

УДК 618.173:616-08:615

© А. В. Воробей, В. Н. Воробей-Виховская, 2011.

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕДКЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

А. В. Воробей, В. Н. Воробей-Виховская

Луцкая городская клиническая больница (гл. врач – Л. П. Духневич), г. Луцк.

NONHORMONAL CORRECTION OF THE PRECLIMACTERICAL SYNDROME

A. Vorobej, V. Vorobej-Vychovsky

SUMMARY

The title deals with the pathogenetical and clinical qualities of the preclimacterical syndrome. The question of the ability of the nonhormonal therapy in correction of this disease is discussed. The characteristics of the components of the complex medicine vitocan are observed. The data of the search of effectiveness of vitocan () in the treatment of preclimacterical syndrome are presented.

НЕГОРМОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ ПЕРЕДКЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ

А. В. Воробей, В. Н. Воробей-Вихівська

РЕЗЮМЕ

В статті викладені патогенетичні і клінічні особливості перебігу передклімактеричного синдрому. порушене питання можливостей негормональної терапії в корекції даного стану. Розглянуті властивості складових компонентів комплексного рослинного препарату Вітокан. Представлені результати дослідження ефективності Вітокану в лікуванні передклімактеричного синдрому.

Ключевые слова: Витокан, предклимактерический синдром, негормональная терапия.

Становление личности женщины неразрывно связано с развитием ее репродуктивной системы. Индифферентный в половом отношении период детства занят познанием окружающего мира и основных законов жизни в социуме. В сложный пубертатный период происходит осознание себя как женщины, а также выбор профессии и жизненных принципов. Репродуктивный возраст расходуется на реализацию материнства и обустройство личной жизни. К 40 годам женщина, как правило, имеет устоявшуюся личную жизнь. Накоплен значительный профессиональный и жизненный опыт. Карьерные возможности на пике. Подросшие дети оставляют время для реализации собственных желаний и интересов. Материальная база позволяет путешествовать и вести активную жизнь. Именно в это время женщина вступает в перименопаузальный период, включающий предклимактерический период, собственно климакс и менопаузу.

Климакс – естественный этап онтогенеза и является собой гормональную перестройку организма, направленную на постепенное угасание способности женщины к оплодотворению. Предклимактерический период охватывает, как правило, временной промежуток около 10 лет и характеризуется различными дисгормональными и вегетативными нарушениями, обобщенными термином предклимактерический синдром.

Несмотря на естественность этих изменений, они существенно снижают качество жизни женщины,

сказываясь на работоспособности и межличностных отношениях.

Проявления предклимактерического синдрома включают нарушение менструальной функции, психоэмоциональные и вегетативные нарушения, дисгормональные явления, косметические эффекты старения, нарушения в сексуальной сфере.

Нарушение менструальной функции проявляется задержкой менструации от 1 до 4 месяцев или частыми менструальными кровотечениями до 2-х раз в месяц, обильными или скудными менструациями, что является следствием изменения гормонального фона. Уровень эстрогенов неуклонно снижается. Нарушается процесс выработки и цикличности высвобождения рилизинг-гормонов (тиролиберина, кортиколиберина и других нейромедиаторов). Уменьшается соотношение ЛГ/ФСГ. Повышается уровень АКТГ, ТТГ, активирующих функцию надпочечников и щитовидной железы [8].

Психоэмоциональные проявления заключаются в нервозности, раздражительности, нарушении сна, физическом и умственном истощении, снижении работоспособности и концентрации внимания, нарушении памяти, забывчивости, быстрой смене настроения, склонности к депрессии, апатичности. Данные симптомы вызваны причинами нейрогуморального характера. Дефицит эстрогенов приводит к снижению общего коркового тонуса центральной нервной системы, развитию инертности нервных про-

цессов, нарушению взаимосвязи между корой больших полушарий и нижележащими нервными образованиями. Изменяется продукция нейротрансмиттеров (дофамина, серотонина, норадреналина, а также эндогенных опиатов). Нарушается симпатико-парасимпатический баланс [6].

В основе характерного проявления приливов жара при климактерическом синдроме лежит нарушение работы центра терморегуляции и сосудистого центра, расположенного в непосредственной близости от аркуатных ядер гипоталамуса.

