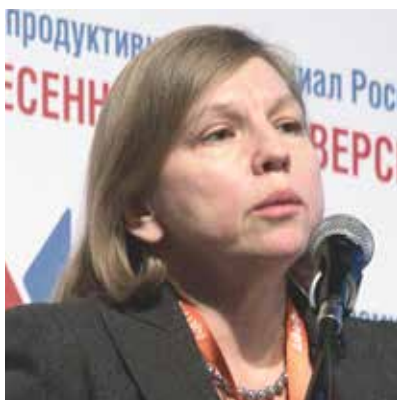


Час с экспертами. Коррекция эндокринных нарушений: новеллы XXI в.

В рамках VII Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: весенние контраверсии» 18 марта 2022 г. состоялся симпозиум, на котором выступили ведущие российские специалисты в области акушерства и гинекологии с докладами, посвященными современным методам коррекции эндокринных нарушений у женщин разного возраста. Открывая дискуссию, председатель симпозиума заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института Российского университета дружбы народов, д.м.н., профессор Виктор Евсеевич РАДЗИНСКИЙ отметил актуальность вопросов сохранения здоровья женщины. Среди них особого внимания заслуживают своевременное назначение гормональной терапии и модификация образа жизни в менопаузальном периоде, применение современных гормональных препаратов и эффективное лечение эндокринных заболеваний в репродуктивном возрасте. По словам В.Е. Радзинского, современные возможности фармакотерапии позволяют назначать женщинам в любом возрастном периоде оптимальные схемы гормонотерапии с применением эффективных и безопасных гормональных препаратов. Кроме того, сегодня активно изучается эффективность альтернативных негормональных методов терапии климактерического синдрома с использованием фитоэстрогенов – природных растительных пищевых соединений, по химической структуре и биологической активности схожих с эстрогенами человека.



Профессор, д.м.н.
М.И. Ярмолинская

Менопауза – начало новой жизни в возрастной парадигме XXI в.

XXI в. период менопаузы можно рассматривать не как завершение, а как начало новой и качественной жизни современной женщины. Менопаузальный период характеризуется снижением уровня всех половых гормонов – эстрогенов, прогестерона, андрогенов. Дефицит половых гормонов в климактерии влияет на состояние кожи, костной ткани, способствует формированию генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС). В современном мире благополучие женщины во многом зависит от ее социального и экономического статуса. Пик профессиональной карьеры для многих женщин приходится на 45–55 лет. Женщинам крайне важно сохранить хорошую физическую форму, красоту, женственность, здоровье, способность к обучению и самосовершенствованию. В настоящее время в социологии, экономике, политике, медицине используется понятие «качество жизни», обозначающее оценку некоего набора условий

и характеристик жизни пациента, обычно основанную на его собственной степени удовлетворенности этими условиями и характеристиками.

Понятие «качество жизни, обусловленное здоровьем» позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, разработаны критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- ✓ физические;
- ✓ психологические;
- ✓ уровень независимости;
- ✓ общественная жизнь;
- ✓ окружающая среда.

Без сомнений, в климактерическом периоде очень важно сохранять физическую активность, высокий уровень самооценки, эмоциональных, когнитивных возможностей, независимость, работоспособность и значимость в общественной жизни.



Сателлитный симпозиум компании «Мьюз»

Климактерический период – естественный биологический процесс перехода от репродуктивного периода к старости. Этот длительный процесс включает в себя прекращение функции яичников, последнюю регулярную менструацию, потерю способности к деторождению и дефицит эстрогенов. Менопауза – стойкое прекращение менструаций. При этом дату наступления менопаузы оценивают ретроспективно – спустя 12 месяцев отсутствия менструации. Течение климактерия может сопровождаться патологическими симптомами. Под климактерическим синдромом понимают комплекс нервно-психических, вегетососудистых и обменно-трофических нарушений, представляющих собой индивидуальную реакцию на сниженный уровень эстрогенов. В переходном периоде женщины с климактерическим синдромом обращаются к специалистам по поводу приливов жара, изменения настроения, усталости, раздражительности, тревоги, напряжения, ассоциированных с эстрогенным дефицитом. Не исключены артериальная гипертензия, нарушение сна и концентрации внимания, боль в суставах. Уменьшение концентрации эстрогенов в сыворотке крови приводит к ухудшению состояния кожи, волос и ногтей, истончению и сухости слизистой оболочки влагалища, недержанию мочи, сексуальным нарушениям, а также увеличению массы тела и/или изменению пропорций тела. Известно несколько фаз климактерия: период менопаузального перехода, менопауза и постменопауза. Различают фазы раннего и позднего постменопаузального периода. К настоящему моменту разработана классификация климактерических расстройств в зависимости от времени возникновения симптомов. К ранним симптомам (первая группа) относят вазомоторные (приливы жара, озноб, повышенную потливость, головную боль, гипо- и гипертензию, учащен-

