

Альтернативный подход к коррекции менопаузальных нарушений

В ближайшем будущем организаторы здравоохранения столкнутся с серьезной проблемой оказания квалифицированной помощи устойчиво возрастающему количеству женщин, которые достигли периода менопаузы. Не только гинекологи, но и врачи других специальностей должны быть готовы к адекватному решению проблем таких пациенток в соответствии с современными протоколами оказания медицинской помощи.

Менопауза – это физиологический период в жизни женщины, ассоциированный с угасанием функции яичников на фоне снижения продукции половых гормонов, особенно эстрогенов. Следует отметить, что период менопаузы совпадает с наиболее активной социальной и профессиональной деятельностью практически каждой женщины. Однако изменение образа жизни, обусловленное старением организма, возникающими на его фоне стрессом и свойственными для периода менопаузы симптомами (нарушение сна, депрессия, раздражительность, тревожность), крайне негативно сказывается на качестве жизни каждой женщины.

По данным Североамериканского общества менопаузы (NAMS, 2010), в 1998 году во всем мире насчитывалось более 477 млн женщин, находящихся в периоде постменопаузы, при средней продолжительности жизни 65 лет (79 лет в более развитых странах). По предварительной оценке, в 2025 году количество женщин этой возрастной группы увеличится до 1,1 млрд, а средняя продолжительность жизни составит 72 года (82 – в развитых странах).

Исходя из представленных данных, период менопаузы у этих женщин занимает около половины их жизни, а пременопауза, т.е. переходный период (от репродуктивного к непосредственно менопаузе), – еще 4 года. Кроме того, известно, что более раннее наступление менопаузы может наблюдаться при недостаточном питании (низком индексе массы тела) – на 4 года раньше и курении – на 1-1,5 года.

В разных странах возраст наступления менопаузы варьирует от 47 до 51 года (Nelson H.D., 2008; Boulet M.J. et al., 2008). В Швеции, к примеру, как и в других развитых европейских странах, он составляет 51 год (Rodstrom K. et al., 2008). В Украине этот показатель несколько отличается от такового для Европы (51,3 года) и составляет 48,9 года. Тем не менее у некоторых украинских женщин менопауза наступает в возрасте 45 (20%), а то и 40 (8%) лет (Дубоссарская З.М., 2017). Это объясняется более высокой по сравнению с европейскими странами частотой хирургического вмешательства при заболеваниях женской половой системы (Митченко Е.И., Ханюков А.А. и соавт., 2016).

У большинства женщин в период менопаузы возникает ряд симптомов, которые по субъективной оценке можно рассматривать как неприятные, однако некоторые из них, а также их комплекс, приводят к снижению и даже полной потере трудоспособности. Наиболее часто встречающимися симптомами у женщин в возрасте 45-55 лет являются приливы, нарушения сна, физическая и умственная усталость, депрессия и сексуальные расстройства (Lee S.W. et al., 2012; Legorreta D. et al., 2013). Примерно у 75% женщин в период менопаузы возникают приливы, у около 60% – наблюдается более одного симптома из перечисленных, а у 20% – проявления менопаузы существенно сказываются на качестве жизни и требуют медикаментозного лечения.

Кроме указанных широко распространенных симптомов менопаузы, в данный период на фоне длительного гормонального дисбаланса также возникают различные нарушения функций органов и систем. Именно в этот период в организме женщины происходят изменения жирового обмена, в результате чего значительно возрастает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза (Moreau K.L. et al., 2012; Schenck-Gustafsson K., 2009). Стоит отметить, что эти симптомы и нарушения, возникающие у женщин в возрасте 45-55 лет, не всегда связаны с уровнем эстрогена и менопаузой (Nelson H.D., 2008).

Психологические нарушения, в частности симптомы депрессии, также являются довольно распространенной проблемой для женщин в период менопаузы (Freu V.N. et al., 2008). Это касается и женщин с изменениями гормонального баланса в период пременопаузы, когда риск развития депрессии особенно высок. Именно этот период некоторые авторы рассматривают как период «окна уязвимости» (Dennerstein L., Soares C.N., 2008).