Косметические проявления также связаны с дефицитом эстрогенов и сохранением андрогенной функции яичников. Общепризнана зависимость гистофункционального состояния кожи от нейроэндокринных влияний, в том числе от половых гормонов. Половые гормоны влияют на функцию сальных желез, тип оволосения, пигментацию, толщину кожи, задержку в ней жидкости, образование кератогиалина, коллагеновых волокон, микроциркуляцию [5]. Женщин беспокоит сухость кожи и слизистых оболочек, сухость и жжение в глазах, ломкость волос и ногтей, потеря формы груди, перераспределение жировой клетчатки по типу яблока.

Такие дизурические явления, как болезненное мочеиспускание, императивные позывы, недержание мочи патогенетически обусловлены дисфункцией нервной и эндокринной систем. Нарушение взаимосвязи между корой больших полушарий и нижележащими структурами, а также дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов приводят к несостоятельности нервной регуляции мочеиспускания. Эстрогеновая недостаточность вызывает следующие локальные изменения: сухость слизистых оболочек, дистония мускулатуры мочевого пузыря, потеря эластичности мышечных волокон.

К нарушениям сексуальной сферы относится изменение либидо, уменьшение удовлетворения от сексуальной жизни, диспареуния. Эти явления имеют сложное мультифакторное происхождение. Со стороны нервной системы причиной являются общая психоэмоциональная лабильность, а также дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Нарушение выработки эндогенных опиоидов, ответственных за ощущение удовольствия, препятствует сексуальному удовлетворению и понижает болевой порог. Со стороны эндокринной системы уменьшение продукции ФСГ снижает половое влечение, а дефицит эстрогенов приводит к сухости влагалища и потере эластичности мышечного слоя стенок влагалища и мышц тазового дна. Вегетативные нарушения ограничивают физические возможности. Немаловажную роль играет психоэмоциональный фон, сказывающийся не только на самой женщине, но и на ее партнере. Ситуацию усугубляет неуверенность в себе на почве косметических изъянов и неравновесности психики [4].

Для устранения описанных проявлений и улучшения качества жизни пациентки необходима медикаментозная коррекция. Лечение предклимактерического синдрома может быть гормональным и негормональным. Негормональная коррекция обеспечивается препаратами растительного происхождения. Эффективность лекарственных трав при умелом их употреблении доказана опытом поколений и научной медициной. Разнообразный спектр свойств растительного сырья позволяет составить комплекс из нескольких лекарственных трав, действие которых охватывает все звенья патогенеза предклимактерического синдрома. Примером такого комплексного растительного препарата является Витокан. Комплексное действие этого лекарственного средства обусловлено синергическими эффектами биологически активных веществ, входящих в его состав. В состав Витокана входят 20 трав, произрастающих в нашей климатической зоне и обладающих различными лечебными свойствами [3].

Ключевым действующим веществом являются фитоэстрогены – представители класса биофлавоноидов, проявляющие гормоноподобные, а именно – эстрогенные свойства. Фитоэстрогены содержатся в растениях и грибах в чистом виде или в качестве предшественников соединений с эстрогенной активностью. Биохимический анализ показал, что фитоэстрогены по структуре обладают определенным сходством с эндогенными эстрогенами и имеют близкую с ними молекулярную массу. Указанные свойства позволяют им связываться с эстрогенными рецепторами. Гормоноподобная активность фитоэстрогенов может быть связана, как полагают некоторые авторы, и с другими механизмами. Выявлена способность фитоэстрогенов стимулировать образование в печени глобулинов, связывающих половые стероиды [2] и таким путем модулировать биологическую активность эндогенных половых гормонов. Примером растений, входящих в состав Витокана и содержащих фитоэстрогены, может быть зверобой обыкновенный, календула аптечная, солодка голая, спорыш, хвощ полевой, чеснок, земляника лесная, шалфей лекарственный, лопух большой, Марьин корень, аир болотный.

Особо стоит упомянуть чагу, или березовый гриб, который не только является стимулятором защитных сил организма и обмена веществ, но и обладает способностью повышать активность эндогенных эстрогенов.

