

Возможности негормональной коррекции приливов у женщин в перименопаузальном периоде: данные исследований

Менопауза – это составляющая естественного жизненного цикла женщины. Увеличение средней продолжительности жизни повлекло за собой удлинение менопаузального периода: так, современная женщина почти треть своей жизни испытывает прямые и отдаленные последствия менопаузы, проявляющиеся рядом психоэмоциональных, урогенитальных и вазомоторных симптомов, среди которых наиболее часто отмечаются озноб, потливость, сердцебиение и приливы.

Приливы, характеризующиеся ощущением жара на поверхности кожи (наиболее интенсивно проявляющиеся на лице, задней поверхности шеи, в верхней части груди, подмышечных впадинах), являются наиболее распространенным симптомом менопаузы – их наличие отмечают 75-80% женщин. Наиболее интенсивные приливы наблюдаются в первые несколько лет после наступления менопаузы, однако почти половину пациенток этот симптом беспокоит уже за несколько лет до менопаузального периода, при этом больные указывают на его связь с выраженным ухудшением настроения и работоспособности, сложностями в концентрации внимания и даже бессонницей. Являясь причиной столь существенного снижения качества жизни, приливы требуют повышенного внимания со стороны врача и поиска путей уменьшения их интенсивности.

К сожалению, до сих пор полностью не выяснены патофизиологические механизмы возникновения приливов. Установлено, что одной из причин является гипоестрогения. Дисфункция терморегуляторного центра, вызванная изменениями в уровнях эстрогенов в период менопаузы, считается основой патофизиологии приливов. После наступления периода снижения синтеза эстрогенов в организме женщины их концентрация в гипоталамусе также уменьшается. Расположенный в гипоталамусе центр регулирования температуры лишается привычной эстрогеновой стимуляции, в результате чего дестабилизируется функционирование терморегуляторного центра, что сопровождается возникновением приливов. Таким образом, этот симптом сегодня рассматривают как следствие избыточной активации теплоотдачи за счет вазодилатации и потоотделения. У большинства женщин приливы сочетаются с покраснением кожи и появлением пота на лице и шее. В результате термографических исследований было установлено, что во время прилива температура поверхности кожи повышается приблизительно на 5°C.

Назначение заместительной гормональной терапии способствует существенному облегчению приливов, вместе с тем возможность повсеместного применения эстрогенов женщинами в менопаузе существенно ограничена. С одной стороны, это связано с бытующими среди пациенток фобиями в отношении приема гормональных препаратов, а также точкой зрения многих специалистов, отмечающих естественность процесса возрастного угасания продукции половых гормонов. С другой стороны, достоверно установлено, что применение заместительной гормональной терапии может повышать риск развития онкологической патологии, в частности рака молочной железы (Fournier A., Chapelon F.C., 2002), яичников (Lacey J.V., 2002) и матки (Coughlin S.S., 2000), тромбозов и эмболий (Tanis B.C., 2001; Piette-Yves Scarabin, 2005), а также ассоциируется с рядом побочных эффектов, таких как маточные кровотечения, болезненность

в области молочных желез, головная боль, задержка жидкости (Reynolds R.F., 2001). Кроме того, у 10-20% пациенток заместительная гормональная терапия эстрогенами не снижает частоту и интенсивность приливов. Таким образом, значительному количеству женщин не показан прием эстрогенсодержащих препаратов, что обуславливает необходимость поиска альтернативных, негормональных методов облегчения приливов.

В настоящее время пациенткам с незначительными проявлениями приливов эксперты Североамериканского общества менопаузы (NAMS) рекомендуют использовать физические методы облегчения состояния, например путем периодического охлаждения тела с помощью вентиляторов или прохладного душа, избегать употребления горячей и острой пищи, а также прибегать к методам релаксации и психотерапии. Доказано, что дозированные физические нагрузки и уменьшение массы тела, а также отказ от курения ассоциируются со снижением риска приливов (Pinkerton J., 2009). Некоторые нутриенты (токоферол, омега-3 жирные кислоты, соевые изофлавоны) также предположительно уменьшают симптоматику приливов.

