

Негормональная коррекция эндокринных нарушений

По материалам XIII съезда акушеров-гинекологов Украины

Около 10% мировой женской популяции сегодня составляют женщины постменопаузального возраста. Согласно прогнозам ВОЗ ожидается, что к 2015 году 46% женщин будут старше 45 лет. Поэтому важная задача сферы здравоохранения и общества в целом – обеспечить хорошее состояние здоровья и достойное качество жизни женщин этого возраста. Сателлитный симпозиум, организованный компанией «Бионорика», был посвящен негормональным методам лечения широкого спектра гинекологических заболеваний и патологических состояний. Симпозиум предоставил возможность ознакомиться с мнением ведущих специалистов Украины и России по актуальным вопросам этиопатогенеза и лечения гормональных нарушений, возникающих в разные возрастные периоды жизни женщины.

Заместитель директора Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук в докладе «Лечение стресс-индуцированной недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ)» остановилась на роли стресса в развитии различных этиопатогенетических вариантов НЛФ и методах ее коррекции.



– Стресс в современной жизни является фактором, разрушающим монолит здоровья не силой, а частотой воздействия. На смену сильным физическим стрессорам, которые являются адаптивными, пришло большое количество психических и эмоциональных стрессовых факторов различной интенсивности, медленно действующих, имеющих хронический характер и оказывающих существенное влияние на репродуктивную функцию женщины.

НЛФ – одно из наиболее ранних субклинических патологических состояний, которое проявляется дефицитом прогестерона, укорочением лютеиновой фазы (менее 11 дней) и отставанием созревания эндометрия от фазы цикла более чем на 2 дня. В дальнейшем НЛФ переходит в явные клинические формы: нарушение овариально-менструального цикла, невынашивание беременности, ановуляция, бесплодие. В практической деятельности принято выделять пять этиопатогенетических вариантов НЛФ: овуляторная форма поликистоза, гипергонадотропная овариальная дисфункция, гипогадатропная овариальная дисфункция, гиперпролактинемия, тиреоидная дисфункция.

Согласно данным последних исследований роль хронического стресса, приводящего к гиперпролактинемии, является доказанной. Следует отметить, что повышенный синтез пролактина под воздействием стрессовых факторов нельзя интерпретировать как однозначно негативную реакцию организма женщины. Гиперпролактинемия следует рассматривать как защитную адаптивную реакцию, направленную на мобилизацию защитных сил организма, которая реализуется в том числе путем снижения репродуктивных возможностей. Кроме того, адекватный уровень пролактина очень важен для синтеза прогестерона, поскольку пролактин необходим для нормального функционирования стероид-адаптогенного фактора, способствующего транспорту холестерина из внеклеточного во внутриклеточное пространство. Поэтому очень важно с целью коррекции гиперпролактинемии на этапе прегравидарной подготовки у женщин с хроническим стрессом и повышенным уровнем пролактина избегать передозировки препаратов, неадекватно снижающих его уровень. Средствами выбора в таком случае являются фитопрепараты.

В нашем институте на базе отделения гинекологической эндокринологии было проведено исследование, в котором приняли участие 216 женщин с идиопатическим невынашиванием беременности (основная группа). Группу контроля составили 250 женщин с нормальной репродуктивной функцией. При проведении этого исследования очень строго соблюдались критерии невключения. Среди методов исследования отдельное внимание хочется уделить психометрическим шкалам. Перед их применением с целью

адаптации оценки влияния стрессовых факторов у женщин с разными культурно-ментальными особенностями было проведено специальное исследование по валидации международных опросников для популяции украинских женщин. В ходе исследования проводилось также определение уровней пролактина, аденокортикотропного гормона (АКТГ), кортизола в суточной моче, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (E_2) и прогестерона в динамике цикла. В рамках исследования проводилась оценка корреляционных связей уровня стресса с состоянием репродуктивной функции.

В основной группе у женщин с идиопатическим невынашиванием, где уровень воспринятого стресса был существенно выше, отмечалось достоверное снижение уровня ФСГ, ЛГ, E_2 на 8-й и 14-й день менструального цикла, а также снижение уровня прогестерона (13,8 против 32,9 нг/мл). Уровни стрессовых гормонов (АКТГ, кортизола, пролактина) ожидаемо были ниже в контрольной группе. Отмечена обратная коррелятивная связь между стрессовыми и гонадотропными гормонами, между стрессовыми гормонами и



прогестероном, а также взаимопотенцирующее действие стрессовых гормонов.

Таким образом, исследование еще раз продемонстрировало порочный круг, формируемый дефицитом прогестерона, когда недостаточный синтез прогестерона повышает чувствительность к стрессу, а значит, увеличивает его перцепцию, продолжая уменьшать выработку эндогенного прогестерона.

Патогенетическая терапия была направлена на устранение проявлений тревожно-депрессивных черт характера, а также коррекцию функциональной гиперпролактинемии и гормональную поддержку лютеиновой фазы. В качестве фитотерапии использовали препараты Циклодинон и Гелариум Гиперикум компании «Бионорика».