Стабилизация эмоционального состояния достигается благодаря нейротропному действию компонентов препарата. Зверобой и боярышник оказывают антидепрессивный и седативный эффект. Шиповник нормализует уровень катехоламинов. Марьин корень и земляника нормализуют сон. Аир и барвинок способны улучшать мозговое кровообращение и утилизацию кислорода клетками мозга. Чер-

ная смородина активирует мыслительные процессы. Чага также обладает стимулирующим действием на центральную нервную систему.

Практически все травы, входящие в состав Витокана, обладают в разной степени противовоспалительным и болеутоляющим действием, что патогенетически целесообразно при дизурии и диспареунии. Солодка голая стимулирует выработку слизи слизистыми оболочками, что удачно дополняет эстрогеноподобный эффект и ведет к увлажнению стенок влагалища и мочеиспускательного канала. Ее способность устранять спазм гладкой мускулатуры облегчает проявления диспареунии. К тому же чеснок и аир являются афродизиаками.

Гемостатические свойства зверобоя, конского щавля, калины обыкновенной, спорыша, хвоща, шиповника, барвника и черной смородины в комплексе с утеротоническим действием аира, спорыша, барвинка и Марьиного корня позволяют уменьшить потерю крови при обильных менструациях, сократить их длительность [1].

Известно, что со снижением уровня эстрогенов в организме возрастает риск сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза. Повышение онкологической заболеваемости также приходится на перименопаузальный возраст. Поэтому стоит обратить внимание на профилактику вышеуказанных состояний. Календула, конский щавель, калина, боярышник и барвинок обладают гипотензивным действием. Кардиотоническое влияние оказывает календула. Боярышник также устраняет синусовую тахикардию, снижает уровень холестерина и препятствует развитию атеросклероза. Ангиопротекторными свойствами обладает также чеснок, земляника и аир [7].

Профилактикой остеопороза может служить стимуляция минерального обмена активными веществами лопуха и содержащимися в землянике Са и Р. Чеснок также препятствует развитию этого заболевания. Черная смородина и эхинацея являются онкопротекторами.

Мочегонные свойства бессмертника песчаного, золототысячника обыкновенного, калины, хвоща, земляники, шалфея, лопуха, черной смородины и аира устраняют отеки и в некоторой мере снижают артериальное давление.

Улучшению общего самочувствия содействует нормализация пищеварения, повышение состоятельности иммунитета, нормализация сна. Конский щавель стимулирует моторику толстого кишечника, бессмертник – желудочную секрецию. Золототысячник, хвощ, зверобой, шалфей, аир и щавель обладают желчегонным эффектом. Лопух нормализует функцию поджелудочной железы. Чага и шиповник активируют ферментные системы.

Общая сопротивляемость организма повышается за счет таких мощных иммуностимуляторов, как эхинацея, чага, чеснок, шиповник, черная смородина.

Применение данного комплекса трав в предклимактерии позволяет купировать симптоматику, не вмешиваясь в естественный процесс угасания гормональной функции. Описанное лечение назначается, прежде всего, с целью улучшения качества жизни пациенток в период гормональной перестройки. Поэтому мы предлагаем сосредоточить внимание на субъективных ощущениях женщин. Целью данного исследования является определение эффективности комплексного растительного препарата Витокан в терапии предклимактерических нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 90 женщин в возрасте от 40 до 54 лет с проявлениями предклимактерического синдрома. В исследование были включены только женщины без сопутствующей гинекологической патологии (лейомиома матки, гиперплазия эндометрия, аденомиоз, новообразования яичников). Большинство женщин жаловались на приливы, повышенную потливость, нарушение менструального цикла. Задержки менструаций от 5-6 дней до 2-3 месяцев отметили 67 женщин. Сокращение менструального цикла до 23-14 дней наблюдалось у 8 женщин. Обильные кровянистые выделения и увеличение длительности менструального кровотечения до 7-9 дней беспокоили 28 женщин. Лабильность психики проявлялась нервозностью, раздражительностью, нарушениями сна, ухудшением памяти, переменчивостью настроения. Нарушения в сексуальной сфере были связаны как с изменением либидо, так и с дискомфортом при половом акте, вызванным в первую очередь сухостью во влагалище. Женщин беспокоила также быстрая утомляемость и снижение работоспособности.