ное сердцебиение) и эмоционально-вегетативные (раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессию и др.). Средневременные симптомы (вторая группа) включают в себя ГУМС (сухость во влагалище, боль при сношении, зуд и жжение, цисталгию, недержание мочи) и нарушения состояния кожи и ее придатков (сухость и ломкость ногтей, волос, появление морщин). Как правило, данные симптомы возникают через пять-шесть лет от момента наступления менопаузы. Поздние симптомы (третья группа) формируются вследствие развития обменных нарушений (сердечно-сосудистые заболевания (атеросклероз), постменопаузальный остеопороз, болезнь Альцгеймера).

Современная классификация STRAW +10 позволяет исследовать этапы старения репродуктивной системы женщин, расширяя возможности выбора и коррекции гормональной или альтернативной заместительной терапии. Определение этапов старения – ключевой момент при выборе препаратов для лечения патологических проявлений менопаузы.

После наступления менопаузы различные нейровегетативные и психоэмоциональные проявления могут продолжаться в течение 10–15 лет и крайне негативно влиять на качество жизни пациенток. Так, приливы жара ухудшают настроение, препятствуют концентрации внимания, значительно снижают работоспособность, повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также способствуют развитию ишемии и процессов старения мозга. Кроме того, число объективно регистрируемых приливов коррелирует с продолжительностью сна, объемом словарного запаса и качеством вербальной памяти.

Существует два основных подхода к терапии климактерического синдрома – менопаузальная гормональная терапия (МГТ) и альтернативная негормональная терапия.

Альтернативная негормональная терапия – метод терапии климактерических нарушений, характеризующийся сходным с гормональной терапией механизмом действия, но не вызывающий пролиферативной активности в миометрии и эндометрии, молочной железе и не оказывающий негативного влияния на тромбогенный потенциал. Это препараты, изготовленные из природных компонентов, лишенные аллергических и токсических эффектов, синдрома отмены, привыкания. Альтернативные негормональные методы лечения климактерического синдрома показаны при имеющихся противопоказаниях к назначению МГТ, тяжелой соматической патологии, отказе женщины от приема гормональных препаратов, в частности из-за гормонофобии.

Согласно новым российским клиническим рекомендациям «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», у пациенток с абсолютными или относительными противопоказаниями к МГТ могут использоваться препараты растительного происхождения и биологически активные добавки, оказывающие положительный терапевтический эффект в отсутствие рисков, характерных для МГТ¹. Одним из эффективных средств поддержания здоровья женщины во время менопаузы является уникальный комплекс натуральных растительных ингредиентов NOW Менопауза Саппорт. В его состав входят дягиль лекарственный, листья малины, экстракт витекса священного, клевер луговой, экстракт цимицифуги, изофлавоны сои, дикий ямс, солодка гладкая, имбирь аптечный, 5-гидрокситриптофан из гриффонии простолитной. Данный комплекс положительно воздействует на основные проявления менопаузального синдрома: вазомоторные нарушения, психоэмоциональные расстройства, нарушения со стороны мочеполовой системы. Применение комплекса натуральных

¹ Клинические рекомендации Минздрава России «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021.

растительных ингредиентов NOW Менопауза Саппорт улучшает качество жизни женщин в перименопаузальном периоде. Комплекс считается оптимальным вариантом альтернативной менопаузальной терапии.

Профессор М.И. Ярмолинская остановилась на проблеме развития остеопороза у женщин в результате гормональной перестройки и неизбежных процессов старения. Остеопороз – тяжелое заболевание скелета, характеризующееся низкой костной массой и нарушением микроархитектуры костной ткани, приводящее к снижению прочности кости и увеличению риска переломов.

