

У. Р. ХАМАДЬЯНОВ, Т. В. САУБАНОВА, С. У. ХАМАДЬЯНОВА

Башкирский государственный медицинский университет

Опыт применения растительного препарата «Эстровэл» в лечении климактерического синдрома и сопутствующих эстроген-зависимых заболеваний у женщин в перименопаузе

Хамадьянов Ульфат Рахимьянович

д.м.н., профессор,

зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1

450071 г. Уфа, Б.Молодежи, д. 5 кв. 136. Тел. 8 (347)255-56-25

U. R. KHAMADYANOV, T. V. SAUBANOVA, S. U. KHAMADYANOVA

Experience of application of a vegetative preparation «Estrovel» in treatment of a climacteric syndrome and diseases accompanying an estrogen-dependent at women in perimenopause

Поздний репродуктивный возраст и перименопауза у женщин в возрасте 45-50 лет характеризуются постепенным прекращением менструального цикла на фоне снижения яичниковой секреции эстрогенов и прогестерона. Большой процент женщин при этом испытывает существенный дискомфорт: приливы, раздражительность, депрессию, беспокойство, нарушения сна. Как правило, в переходном периоде ухудшается течение соматических заболеваний, имеющих отношение к эстроген-зависимым органам и системам [1, 3, 6]. Особую актуальность приобретают доброкачественные и злокачественные опухоли тела и шейки матки, яичников, молочной железы.

Для купирования симптомов климактерия приходится прибегать к медикаментозным средствам воздействия. Традиционно для таких случаев применяется заместительная гормональная терапия (ЗГТ), оказывающая быстрый положительный эффект на большинство симптомов климактерия [1, 5, 6, 8]. Вместе с тем, существуют доказанные риски при длительном приеме ЗГТ: повышение свертываемости крови и риск тромбозомболических осложнений, влияние на пролиферативную активность в тканях молочных желез и др. Абсолютными противопоказаниями для проведения ЗГТ являются маточные

кровотечения неясной этиологии, рак различной локализации, тромбозомболические осложнения в анамнезе, наличие тяжелых форм наследственных и приобретенных тромбофилий, острые заболевания печени [3, 7, 8]. Следует отметить также весьма настороженное отношение большинства женщин к приему гормональных препаратов, какими бы эффективными они ни были.

У женщин, имеющих противопоказания к ЗГТ, а также у тех, кто является противниками использования гормонов, решением проблемы климактерических расстройств может быть использование методов традиционной народной медицины, обладающей большим арсеналом испытанных годами растительных ингредиентов [4, 6].

Цель исследования: оценка эффективности биологически активной добавки к пище «Эстровэл» в лечении климактерического синдрома, сопутствующей соматической патологии и дисгормональных заболеваний репродуктивной системы у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы исследования. Всего в исследование включено 70 пациенток — 40 женщин в основной и 30 — в контрольной группах.

В первую (основную) группу вошли 40 женщин в возрасте от 44 до 58 лет, имевших ранние климактерические расстройства средней степени выраженности. С целью коррекции симптомов менопаузы всем женщинам назначался «Эстровэл» (фирма «Экомир») в дозировке по 1-2 таблетки 2 раза в день в течение 2 месяцев в непрерывном режиме.

Таблица 1. Частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у больных основной и контрольной групп

Диагноз	Основная группа, n=40	Контрольная группа, n=30
Железодифицитная анемия, I степени	8	6
II степени	3	3
III степени	1	-
Хронический гастрит, колит	11	7
Хронический холецистит	18	9
Желчно-каменная болезнь	11	6
Хронический панкреатит	17	10
Гипертоническая болезнь, I стадия	3	2
II стадия	11	8
III стадия	2	1
Хронический пиелонефрит	7	5
Хронический бронхит	9	6
Ишемическая болезнь сердца	7	4
Нейроциркуляторная дистония	12	10
Сахарный диабет	2	-
Варикозная болезнь	7	6
Ожирение, I степени	7	4
II степени	11	6
III степени	4	3
Практически здоровые женщины	6	5