Возрастные гормональные нарушения, сопровождающиеся такими симптомами, как общее недомогание, дефицит внимания, раздражительность, физическая и психическая усталость, характерны для пациентов практически всех возрастных групп, независимо от пола, однако наиболее уязвимыми остаются именно женщины. Доказано, что женщины в период менопаузы болеют чаще и значительно дольше, чем мужчины того же возраста. По данным P. Lytsy и соавт. (2015), психологические расстройства на фоне менопаузы являются основной причиной временной утраты трудоспособности у большинства женщин «в расцвете сил». Исходя из этого, пациентки в возрасте 45-55 лет являются очень важной целевой группой в отношении обеспечения качественной медицинской помощи (Rindner L. et al., 2017).

Для частичной компенсации сниженной функции яичников при дефиците половых гормонов, а также с целью профилактики поздних нарушений обмена веществ в организме женщины, остеопении и остеопороза принято использовать оптимальные дозы гормональных препаратов, т.е. назначать заместительную или менопаузальную гормональную терапию. Следует понимать, что оба этих метода имеют существенные различия: в то время как заместительная гормональная терапия (ЗГТ) предназначена для пациенток с так называемой хирургической менопаузой, менопаузальная гормональная терапия (МГТ) проводится женщинам с интактными яичниками и маткой. Однако выбор метода, подразумевающий назначение гормональных средств в качестве золотого стандарта, не всегда был однозначным. На сегодняшний день широко известно, что применение гормональной терапии ассоциировано с рядом побочных эффектов. Кроме того, существует целый ряд ограничений (лейомиома матки, эндометриоз, мигрень, венозный тромбоз или тромбоэмболия в анамнезе, семейная гипертриглицеридемия, желчнокаменная болезнь, эпилепсия, рак яичника в анамнезе) и абсолютных противопоказаний к ее использованию (кровотечения из половых органов неясного генеза, наличие доброкачественных или злокачественных процессов в половых органах или молочных железах, острый тромбоз глубоких вен, острый гепатит и пр.).

Еще в 2002 году после публикации результатов Women's Health Initiative (WHI) стало известно, что ЗГТ часто ассоциируется с повышением риска развития рака молочной железы, сердечно-сосудистых заболеваний и тромбоземболических осложнений (Rossouw J.E. et al., 2002). Как результат – опубликованные тревожные данные привели к значительному снижению частоты использования ЗГТ во всем мире (Hersh A.L. et al., 2004; Haas J.S. et al., 2004; Faber A. et al., 2005; Gayet-Ageron A. et al., 2005). В 2018 году S.L. Crawford и соавт. опубликовали в журнале Menopause результаты проспективного когортного исследования Women's Health Across the Nation, оценивающего основные тенденции применения МГТ на протяжении 1996-2013 годов. Согласно полученным результатам, в течение 17 лет в разных странах мира количество женщин, начинавших прием этих препаратов, снизилось с 8,6 до 2,8%. Среди этих пациенток количество продолжавших прием сократилось с 84,0 до 62,0%. При этом авторы исследования отмечают, что уменьшение количества женщин, как начинающих,

так и продолжающих прием МГТ, отмечено в период после 2002 года, когда были опубликованы результаты WHI.

В другом исследовании (Kyvernitakis I. et al., 2015), опубликованном в журнале Climacteric, авторы проанализировали приверженность к лечению при назначении МГТ среди 17 020 пациенток в период с 2004 по 2013 год. После 12 месяцев наблюдения комбинированную пероральную МГТ продолжали 33-44% пациенток, эстрогензаместительную в трансдермальной форме – 38-39% женщин.

Аналогичные данные были продемонстрированы и в Совместном исследовании Объединенного Королевства по скринингу рака яичников (UKCTOCS), согласно которым количество женщин, проходивших курс ЗГТ, с 2005 года составило всего 10-11%, в то время как в 2001 году – 29% (Menon U. et al., 2007). В свою очередь, недоверие к ЗГТ привело к повышению частоты применения различных негормональных средств и методов лечения и, соответственно, привлекло внимание научных сообществ к изучению целесообразности и эффективности их использования.