В качестве комплексной негормональной коррекции предклимактерических нарушений был выбран препарат Витокан. 60 женщин основной группы принимали Витокан по 30 капель 3 раза в день на протяжении 6 месяцев. 30 женщин не получали терапию и составили группу контроля. Все 28 женщин с обильными и длительными менструациями вошли в основную группу. Существенной разницы по возрасту и распределению остальных жалоб между группами не было.

Всем женщинам было предложено вести наблюдения за собственным самочувствием и отмечать результаты наблюдения в специальном дневнике ежедневно. Интенсивность приливов, потливости и диспареунии оценивали в баллах по 10-ти бальной шкале. Аналогичной оценке подвергалось настроение и общее самочувствие. Для большей объективности уровень раздражительности и переменчивости настроения в таких же единицах было предложено оценивать одному из членов семьи каждой пациентки. При анализе полученных данных подсчет средних показателей проводился за две недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В начале исследования женщины опытной и контрольной групп оценили свое самочувствие и настроение в среднем на 2,2 и 2,4 балла соответственно. Значительное улучшение настроения и самочувствия на фоне приема Витокана начиналось уже через месяц после начала терапии и с 15 по 24 неделю исследования удерживалось на уровне 8,6-9,4 балла. Настроение и самочувствие женщин контрольной группы начало улучшаться на третьем

месяце наблюдения и через полгода достигло среднего уровня 6,8 баллов.

Ощутимое снижение интенсивности приливов отмечалось на четвертом месяце приема Витокана, в то время как в группе контроля стойкой тенденции к уменьшению приливов за 6 месяцев не установилось. В целом, за время исследования в основной группе интенсивность приливов снизилась с 9,4 до 3,2 балла. В контрольной группе этот показатель составил 9,2 балла в начале наблюдения, и 7,6 балла – в конце (рис. 1).

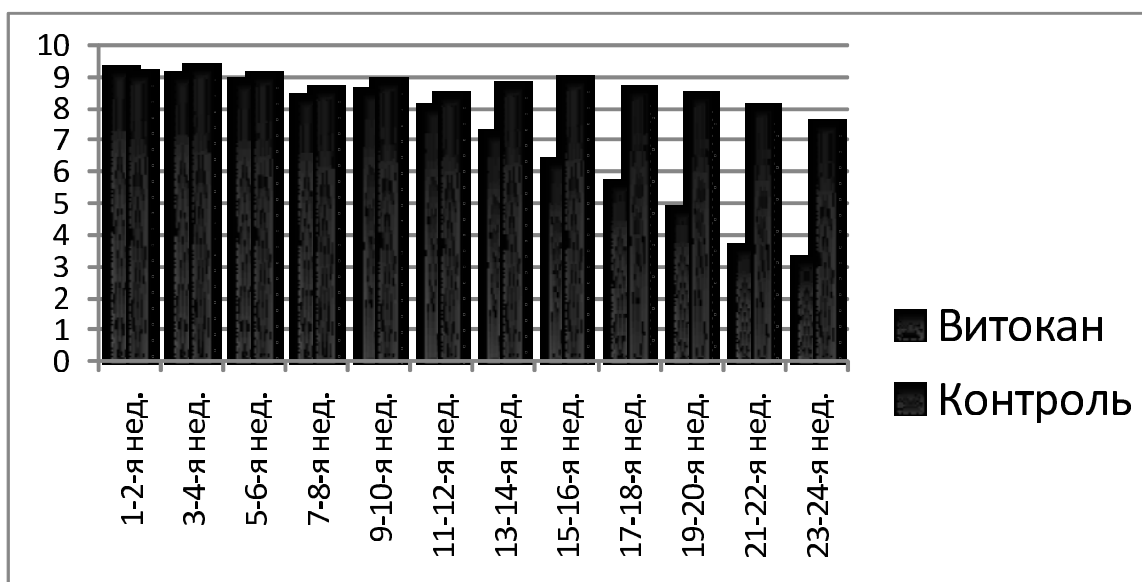


Рис. 1. Динамика интенсивности приливов в баллах на основании субъективной оценки пациенток.

Снижение потливости в ходе терапии Витоканом наблюдалось с конца второго месяца. Женщины группы контроля отметили уменьшение выраженности этого симптома лишь в начале четвертого месяца. К

концу курса лечения в основной группе удалось снизить интенсивность потливости с 8,6 до 2,2 балла. В группе контроля уровень потливости снизился с 8,8 до 5,6 балла (рис. 2).