В настоящее время в мире свыше 200 млн человек страдают остеопорозом. Согласно подсчетам, в России 14 млн человек (10% населения страны) имеют остеопороз, еще 20 млн – остеопению. Таким образом, в России в группу потенциального риска остеопоротических переломов входит 24% (34 млн) жителей. При этом каждую минуту в стране у лиц старше 50 лет происходит семь переломов позвоночника, каждые пять минут – перелом шейки бедра. Один остеопоротический перелом наблюдается у каждой третьей женщины в возрасте старше 50 лет. Не случайно профилактика остеопороза признана стратегическим направлением в поддержании здоровья женщин.

Сегодня хорошо известны факторы риска постменопаузального остеопороза. Наличие предшествующих переломов в анамнезе, произошедших при минимальной травме, – более значимый фактор риска остеопороза и остеопоротических переломов, чем минеральная плотность кости. Кроме того, к факторам риска относят возраст старше 65 лет, низкую минеральную плотность кости, женский пол, семейный анамнез остеопороза и переломов шейки бедра, позднее менархе (старше 16 лет), раннюю или преждевременную менопаузу, низкую массу тела, пе-

риоды аменореи и/или олигоменореи, бесплодие (ановуляция), системный прием глюкокортикостероидов (более трех месяцев), этническую принадлежность (европеоидная или монголоидная раса). Риск развития остеопороза увеличивает наличие ряда соматических заболеваний, прежде всего сахарного диабета 2-го типа, ревматоидного артрита и целиакии.

Факторами, предрасполагающими к развитию остеопороза, также являются низкое потребление кальция и витамина D, курение, алкоголизм, малоподвижный образ жизни, длительная иммобилизация, злоупотребление кофеином, склонность к падениям.

Об остеопорозе свидетельствуют следующие симптомы:

- ✓ боль в спине, усиливающаяся при стоянии и уменьшающаяся при принятии горизонтального положения;
- ✓ уменьшение роста вследствие переломов;
- ✓ переломы шейки бедра, тел позвонков, лучевой кости;
- ✓ «вдовий горб» – искривление позвоночника вперед.

Накопленные данные показывают, что при постменопаузальном остеопорозе происходит ремоделирование костной ткани. Основной причиной развития постменопаузального остеопороза является снижение уровня эстрогенов, участвующих в метаболизме костной ткани, приводящее к костной резорбции.

Для поддержания плотности костей и устранения дефицита кальция в организме применяют витаминно-минеральные комплексы, в состав которых входят кальций на основе микрокристаллического гидроксиапатита, витамин D₃, витамин K₂, магний, медь, цинк, бор, марганец. Микрокристаллический гидроксиапатит, содержащийся в матриксе костей, зубов, обеспечивает высокое усвоение кальция и фосфора. Витамин D₃ также усиливает всасывание кальция и фосфора, а витамин K₂ участвует в формировании костной ткани и препятствует патологи-

ческой минерализации сосудов, способствует высокому усвоению кальция. Магний, действуя вместе с кальцием, повышает минеральную плотность костной ткани. При дефиците магния преобладает кальций, что может вызвать его отложение в стенках сосудов и внутренних органов. В свою очередь медь, бор, цинк, марганец необходимы для хорошего обмена веществ в костной ткани.

Now Foods Бон Стрейнч – уникальный витаминно-минеральный комплекс для поддержания плотности костной ткани, устранения дефицита кальция и витамина D₃ в организме, а также предотвращения кальциноза сосудов. Комплекс содержит необходимые для костной системы компоненты – кальций в форме гидроксиапатита и витамин D₃ для его лучшего усвоения, магний и витамин K₂ для закрепления кальция в костях, растворения кальциевых отложений, выведения избытка кальция из организма, микроэлементы (медь, цинк, бор, марганец) для улучшения обмена веществ в костной ткани. Кроме того, комплекс Now Foods Бон Стрейнч содержит экстракт хвоща полевого (источник органического кремния) и витамин С для образования коллагена.

