, раздражительности и слезливости у исследуемых пациенток. На фоне приема препарата 40 % женщин отметили, что стали спокойнее ($p = 0,067$), у всех больных наблюдали уменьшение раздражительности и слезливости.

У женщин, получавших три месяца плацебо-препарат, изменений относительно данных психоэмоциональных симптомов не обнаружено ($p = 1,0$).

На фоне терапии пантогаматогеном F обнаружено обратное развитие таких симптомов, как нарушение сна и сопутствующая ему сонливость. После трехмесячного курса лечения препаратом, в 33,3 % случаев сон полностью нормализовался ($p = 0,039$). Кроме того, бессонница прекратилась у 2 женщин (28,6 %), жалобы на прерывистый сон перестали предъявлять 4 пациентки (28,6 %), проблемы с засыпанием исчезли у 3 больных (50 %). Благоприятное воздействие пантогаматогена F обнаружено у пациенток с жалобами на сонливость: 88,9 % женщин после лечения препаратом перестали ощущать в течение дня сонливость ($p = 0,018$).

Обнаружен положительный плацебо-эффект в отношении нормализации нарушенного сна у пациенток, подвергшихся терапии с помощью плацебо-препарата. Некоторая часть женщин отметила прекращение бессонницы и прерывистого сна, полное купирование данных симптомов после предложенного лечения произошло в 14,3 % случаев ($p = 0,545$).

Какого-либо влияния на ощущение сонливости у женщин, получавших плацебо-препарат, мы не отметили ($p = 1,0$).

На фоне лечения пантогематогеном F у пациенток первой группы не обнаружено кризового повышения артериального давления. Наоборот, нормализация изначально высокого АД наблюдалась в 25 % случаев ($p = 0,164$), а у женщин с артериальной гипотонией до лечения после приема пантогематогена F в течение трех месяцев АД приблизилось к нормальным величинам в 80 % случаев ($p = 0,312$). При этом, у пациенток отмечался «прилив сил», снижалась утомляемость, повышалась умственная и физическая трудоспособность.

У пациенток, получавших плацебо-препарат, в течение всего курса лечения мы не обнаружили каких-либо изменений артериального давления ($p = 1,0$).

После трехмесячного курса терапии пантогематогеном F 55,6 % женщин перестали отмечать ощущения неустойчивости, потери равновесия, головокружения ($p = 0,123$), у 37,5 % пациенток прекратилось сердцебиение в покое ($p = 0,391$). В 92,6 % случаев женщины перестали наблюдать у себя появление на коже белых и красных пятен во время приливов жара или при волнении (белый и красный дермографизм) ($p = 0,074$), а 83,3 % больных перестали отмечать появление «гусиной кожи» днем или ночью ($p = 0,583$).

У женщин, которым был назначен плацебо-препарат, после курса лечения не отмечалось прекращения проявлений вестибулопатии, сердцебиения в покое и признаков дермографизма, «гусиной кожи» ($p = 1,0$).

Улучшение настроения, аппетита и повышение памяти обнаружили у пациенток первой группы после терапии пантогематогеном F. В 35,7 % случаев у женщин не отмечалось субъективное ощущение меланхолии, депрессии, лабильного настроения ($p = 0,511$), в 41,7 % случаев улучшался сниженный до лечения аппетит ($p = 0,473$), 22,2 % пациенток считали, что к концу курса терапии у них улучшилась память ($p = 0,149$).

Во второй группе больных, принимавших плацебо-препарат, не наблюдалось изменений со стороны настроения, аппетита и памяти ($p = 1,0$).

В обеих группах пациенток нами не выявлено динамики обратного развития таких жалоб и клинических симптомов, как непереносимость высокой температуры, судороги и онемение в конечностях, сухость кожи, отечность, либидо, ожирение, мышечные и суставные боли, жажда и атрофия гениталий ($p = 1,0$).

После трехмесячного курса лечения наблюдалось снижение модифицированного менопаузального индекса в первой группе пациенток с $29,1 \pm 7,9$ до $14,9 \pm 6$ баллов ($p < 0,05$), в то время как во второй группе женщин этот показатель не изменился: от $28,6 \pm 6,2$ до $27,2 \pm 6,4$ баллов ($p > 0,05$).

На фоне лечения пантогематогеном F, через три месяца мы отметили снижение индекса массы тела у пациенток: от $27,8 \pm 5$ до $27,5 \pm 5$ ($p = 0,030$),

что субъективно женщинами воспринималось благоприятно. После приема плацебо-препарата изменение ИМТ не обнаруживалось: от $28,8 \pm 5,9$ до $28,9 \pm 5,7$ ($p = 0,456$).

Среди побочных эффектов, связанных с приемом Пантогематогена F, отмечены следующие явления: транзиторное повышение артериального давления (3,3 %), более обильные менструации (3,3 %), учащенное мочеиспускание в течение 1 месяца приема препарата (3,3 %), запор (3,3 %).