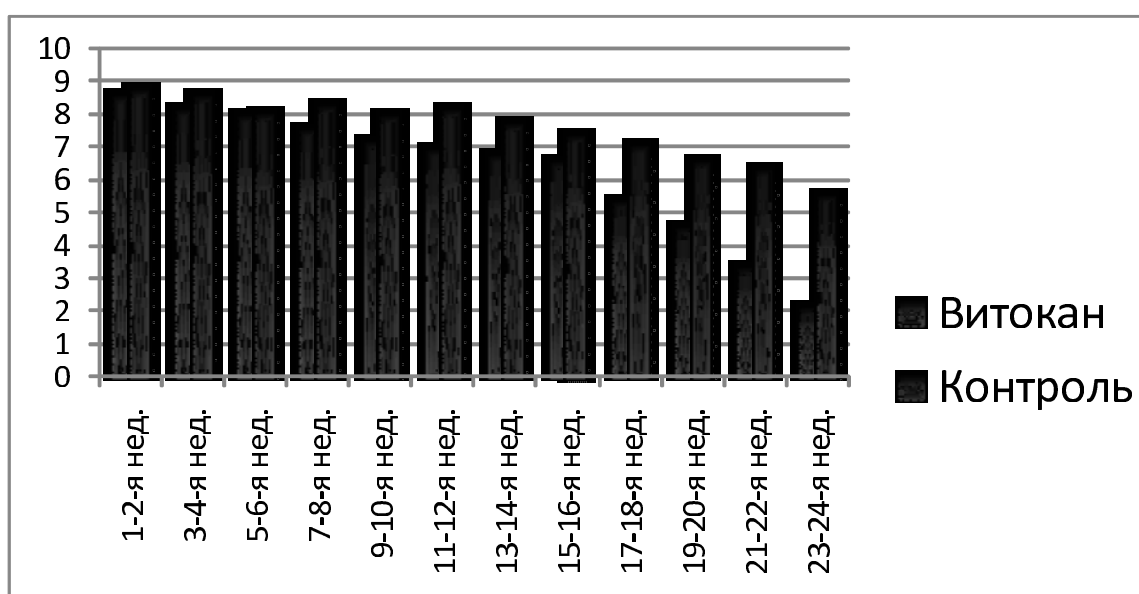


Рис. 2. Выраженность потливости в баллах на основании субъективной оценки пациенток.

Исходный уровень выраженности диспареунии составил 7,8 и 7,6 в опытной и контрольной группах соответственно. Стойкая тенденция к повышению качества половой жизни наметилась уже через 5-6 недель приема Витокана. За время исследования в основной группе удалось достичь среднего уровня интенсивности диспареунии в 1,2 балла. В группе контроля этот показатель оставался на уровне 5,8 балла.

Раздражительность и переменчивость настроения близкие пациенток опытной и контрольной групп оценили в среднем в 9,6 и 9,4 балла соответственно. Стабилизацию настроения близкие пациенток, принимавших Витокан, заметили уже через месяц и с 15 по 24 неделю исследования оценивали уровень их раздражительности в пределах 2,2-3,0 балла. По истечению 6 месяцев раздражительность пациенток группы контроля была оценена в 7,3 балла (рис. 3).