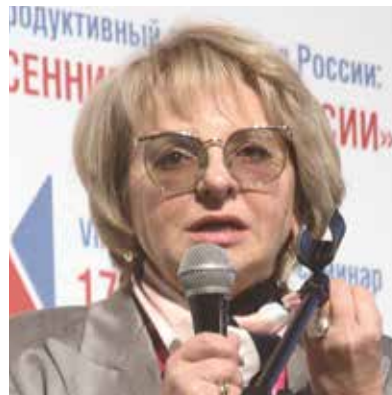
Показаниями к применению комплекса Now Foods Бон Стрейнч служат недостаток кальция и магния, минерализация костной ткани, остеопороз, остеопения, хрупкость ногтей, выпадение волос.

В заключение профессор М.И. Ярмолинская подчеркнула необходимость ранней профилактики осложнений климактерического синдрома, в частности остеопороза. Поддержание здорового образа жизни, сохранение регулярной физической активности, сбалансированное питание, применение современных методов лечения позволяют женщинам в менопаузальном периоде избежать серьезных осложнений и сохранить высокое качество жизни.

**Гормонофобия – неизжитая «пещерность» врачей и пациенток.
Негормональная коррекция климактерических расстройств**

Доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования медицинского института Российского университета дружбы народов, к.м.н. Ольга Ивановна КЛИМОВА рассказала об укоренившихся предрассудках в отношении гормональной терапии среди россиянок и представила данные об использовании альтернативных методов негормональной терапии климактерических расстройств. Проблему гормонофобии можно рассматривать с позиции так называемой теории поколений, которую предложили в 1990-е гг. американские ученые и маркетологи. Согласно теории поколений, ценности, поведение и взгляды на жизнь людей, которые росли в разных исторических эпохах, отличаются. Определенные циклы сменяются каждые 20 лет. Рассматривая данную теорию в историческом контексте нашей страны, можно выделить поколение X. К нему относятся люди, родившиеся в 1963–1983 гг. Представители этого поколения независимы и автономны, их называют детьми с ключом на шее. Постоянная занятость родителей, непростые условия жизни, исторические события (холодная война, война в Афганистане, перестройка, распад Советского Союза) сделали этих детей самостоятельными личностями. Они отличаются готовностью к изменениям, неформальностью взглядов, прагматизмом. Именно к этому поколению относятся женщины, которым сейчас 42–57 лет. Они сами принимают решения в отношении своего здоровья, обращаясь за медицинской помощью только в том случае, когда не могут справиться с проблемой. Большинство из них предвзято относятся к гормональной терапии. Причиной и следствием гормонофобии являются также многочисленные лженаучные публикации

и распространение недостоверной информации в социальных сетях. Возможно, данная ситуация вызвана низкой информированностью женщин о гормонотерапии. Однако при этом настороженно к МГТ относятся не только пациентки, но и многие врачи. Между тем климактерический синдром у женщин – тяжелое бремя для всех органов и систем организма. По данным исследований, в период пери- и менопаузы у 85% женщин наблюдаются приливы в течение четырех-пяти лет, у 75% – повышенная эмоциональность. У половины женщин в этом периоде развивается ГУМС, у 13% – астено-невротический синдром, у 10% – депрессия. В отсутствие адекватного лечения климактерический синдром может привести к развитию серьезных осложнений, таких как сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, инсульт), сахарный диабет 2-го типа, ожирение, остеопороз, когнитивные нарушения. Безусловно, золотым стандартом лечения климактерического синдрома считается МГТ. Каким должно быть лечение при наличии противопоказаний к МГТ или нежелании принимать гормональные препараты? По мнению докладчика, в таких случаях для купирования менопаузальных вазомоторных симптомов легкой и средней тяжести рекомендуется принимать лекарственные препараты и биологически активные добавки, содержащие фитоэстрогены¹. Фитоэстрогены – природные растительные соединения, которые благодаря своей структуре, сходной с эстрадиолом, могут вызывать эстрогеноподобный эффект. К фитоэстрогенам относятся флавоны, изофлавоны, лигнаны, куместаны. Флавоны содержатся в сельдерее, петрушке, чабреце, цитрусовых, изофлавоны (генистеин, даидзеин, биоханин А, формонетин) – в бобовых культурах (соя, горох)