Как считают A. Gentry-Maharaj и соавт. (2017), сопроводительная терапия и нетрадиционные методы лечения менопаузы (фито- и когнитивно-поведенческая терапия, диета, акупунктура, йога), несмотря на высокую приверженность пациенток из-за «достаточной безопасности», по определению не могут являться частью основной (традиционной) терапии (NCCIN, 2017). Тем не менее, как показывают результаты исследования с участием 202 638 британских женщин в возрасте 50 лет – 74 года, более 50% из них использовали альтернативные методы терапии для уменьшения выраженности симптомов менопаузы. При этом большинство отдали предпочтение методам нутритивной поддержки: 43,8% участниц – фитосредствам (фитоэстрогенам), а 42,6% – витаминным комплексам. Женщины из обеих групп отметили свою удовлетворенность выбранными методами лечения в отношении уменьшения выраженности проявлений симптомов менопаузы.

Применение витаминных комплексов в соответствии с рекомендациями многих международных медицинских сообществ (FDA, FFDC, USP, WHI, WHO) играет ключевую роль в коррекции гормональных и обменных нарушений у женщин среднего и старшего возраста. Их можно назначать до появления эстрогенного дефицита с целью профилактики нарушений и сохранения гормонального баланса, иммуно- и стрессоустойчивости.

С точки зрения доказательной медицины, альтернатива ЗГТ – негормональная терапия витаминными и фитокомплексами – была подробно изучена в метаанализе R.S. Kirby (2006). Целью работы было более подробно оценить целесообразность, эффективность и безопасность нутритивной поддержки для уменьшения выраженности симптомов менопаузы. Как сообщают авторы, основным поводом для проведения данного исследования стал тот факт, что вопрос назначения ЗГТ с целью уменьшения выраженности симптомов менопаузы вызывает слишком много споров. Имеющиеся на момент проведения анализа данные трех масштабных проспективных исследований еще больше подвергли сомнению безопасность ЗГТ и оставили врачей и пациентов в поисках новых ответов. В свою очередь нутритивная поддержка и должна стать тем самым ответом.

Указанный метаанализ объединил результаты серии неконтролируемых проспективных исследований нутритивной поддержки для уменьшения выраженности симптомов менопаузы и обеспечил обширную доказательную базу эффективности и безопасности данного альтернативного метода. В качестве основного исследуемого средства был выбран комбинированный комплекс витаминов, минералов и флавоноидов (Менопейс), который принимали 766 участниц семи различных исследований. Как показали результаты,

у женщин с наиболее распространенными симптомами менопаузы было отмечено значительное снижение выраженности их проявлений после 3 мес нутритивной поддержки: у 87,8% участниц с приливами, у 67,5% – с нарушениями концентрации внимания и психологической усталостью. Общее уменьшение выраженности симптомов менопаузы наблюдалось у 93,2% пациенток.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют в пользу эффективности метода сбалансированной нутритивной поддержки для снижения выраженности симптомов менопаузы. Соответственно, в случае отсутствия возможности компенсации дефицита эстрогенов путем назначения гормональных средств наиболее оптимальным выбором является применение фитоэстрогенов в комбинации с витаминами и минералами (Менопейс).

На рассмотрении преимуществ использования фитокомплексов с витаминами и минералами следует остановиться более подробно, учитывая наличие на фармацевтическом рынке Украины комплекса Менопейс Плюс. Особенностью этой формы является разделение фитокомпонентов и витаминно-минеральных ингредиентов на две отдельные таблетки (Ботаник Актив и Менопейс). Следует заметить, что разницы в показаниях к применению обеих форм комплекса нет, однако Менопейс Плюс является более эффективным в отношении уменьшения выраженности симптомов менопаузы за счет увеличенной дозы фитоэстрогенов, витаминов и минералов в соответствующих таблетках (табл.). Именно этот фактор может играть важную роль при выборе конкретного продукта из двух предложенных.