Эффективным негормональным средством для лечения приливов в период менопаузы является β-аланин (Абьюфен) – β-аминокислота, которая синтезируется в организме человека и имеет важное значение для метаболизма тканей и функционирования нервной системы: препятствует выделению тучными клетками гистамина и брадикинина, которые вызывают расширение сосудов кожи и, как следствие, – ощущение приливов. Помимо прямого стабилизирующего воздействия на мембраны тучных клеток, β-аланин обуславливает накопление карнозина и пантотеновой кислоты в клетках и при длительном применении может способствовать стабилизации энергетического метаболизма. Определенное значение, по-видимому, имеет и влияние β-аланина на глициновые и другие рецепторы центральной нервной системы, которые могут опосредованно влиять на терморегуляцию.

Эффективность β-аланина в уменьшении частоты приливов у женщин показана во многих клинических исследованиях, первое из которых было проведено более 40 лет назад (Wagge Y., 1964). В нем участвовали женщины в менопаузальном периоде, страдающие приливами, которым был назначен β-аланин по 400-800 мг/сут. Длительность терапии составляла от 5 дней до 1-2 мес. Результаты лечения оказались хорошими или удовлетворительными у большинства пациенток с естественной менопаузой, а также искусственной менопаузой после перенесенной гистерэктомии по поводу кист, сальпингита либо получавших лечение по поводу злокачественных опухолей гинекологических органов или рака грудной железы. Препарат хорошо переносился всеми участницами, нежелательных явлений на фоне терапии β-аланином

не наблюдали. Кроме того, было отмечено (Wagge Y., 1964), что β-аланин можно назначать даже превентивно у женщин в предклимактерическом и климактерическом периоде.

Впоследствии результаты этого исследования подтвердили P. Delacroix и соавт. (1978) в двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании, где β-аланин в основной группе назначался в дозе 1200 мг/сут либо плацебо в течение 60 дней у женщин с климактерическим синдромом на фоне естественной или искусственной менопаузы. Вследствие проведенной β-аланином терапии на протяжении одного месяца среднее количество приливов в основной группе достоверно снизилось по сравнению с группой, принимавшей плацебо, с сохранением эффекта в течение двух последующих месяцев.

В более новом клиническом плацебо-контролируемом исследовании J. Roueche и соавт. (1991) оценивали эффективность β-аланина у женщин с климактерическим синдромом (средний возраст 50,9±4,6 года), у которых отмечались жалобы на приливы.

Больных рандомизировали в группу приема β-аланина по 400 мг 3 раза в сутки или плацебо на протяжении 8 недель. Главной конечной точкой служило уменьшение частоты приливов.

При оценке результатов через 8 недель оказалось, что лечение β-аланином

способствовало значительному уменьшению количества приливов – на 14,1 и 5,2 случая по сравнению с исходным уровнем и группой плацебо соответственно (p<0,01). Разница между группами достигла статистической значимости к концу третьей недели после начала лечения (p=0,02). Доля женщин, у которых полностью прекратились приливы, составила 40% в группе β-аланина и 12% в группе плацебо. Кроме того, на фоне лечения β-аланином отмечалось значительное уменьшение количества пациенток с выраженными и тяжелыми приливами (p<0,05).

В настоящее время Абьюфен (β-аланин) доступен в Украине; препарат выпускается в таблетках по 400 мг, которые применяют внутрь по 1-2 таблетки в сутки. Препарат практически не имеет противопоказаний к применению, избирательно влияя только на приливы и чувство жара, что делает его незаменимым у женщин, страдающих вегетативными нарушениями. Кроме того, допускается комбинация препарата с другими негормональными средствами. При необходимости доза Абьюфена может быть увеличена до 3 таблеток в сутки (1200 мг β-аланина). Длительность лечения составляет 5-10 дней, до исчезновения приливов. При возобновлении симптомов следует провести повторный курс лечения.

Подготовила Татьяна Спринсян



Аб'юфен

Бета-аланін 400 мг

Негормональне лікування вазомоторних симптомів у період клімаксу

Зменшує
інтенсивність і частоту приливів

Покращує
переносимість приливів

СТОП ПРИЛИВАМ!

Аб'юфен – це лікарський засіб для медичного застосування. Застосування препарату слід виконувати за рекомендаціями лікаря. Препарат приймають після їди. Не рекомендується приймати препарат одночасно з алкоголем, оскільки це може призвести до посилення ефекту. При прийомі препарату слід уникати їжі, що викликає метеоризм, наприклад, квасу, солоної риби. При прийомі препарату слід уникати їжі, що викликає метеоризм, наприклад, квасу, солоної риби. При прийомі препарату слід уникати їжі, що викликає метеоризм, наприклад, квасу, солоної риби. При прийомі препарату слід уникати їжі, що викликає метеоризм, наприклад, квасу, солоної риби.