К.м.н.
О.И. Климова

и красном клевере, лигнаны – представители нефлавоноидных фитоэстрогенов – в масличных растениях, семенах льна, отрубях, цельных зернах, бобовых, овощах и фруктах. Высокая концентрация куместанов отмечается в горохе, фасоли, ростках люцерны и клевера. NOW Менопауза Саппорт – комплексный препарат для женщин во время менопаузы, разработанный на основе натуральных компонентов растительного происхождения. Препарат выпускается в капсулах, содержащих:

- ✓ корень дудника китайского;
- ✓ лист малины красной;
- ✓ изофлавоны сои;
- ✓ лист клевера лугового;
- ✓ корень солодки гладкой;
- ✓ экстракт корня цимицифуги;
- ✓ экстракт корня ямса дикого;
- ✓ корень имбиря аптечного;
- ✓ 5-НТР (5-гидрокситриптофан) из гриффонии простолоистой.

Интересно, что корень солодки, который в нашей стране используют как отхаркивающее средство, также относится к фитогормонам и обладает сильным иммуностимулирующим, болеутоляющим и адаптогенным действием. О.И. Климова подчеркнула, что компоненты комплексного препарата NOW Менопауза Саппорт взаимно дополняют и потенцируют эффекты друг друга, обеспечивая многоцелевое воздействие на нарушение женского здоровья. Комплекс фитоэстрогенов способствует нормализации менструального цикла, снижению выра-

женности мастодинии, частоты приливов, облегчению симптомов климактерического и предменструального синдромов².

Как уже отмечалось, у женщин в климактерическом периоде часто развиваются нарушения нервной системы, депрессивные состояния. Корень имбиря, входящий в состав препарата NOW Менопауза Саппорт, способствует улучшению внимания и когнитивных функций, оказывает тонизирующее действие. В свою очередь 5-гидрокситриптофан характеризуется выраженными антидепрессивными свойствами, нормализует процессы засыпания и сна, улучшает настроение, регулирует аппетит, повышает болевой порог, корректирует психоэмоциональные нарушения в пре- и менопаузе.

Фитоэстрогены активно участвуют в обменных процессах костной ткани, стимулируют развитие остеобластов, снижают резорбцию костной ткани. Фитоэстро-

гены считаются эффективным средством профилактики постменопаузального остеопороза.

Одними из самых тяжелых симптомов климактерического синдрома являются вагинальная атрофия и ГУМС. В основе подобных состояний лежат постепенное угасание функции яичников и обусловленный этим эстрогенный дефицит. Симптомы вагинальной атрофии и ГУМС негативно влияют не только на здоровье женщин, но и на их социальную жизнь, работу, личное благополучие. Многие пациентки не обращаются за медицинской помощью, считая свое состояние естественным процессом старения. Другими причинами не обращения за медицинской помощью являются чувство стыда и опасения назначений гормональной терапии.

Между тем сегодня для контроля признаков и снижения выраженности симптомов вульвовагинальной атрофии у женщин в постменопа-

узе существуют эффективные методы, в частности использование жидкой гиалуроновой кислоты³.

В клинической практике встречаются случаи присоединения к ГУМС дистрофических заболеваний вульвы. В таких ситуациях важно купировать симптомы вульвовагинальной атрофии и восстановить лубрификацию влагалища. Доказана эффективность метода, основанного на применении аутологичной плазмы. Такой метод может составить альтернативу топическим глюкокортикостероидам при дистрофических вульвовагинальных аутоиммунных заболеваниях.

Подводя итог, О.И. Климова отметила, что главная задача врача при ведении пациенток в климактерическом периоде – обеспечить безопасность терапии и оптимальное качество жизни, чтобы они получали от жизни удовольствие и не боялись старости.



К.м.н.
А.В. Борисова

Синдром поликистозных яичников – фертильность под вопросом. Нюансы диагностики и лечения

как наследственными факторами, так и факторами внешней среды. Патогенез СПКЯ представляется чрезвычайно сложным, и, несмотря на огромное количество предложенных теорий его развития, ни одна из них не раскрыла до конца причину возникновения заболевания. В основе патогенеза СПКЯ выделяют нарушения четырех различных отделов нейроэндокринной системы, каждое из которых может претендовать на стартовую роль. Речь прежде всего идет о нарушениях на уровне гипоталамо-гипофизарной системы, яичников, надпочечников и периферических инсулинчувствительных тканей.