«Эстровэл» содержит в своем составе фитоэстрогены: цимицифугу, сою, дикий ямс, крапиву, а также витамины В₆, Е, фолиевую кислоту; микроэлемент бор, аминокислоты — фенилаланин, гидрокситриптофан; регулятор пролиферативных процессов индол-3-карбинол. Растительные компоненты «Эстровэла» действуют как избирательные модуляторы рецепторов эстрогенов, купируя ранние проявления дефицита этих гормонов: приливы, эмоциональную лабильность, нестабильность артериального давления. Витаминно-минеральные компоненты препарата и аминокислоты усиливают эффект фитоэстрогенов, смягчая приливы и перепады настроения, уменьшают головокружения, утомляемость, чувство страха, беспокойства, а также способствуют укреплению иммунной системы и опорно-двигательного аппарата. Индол-3-карбинол оказывает уникальное противоопухолевое, антипролиферативное действие на эстроген-зависимые ткани [2].

Для характеристики степени выраженности менопаузальных расстройств использовался модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) по Е.В. Уваровой, 1983 г., который оценивался до начала приема препарата и далее — через 1, 2, 3 и 6 месяцев после начала исследования [6].

Учитывались нейровегетативные (нестабильное артериальное давление, головные боли, вестибулопатии, сердцебиение, потливость, отечность, повышенная возбудимость, сонливость, нарушение сна, приливы, приступы удушья); обменно-эндокринные и психоэмоциональные (утомляемость, снижение памяти, повышенная плаксивость, изменения аппетита, депрессия) симптомы.

Степень выраженности того или иного симптома определялась по 4-х балльной шкале: 0 баллов — норма; 1 балл — неярко выраженная легкая степень; 2 балла — симптомы средней степени выраженности; 3 балла — выраженная степень проявления климакса.

Подсчет баллов по 3 группам нарушений велся отдельно для оценки действия «Эстровэла» на ту или иную группу симптомов. Оценивалась и общая сумма баллов.

Побочные действия приема препаратов («Эстровэл», ЗГТ, седативные препараты) оценивались по 3-х балльной системе оценки: 1 балл — легкая степень дискомфорта и признаков непереносимости; 2 балла — выраженный дискомфорт; 3 балла — выраженные нарушения жизнедеятельности по комплексу симптомов.

Во вторую (контрольную) группу вошли 30 женщин, 15 из них получали заместительную гормональную терапию, 15 — седативную медикаментозную и фитотерапию.

Как в основной, так и в контрольных группах изучены показатели ФСГ и эстрадиола (методом радиоиммунного анализа) до начала исследования и по завершении 2-месячного курса лечения, параметры гемостазиограммы (РФМК, фибриноген, ПТВ, АЧТВ), проведены биохимические исследования (холестерин, глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ). Учитывались данные ультразвукографии органов малого таза и молочной железы, маммографии и др. инструментальных методов. Пациентки консультированы терапевтом, маммологом, по показаниям — кардиологом, травматологом-ортопедом и другими специалистами с целью оценки динамики течения имеющихся соматических заболеваний.

Результаты обследования больных. Практически здоровыми были 17,1% пациенток обеих групп. В таблице 1 приведены сопутствующие соматические заболевания, выявленные у обследованных женщин.

Половине больных контрольной группы заместительная гормональная терапия была противопоказана в связи с наличием сочетанной соматической патологии, поэтому женщины получали в качестве альтернативы фитотерапию и седативные препараты.