Таблетки Ботаник Актив, которые входят в состав Менопейс Плюс, содержат фитоэстрогены четырех

разных видов растений, каждое из которых характеризуется крайне полезными свойствами, так необходимыми женщине в период менопаузы:

- **экстракт изофлавонов сои** – широко используется для коррекции климактерических проявлений, поскольку содержит большое количество фитоэстрогенов. Они способствуют уменьшению приливов, укреплению сердечно-сосудистой и нервной систем, а также влияют на снижение артериального давления;

- **экстракт шалфея** – является незаменимым компонентом нутритивной поддержки в период менопаузы. Эффект данного экстракта за счет содержания флавоноидов и фитостеролов аналогичен действию эстрогенов. Способствует уменьшению потоотделения, приливов, регулирует гормональные изменения, снимает нервное напряжение. Кроме того, шалфей содержит сапонины, которые уменьшают выраженность головной боли;

- **экстракт зеленого чая** – наряду с фитоэстрогенами содержит 55% полифенолов – активных компонентов зеленого чая, которые являются мощными антиоксидантами и обеспечивают защиту клеток от старения и оксидативного стресса;

- **флаволигнаны семян льна** – энтеролактон и энтеродиол – биологическим воздействием подобны эстрогенам организма женщины.

Таким образом, таблетки мультивитаминного комплекса Менопейс Плюс содержат все необходимые для организма женщины, особенно в период менопаузы, специальные витамины и минералы.

Усиленная формула комплекса Менопейс Плюс позволяет с большей эффективностью повлиять на уменьшение проявлений неприятных симптомов менопаузы, не рискуя при этом столкнуться с характерными для ЗГТ тяжелыми побочными эффектами. Прием Менопейс Плюс в соответствии с Инструкцией по медицинскому применению (1+1 таблетка 1 раз в день в течение 28 дней) позволяет уменьшить выраженность основного симптомокомплекса менопаузы: избавиться от приливов и ночного потоотделения, нормализовать эмоциональный фон и нарушения сна, уменьшить ощущения слабости, улучшить обмен веществ.

Подготовил **Антон Вовчек**



Таблица. Различия в составе Менопейс Ориджинал и Менопейс Плюс (расчет на 1 таблетку)

Ингредиент	Менопейс Плюс		Менопейс Ориджинал, мг
	Менопейс, мг	Ботаник Актив, мг	
Экстракт изофлавонов сои	20	100	50
Экстракт шалфея	–	250	–
Экстракт зеленого чая	–	50	–
Флаволигнаны семян льна	–	50	–
Пантотеновая кислота	30	–	6
Парааминобензойная кислота	25	–	–
Железо	6	–	9
Цинк	15	–	15
Магний	100	–	100
Марганец	0,5	–	2
Йод	0,225	–	0,150
Медь	1	–	1
Хром	0,05	–	0,025
Селен	0,1	–	0,05
Бор	–	–	1
Витамин А	0,750	–	0,750
Витамин D ₃	0,005	–	0,005
Витамин Е	30	–	10
Витамин В ₁	10	–	1,4
Витамин В ₂	5	–	1,6
Витамин В ₃	20	–	18
Витамин В ₆	10	–	2
Витамин В ₁₂	0,009	–	0,002
Витамин С	45	–	45
Фолиевая кислота	0,4	–	0,2
Биотин	0,03	–	0,03

Щоб не звикати до припливів,

я приймаю

Менопейс®



Останнім часом відчуваєте:

- припливи?
- нерви?
- перепади тиску?
- обмаль сил?



**НЕ МІСТИТЬ ЗАСОБІВ
ЗАМІСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**
ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС
МІСТИТЬ РОСЛИННІ ФІТОЕСТРОГЕНИ



www.40plus.com.ua

Менопейс Плюс, Менопейс Ориджинал. На правах реклами. Не є лікарськими засобами. Висновок ДСЄ № 05.03.02-03/3567 від 04.12.2014 до 01.12.2019. Є протипоказання. Перед застосуванням ознайомитесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

На правах реклами. Дієтичні добавки. Не є лікарськими засобами. Перед застосуванням ознайомитися з інструкцією. DM.UA.MEN.19.04.01