По данным исследований, проявления СПКЯ можно проследить от внутриутробного развития до менопаузы. Вследствие фетального программирования уже в детском

возрасте у девочек наблюдаются преждевременные адренархе и пубархе, инсулинорезистентность, чрезмерная прибавка массы тела, дисфункция жировой ткани. В пубертатном периоде у девочек появляются нерегулярные менструации, висцеральное ожирение, переходящие в репродуктивном возрасте в проблемы с вынашиванием беременности, бесплодие, дислипидемию и нарушения углеводного обмена. В старшей возрастной группе СПКЯ приводит к развитию сахарного диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний и рака эндометрия. Метаболический синдром у пациенток с СПКЯ снижает шансы наступления беременности и негативно влияет на результаты экстракорпорального оплодотворения. При наступлении беременности СПКЯ

² Радзинский В.Е. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. М., 2008.

³ Stute P. Is vaginal hyaluronic acid as effective as vaginal estriol for vaginal dryness relief? Arch. Gynecol. Obstet. 2013; 288 (6): 1199–1201.



Сателлитный симпозиум компании «Мьюз»

повышает риск невынашивания беременности. Женщины с СПКЯ имеют высокий риск развития осложнений во время беременности, таких как гестационный сахарный диабет, преэклампсия и преждевременные роды. Дети, рожденные женщинами с СПКЯ, имеют более высокий риск заболеваемости и смертности.

Согласно консенсусу рабочей группы Европейского общества репродуктологии и эмбриологии и Американского общества репродуктивной медицины (ESHRE/ASRM), критерии диагностики СПКЯ включают олигоановуляцию, гиперандрогению и поликистозную морфологию яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Наличие хотя бы двух из перечисленных критериев после исключения иных состояний позволяет верифицировать диагноз СПКЯ. На основании критериев диагностики Национального института здравоохранения США (NIH) 2012 г. выделяют четыре фенотипа СПКЯ:

- 1) классический – наличие гиперандрогении, олигоановуляции и УЗИ-признаков СПКЯ;
- 2) ановуляторный – сочетание гиперандрогении и олигоановуляции без УЗИ-признаков СПКЯ;
- 3) овуляторный – присутствие гиперандрогении и УЗИ-признаков СПКЯ, но при регулярном овуляторном цикле;
- 4) неандрогенный – при хронической олигоановуляции и УЗИ-признаках СПКЯ, но без клинических или биохимических проявлений гиперандрогенемии⁴.

Диагностика СПКЯ основана на регистрации клинических и лабораторных проявлений гиперандрогении, оценке менструальной, овуляторной функции, а также морфологии яичников. В настоящее время рекомендуется проводить исследования концентраций общего тестостерона с помощью

жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией. Для верификации СПКЯ в сыворотке крови определяют уровни общего и свободного тестостерона. Дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА-С) и андростендион считаются вспомогательными маркерами биохимической гиперандрогении при СПКЯ, их оценивают при повышении концентрации общего и свободного тестостерона⁵. Итак, диагностика СПКЯ должна включать:

- гормональный анализ крови на 3–7-й день менструального цикла (фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, пролактин, тестостерон, инсулин, глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ), 17-гидроксипрогестерон, ДГЭА-С);
- биохимический анализ крови (холестерин, липопротеины низкой плотности, высокой плотности, триглицериды, глюкоза в плазме натощак);
- фолликулометрию в течение трех менструальных циклов;
- оценку уровня гликемии (пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы или оценка уровня гликированного гемоглобина).

Следует отметить, что уровень антимюллера гормона не является критерием постановки диагноза СПКЯ. Кроме того, УЗИ-критерии СПКЯ не должны использоваться у девочек с гинекологическим возрастом менее восьми лет: высокая частота встречаемости мультифолликулярных яичников на этом этапе жизни считается нормой. Критерии УЗИ-диагностики СПКЯ: более 12 фолликулов диаметром 2–9 мм и/или увеличение овариального объема более 10 см³. Для диагностики СПКЯ достаточно, если данным критериям отвечает хотя бы

один яичник. При обнаружении доминантного фолликула (более 10 мм в диаметре) или желтого тела УЗИ нужно повторить в следующем цикле. Последние данные свидетельствуют об обязательном определении уровня витамина D, особенно у пациенток с ожирением, резистентностью к инсулину и низким уровнем антимюллера гормона и ГСПГ.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) считаются препаратами первой линии у пациенток с СПКЯ. Целесообразно назначать КОК после коррекции инсулинорезистентности. Оптимальная схема терапии предполагает применение КОК с дроспиреноном и фолиевой кислотой в течение 6–12 месяцев, в том числе для подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ). Антиандрогены рекомендуются только при плохой переносимости или противопоказаниях к КОК.