Пациентки исследуемой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от схемы терапии:

- первая подгруппа получала Циклодинон (40 капель в день) и Гелариум Гиперикум (1 драже 3 раза в сутки);
- вторая подгруппа получала Циклодинон (40 капель в день) и Гелариум Гиперикум (1 драже 3 раза в сутки) + дидрогестерон по 10 мг 2 раза в сутки с 16-го по 26-й день цикла;
- третья подгруппа получала только дидрогестерон по 10 мг 2 раза в сутки с 16-го по 26-й день цикла.

Кроме того, пациенткам была рекомендована модификация образа жизни, подразумевающая не только нормализацию режимов бодрствования и сна, но и освоение конструктивных стратегий антистрессового поведения.

По окончании курса лечения результаты лабораторного контроля в первой подгруппе показали достоверное увеличение уровней ФСГ и ЛГ, подтвердив, таким образом, эффективность назначенной фитотерапии. Более того, в этой группе наблюдалось более выраженное по сравнению с третьей группой (монотерапия дидрогестероном) повышение уровня прогестерона, исследованного на 7-й день после овуляции.

В результате изучения динамики снижения стрессового напряжения отмечено его уменьшение во всех подгруппах, что позволяет сделать вывод о влиянии прогестерона на стрессоустойчивость. На основании результатов проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

– уровень хронического стресса в группе женщин с рекуррентными потерями плодов невыясненной этиологии существенно выше, чем у женщин с нормальной репродукцией;



– хроническая гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы является одним из важных факторов развития овуляторных дисфункций, в частности НЛФ;

– применение комбинированной терапии, включающей коррекцию функциональной гиперпролактинемии Циклодиноном, устранение тревожно-депрессивных симптомов и гормональную поддержку лютеиновой фазы, обеспечило наибольшую эффективность в отношении как нормализации овуляторной функции, так и снижения стрессового напряжения у женщин со стресс-индуцированной НЛФ;

– фитотерапия с использованием качественных препаратов, доказавших свою эффективность в клинической практике, играет важную роль в коррекции гиперпролактинемии на этапе прегравидарной подготовки у женщин с хроническим стрессом и повышенным уровнем пролактина.

Вице-президент Российской ассоциации по менопаузе, доктор медицинских наук, профессор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова (г. Москва) Вера Ефимовна Балан сделала акцент на проблемах, связанных с течением и лечением климактерического синдрома.

– Климактерий – физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе. Очень часто климактерий сопровождается климактерическим синдромом – патологическим состоянием, характеризующимся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами, которые не только ухудшают качество жизни женщины, но и способствуют развитию серьезных заболеваний. К сожалению, практически врачи часто



недооценивают отрицательное воздействие симптомов климактерического синдрома на здоровье и жизнь женщины в целом. Например, существует мнение, согласно которому приливы следует рассматривать как временное

явление, не причиняющее вреда здоровью. Однако необходимо помнить о том, что временный характер приливов – понятие довольно растяжимое: у 30% женщин они сохраняются в течение более 10 лет, а у 15% – пожизненно, снижая качество жизни.

Кроме того, по данным исследований, проведенных с использованием однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, во время прилива наблюдается резкое снижение кровотока в отдельных областях головного мозга, ответственных за механизмы памяти. Эти кратковременные, но частые эпизоды ишемии способствуют развитию дегенеративных процессов в определенных участках головного мозга (снижение количества синапсов и нейронов). Полагают, что именно в момент адаптации эстрогензависимых систем

головного мозга к эстрогенному дефициту у части женщин могут добавиться нейронные нарушения, инициирующие каскад событий и ускоряющие процесс



старения мозга. Таким образом, устранение симптомов климактерического синдрома является важным аспектом ведения пациенток в перименопаузе.

В настоящее время в лечении климактерического синдрома существуют два основных направления – заместительная гормональная терапия (ЗГТ) и альтернативная терапия. Следует уточнить, что к альтернативным методам лечения относятся те, которые обладают сходным с гормонотерапией механизмом действия, но не оказывают отрицательного побочного влияния, не повышают пролиферативную активность миометрия и эндометрия и не влияют на процессы тромбообразования. Наиболее известным и используемым в медицине альтернативным методом является фитотерапия.

На мой взгляд, обобщенные суждения об эффективности и безопасности фитотерапии в лечении климактерического синдрома являются необоснованными, поскольку имеются значительные отличия между фитопрепаратами в отношении наличия научных и клинических данных о результатах их применения, с одной стороны, и четкие показания к назначению ЗГТ и фитотерапии пациенткам с климактерическим синдромом – с другой.

Говоря о фитопрепаратах как об альтернативной терапии в гинекологии, важно учитывать, что используемые для этой цели лекарственные средства разделяются на две группы: фитоэстрогены (изофлавоны, лигнаны, соя, красный клевер) и фитогормоны (цимицифуга). Фитоэстрогены связываются с β -эстрогеновыми рецепторами. Механизм действия фитогормонов в настоящее время