Среди отрицательных плацебо-эффектов в 1 случае (4 %) отмечено кровотечение из половых путей у женщины в постменопаузе, что явилось показанием для прекращения лечения. При гистологическом исследовании аспирата из полости матки этой пациентки обнаружена простая типичная гиперплазия эндометрия. Кроме того, в 1 случае (4 %) у больной наблюдалось ухудшение состояния в результате учащения приливов и появления головных болей, в результате чего пациентка самостоятельно прекратила прием плацебо-препарата.

Также при лечении плацебо-препаратом выявлялись смешанные плацебо-эффекты. При общем улучшении самочувствия, снижении утомляемости, потливости и выраженности приливов, у пациенток возникли следующие отрицательные побочные реакции: в 1 случае (4 %) — мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 1 дня, в 1 случае (4 %) — судороги в икроножных мышцах (прекратились после отмены плацебо), в 1 случае (4 %) появилась бессонница, в 3 случаях (12 %) выявлены расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Резюмировав полученные данные, установлено, что негормональный препарат, продукт мараловодства пантогематоген F обладает благоприятными терапевтическими эффектами при нейро-вегетативных и психоэмоциональных расстройствах у женщин с дефицитом эстрогенов, развившегося на фоне естественного угасания яичников и после гистерэктомии без придатков матки. После трехмесячного курса лечения пантогематогеном F в дозировке 50 мг в сутки у большинства пациенток выявлено уменьшение частоты и интенсивности приливов жара, потливости, головных болей, произошла нормализация артериального давления, восстановление нарушенного сна, улучшение памяти, настроения, аппетита, купированы сонливость, утомляемость, раздражительность, сердцебиения в покое и проявления вестибулопатии. В целом, переносимость препарата была удовлетворительной, наблюдаемые нетяжелые побочные эффекты купированы самостоятельно. Кроме того, пациентками отмечен такой благоприятный эффект пантогематогена F, как отсутствие увеличения массы тела, а у некоторых женщин произошло даже небольшое снижение веса.

Положительный плацебо-эффект при лечении климактерических нарушений наблюдался в среднем в 20 % случаев.

Таким образом, пантогематоген F можно рекомендовать пациенткам с нейро-вегетативными и пси-

хоэмоциональными расстройствами как альтернативное средство лечения климактерического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по климактерию: Руков. для врачей /Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. – М., 2001. – 685 с.
2. Поворова, В.В. Прогнозирование развития климактерического синдрома после гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста /В.В. Поворова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
3. Runnebaum, B. Gynecological Endocrinology /Runnebaum B., Rabe T. //Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 1997. – V. 1. – P. 455-510.
4. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women //JAMA. – 2002. – V. 288. – P. 321-33.
5. Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis /Cushman M., Kuller L.H., Prentice R. et al. //JAMA. – 2004. – V. 292(13). – P. 1573-1580.
6. Utian, W.U. Hormone therapy and risk of gynecologic cancers /Utian W.U. //JAMA. – 2004. – V. 291. – P. 42-43.
7. Margery, L. Alternatives for women through menopause /Margery L., Gass S., Taylor M.B. //Am. J. Obst. Gyn. – 2001. – V. 185, Iss. 2. – P. 47-56.
8. Phytoestrogens for Treatment of Menopausal Symptoms: A Systematic Review /Krebs E.E., Ensprud K.E., MacDonald R., Timothy J.W. //Obst. & Gyn. – 2004. – V. 104. – P. 824-836.
9. Грибов, С.А. Механизмы действия пантогематогена при вегето-сосудистых нарушениях /С.А. Грибов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 21 с.
10. Суслов, Н.И. Продукция на основе пантогематогена. Механизмы действия и особенности применения /Суслов Н.И., Гурьянов Ю.Г. – Новосибирск, 2004. – 144 с.



КАК ПОМОЧЬ МАЛЫШУ УСНУТЬ?

Уложить спать маленького ребенка или новорожденного – одна из самых нелегких задач для любого родителя. Вот некоторые советы, которые помогут молодым родителям сократить количество бессонных ночей:

- Ограничивайте дневной сон малыша. Важно, чтобы маленький ребенок не спал слишком много в дневное время, иначе ему будет трудно уснуть ночью
- Создайте в комнате темноту. При лишнем освещении ребенку труднее расслабиться
- Покормите ребенка перед сном. Это старый и проверенный способ – на сытый желудок легче уснуть
- Спойте колыбельную. Может оказаться, что традиционная успокаивающая песенка и звук вашего голоса – это именно то, что нужно ребенку
- Положите в кроватку плюшевого медвежонка. Малыш быстрее заснет рядом с игрушечным другом
- Попробуйте спать рядом с ребенком. Малыш чувствует себя более защищенным, когда вы рядом. Возможно, спать вместе будет удобнее и для вас, и для ребенка
- Теплая ванна поможет отлично успокоить малыша перед сном. Специальные детские сидения для ванны помогут и вам не волноваться во время этой процедуры
- Укачивать ребенка, сидя в кресле-качалке – это кажется старомодным, зато работает
- Соблюдайте режим. С раннего возраста ребенок должен знать, чего ему ждать в ближайшее время. Это поможет ему лучше засыпать.

По материалам «Maternity Insurance».

Подготовила Анастасия Мальцева.

Источник: Medlinks.ru