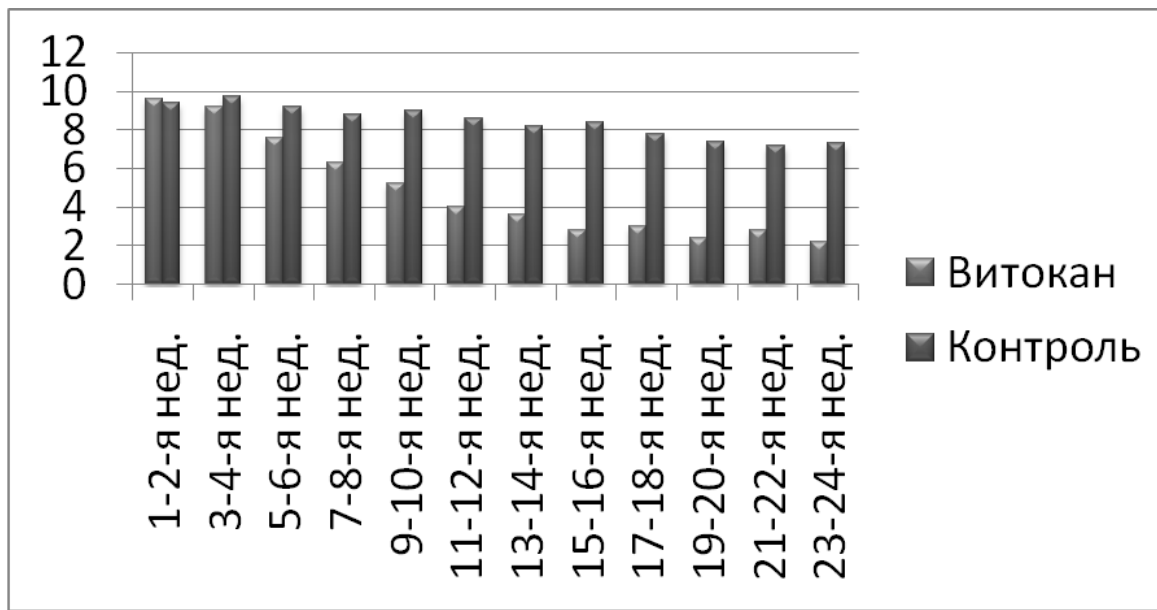


Рис. 3. Динамика раздражительности на основании субъективной оценки членов семей пациенток.

Отдельно следует отметить, что 23 из 28 женщин с обильными и длительными менструациями отметили уменьшение объема менструальных выделений и сокращение длительности менструации до 4-5 дней. Данный эффект был достигнут за 4-5 месяцев приема Витокана.

ВЫВОДЫ

1. Препарат Витокан обладает комплексным воздействием на женскую репродуктивную систему.
2. Благодаря тщательному подбору лекарственных трав действие Витокана охватывает все звенья патогенеза климактерических нарушений.
3. При систематическом и длительном использовании препарат эффективен для регуляции дисгормональных, вегетативных и психо-неврологических нарушений предклимактерического периода.
4. Для полноценной коррекции различных субъективных проявлений предклимактерического синдрома требуются разные временные промежутки.
5. Длительный и регулярный прием препарата является главным залогом успешного лечения.
6. Наиболее быстрый эффект Витокан оказывает на нарушения психоэмоционального и неврологического характера, а также нарушения половой

сферы, что приводит к наискорейшему улучшению качества жизни женщины предклимактерического периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крылов А. А. Гомеопатия для врачей общей практики / А. А. Крылов, Г. С. Крылова. – Спб. : Питер Паблишинг, 1997. – 416 с.
2. Роженко А. В. Новий підхід до корекції системних порушень у жінок з хірургічною менопаузою / А. В. Роженко // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 74–77.
3. Серова О. Ф. Факторы риска развития фиброзно-кистозной мастопатии в репродуктивном возрасте и современные подходы к ее лечению / О.Ф. Серова Серова, Е. Г. Антонова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – № 2. – С. 75–79.
4. Сидоренко Л. Н. Мастопатия: психосоматические синдромы / Сидоренко Л. Н. – Л.: Медицина, 1991. – 264 с.
5. Товстановская В. А. Новое слово в негормональной терапии фиброзно-кистозной мастопатии / В. А. Товстановская, В. Н. Воробей-Виховская // Здоровье женщины. – 2010. – № 1 (47). – С. 63–65.

6. Birge S. J. The role of estrogen in the treatment of Alzheimers disease / S. J. Birge // *Neurobiology*. – 1997. – Vol. 48 (suppl. 7). – P. 36–41.

7. Improving informed consent: pilot of a decision aid for women invited to participate in a breast cancer prevention trial (IBIS-II DCIS) / I. Juraskova, P. Butow,

A. Lopez [et al.] // *Health Expect.* – 2008. – Sep. – Vol. 11 (3). – P. 252–262.

8. Sex and depression in the national comorbidity survey. I. Lifetime prevalence, chronicity, and recurrence / R. Kessler, K. Mc Gonagle, M. Swartz [et al.] // *J. Affert. Dis.* – 1993. – Vol. 29. – P. 85–96.