Таблица 2. Динамика модифицированного менопаузального индекса на фоне лечения больных основной и контрольной групп

Группа больных	Группа симптомов	ММИ до начала лечения (баллы)	ММИ через 2 мес. после лечения (баллы)
Основная группа (БАД «Эстровэл»)	Нейровегетативные	24,3 ± 2,4	14,3 ± 1,4*
	Метаболические	12,5 ± 2,1	11,5 ± 1,9
	Психоэмоциональные	11,6 ± 1,9	4,6 ± 0,4*
	Суммарный ММИ	48,4 ± 3,4	30,4 ± 2,6*
Контрольная группа (ЗГТ)	Нейровегетативные	21,1 ± 2,5	9,3 ± 0,7*
	Метаболические	11,9 ± 2,2	8,5 ± 1,1*
	Психоэмоциональные	13,6 ± 1,8	6,6 ± 0,4*
	Суммарный ММИ	46,6 ± 3,7	24,4 ± 3,4*
Контрольная группа (седативная терапия)	Нейровегетативные	22,3 ± 2,2	18,3 ± 2,1*
	Метаболические	14,1 ± 1,9	13,5 ± 2,1
	Психоэмоциональные	10,6 ± 1,7	7,6 ± 0,9
	Суммарный ММИ	47,0 ± 3,4	39,4 ± 3,4*

Примечание: * — имеются достоверные различия показателей до начала лечения и через 2 месяца после лечения (p<0,05)

Сопутствующие гинекологические заболевания имели 43 пациентки основной и контрольной групп. Из них миома матки встречалась у 22 женщин, рецидивирующая гиперплазия и полипы эндометрия — у 18, псевдоэрозия и лейкоплакии шейки матки — у 11, фолликулярные кисты яичников — у 4.

Помимо характерных жалоб на приливы, приступы сердцебиений, раздражительность, нарушения сна, 58 пациенток основной и контрольной групп предъявляли жалобы на различные нарушения менструального цикла: обильные регулярные менструации были у 7 женщин, сочетание мено- и метроррагий — у 18, скудные редкие менструации — у 12, менопауза (более 1 года) — у 21 пациентки.

Дисгормональные заболевания молочных желез (узловые и диффузные мастопатии) наблюдались у 4 и 12 больных соответственно, доброкачественные опухоли молочной железы — у 3 пациенток.

В таблице 2 приведена динамика модифицированного менопаузального индекса на фоне лечения «Эстровэл», а так же при использовании заместительной гормональной терапии и на фоне лечения седативными препаратами.

Как видно из таблицы 2, наиболее эффективным средством для купирования климактерических расстройств, как и ожидалось, оказалась заместительная гормональная терапия, позволившая практически в 2 раза снизить ММИ у больных, тем самым, значительно улучшив самочувствие.

На 2 месте по эффективности оказалась биологически активная добавка «Эстровэл», снизившая ММИ на 40,1% — преимущественно за счет улучшения показателей по нейровегетативной и психоэмоциональной группам симптомов, практически не влияя при двухмесячном приеме на обменно-эндокринную дисфункцию.

Наименее эффективной оказалась седативная терапия, в результате использования которой большинство больных по-прежнему имели климактерические расстройства средней степени тяжести.

Оценка комплаентности терапии показала, что приемлемость использования БАД «Эстровэл» для пациенток отличалась максимальными характеристиками. Ни одна из пациенток не прекратила прием препарата, отмечая хорошую переносимость, удобство дозирования (2 раза в день) и отсутствие побочных эффектов. По мнению принимавших «Эстровэл» женщин, они готовы пройти повторные курсы лечения препаратом.

Больные контрольной группы, получавшие ЗГТ, отметили удобство однократного приема препаратов в течение суток, в то же время, 8 из 15 больных отметили страх перед развитием многочисленных побочных эффектов и осложнений, в первую очередь — в отношении роста гормонозависимых опухолей. Побочные эффекты в виде ухудшения течения соматических заболеваний побудили 2 больных прекратить прием препаратов для ЗГТ, а еще 6 пациенток всерьез задумались о проведении повторных курсов несмотря на высокую эффективность препаратов и высказали мнение о том, что хотели бы прежде попробовать альтернативные варианты терапии.

Женщины, получавшие седативную терапию, выразили неудовлетворенность режимом дозирования препаратов (до 3 р/сутки), сонливостью на протяжении дня, а так же отсутствием достаточного эффекта в отношении купирования нейровегетативных проявлений климактерического синдрома.

Интересными, с нашей точки зрения, являются факты, свидетельствующие об улучшении течения соматических и дисгормональных заболеваний у пациенток, принимавших «Эстровэл». В первую очередь, существенное облегчение отмечали больные, страдавшие нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью I-II стадии, нарушениями сна, памяти,

внимания и настроения. Начало приема препарата привело к снижению доз применявшейся медикаментозной терапии и улучшению самочувствия.

Уменьшение менструальной кровопотери отметили 18 женщин с гиперполименореей, за период наблюдения в динамике мы не отмечали роста толщины эндометрия сверх нормативов и увеличения размеров миоматозных узлов по данным ультразвукографии. Существенное облегчение болей в молочной железе после первого месяца приема отметили пациентки, страдавшие мастодинией и мастопатией, а после второго месяца лечения по результатам ультразвукового исследования молочных желез у 45% отмечена положительная динамика. При этом, в динамике гормональных уровней (ФСГ, эстрадиол) мы не нашли существенных изменений. Уровни гормонов на фоне проводимого лечения оставались в пределах $26,3 \pm 3,4$ мМЕ/мл для ФСГ, $34,3 \pm 2,5$ пг/мл для эстрадиола. Таким образом, улучшение течения дисгормональных заболеваний обусловлено преимущественно периферическим действием компонентов «Эстровэла» (на уровне рецепторного аппарата клеток-мишеней), что особенно ценно.

Изучение параметров коагулограммы (фибриноген, РФМК, АЧТВ, ПТВ) показало отсутствие отрицательного влияния БАД «Эстровэл» на систему гемостаза. Так же отсутствует влияние препарата на углеводный и липидный обмен при использовании в течение 2 месяцев. В то же время, больные с ожирением отмечали снижение веса в среднем на 3-4 кг за период лечения.

Обсуждение результатов. Практика использования БАД «Эстровэл» показала, что природные компоненты препарата эффективно купируют проявления климактерического синдрома легкой и средней степени тяжести, устраняя, в первую очередь, нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. При использовании «Эстровэла» отсутствует негативное влияние на параметры гемостаза, углеводного и липидного обмена. «Эстровэл» безопасен, лишен противопоказаний, удобен в применении и может использоваться в качестве средства, альтернативного заместительной гормональной терапии, у пациенток с климактерическим синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии. М: МИА, 2002.
2. Киселев В. И., Ляшенко А. А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов. М.: Издательство Димитрейд График Групп, 2005.
3. Макацария А. Д., Пшеничникова Е. Б., Пшеничникова Т. Б., Бицадзе В. О. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. М.: МИА, 2006.
4. Пасман Н. М. Применение «Эстровэла» для терапии синдрома дефицита эстрогенов у женщин в пери- и постменопаузе. Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии, 2007; 4: 32-34.
5. Серов В. Н., Сметник В. П. Клиническая эффективность заместительной гормональной терапии М., 2001; 36.
6. Сметник В.П. Руководство по климактерию. М: МИА. 2001г. 568 с.
7. Heikkinen J. E., Vaheri R. T., Ahomaki S. M., et al. Optimizing continuous-combined hormone replacement therapy for postmenopausal women: a comparison of six different treatment regimens. Am J Obstet Gynecol, 2000; 182(3): 560-567.
8. Thorp J. M., Gavin N. L., Ohsfeldt R. L. Hormone replacement therapy in postmenopausal women: utilization of health care resources by new users. Am J Obstet Gynecol 2001; 185(2):318-326.