В исследованиях убедительно показано, что у пациенток с СПКЯ дроспиренон оказывает более сильное влияние на концентрацию ГСПГ и общего холестерина в сыворотке крови, чем диеногест и хлормадион⁶.

Исследование, проведенное в 2019 г., показало, что использование фолиевой кислоты значительно снижает уровень инсулина и гомоцистеина, который коррелирует с уровнем инсулина натощак и индексом НОМА. Таким образом, назначение фолатов пациенткам с СПКЯ способствует снижению риска развития сахарного диабета 2-го типа и других нарушений углеводного обмена⁷.

У пациенток с СПКЯ часто развиваются тревожно-депрессивные расстройства. Бесплодие, гирсутизм, ожирение усугубляют депрессивные проявления. Поэтому подход к лечению пациенток с СПКЯ должен быть мультидис-

⁴ Final Report National Institute of Health. Evidence-based Methodology Workshop on Polycystic Ovary Syndrome December 3–5, 2012.

⁵ Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F., et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum. Reprod. 2018; 33 (9): 1602–1618.

⁶ Morgante G., Cappelli V., Troia L., De Leo V. Evaluation of different antiandrogenic progestins on clinical and biochemical variables in polycystic ovary syndrome. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2020; 25 (3): 176–181.

⁷ Lind M.V., Lauritzen L., Kristensen M., et al. Effect of folate supplementation on insulin sensitivity and type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Am. J. Clin. Nutr. 2019; 109 (1): 29–42.

циплинарным и включать психологическое консультирование.

Для профилактики тревожно-депрессивных расстройств пациенткам с СПКЯ можно назначать 5-гидрокситриптофан – аминокислоту, предшественник серотонина. Она также является промежуточным веществом в метаболизме триптофана, одной из важнейших аминокислот. Препараты, содержащие 5-гидрокситриптофан, стимулируют образование бета-эндорфинов, способствуют восстановлению нормального сна, регуляции аппетита, помогают избавиться от депрессии. Модификация образа жизни и лечение ожирения должны предшествовать индукции овуляции. В мире для лечения ановуляторного бесплодия применяют нестероидный ингибитор ароматазы – летрозол. В России его назначают только после подписания информированного согласия пациентки. В клинической практике используют кломифен 50–100 мг/сут в течение пяти дней начиная с 2–5-го дня спонтанного или индуцированного менструального цикла. Стимуляция овуляции гонадотропинами и лапароскопия выступают в качестве второй линии терапии при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения. Коррекция эндокринных нарушений считается приоритетным направлением при ведении пациенток с СПКЯ. Терапия направлена на коррекцию инсулинорезистентности, гиперандрогении, ликвидацию гонадотропной дисфункции, восстановление второй фазы цикла или контролируемую индукцию овуляции. Кроме того, важными направлениями терапии являются контроль уровня и коррекция дефицита витамина D.

В исследованиях последних лет доказано влияние снижения массы тела пациенток с СПКЯ на функцию репродуктивной системы. Так, потеря массы тела на 5–10% от исходного в течение шести месяцев снижает уровни андрогенов, инсулина и восстанавливает овуляцию и репродуктивную функцию у 75% пациенток с СПКЯ и избыточной массой тела.

Для коррекции ожирения при СПКЯ пациенткам рекомендуют соблюдать низкокалорийную диету, заниматься физическими упражнениями, а также назначают лираглутид, метформин, орлистат.

К настоящему моменту опубликовано множество исследований влияния пиколината хрома на индекс массы тела у пациенток с СПКЯ. Систематический обзор и метаанализ семи рандомизированных клинических исследований показали, что добавление пиколината хрома к комплексной терапии пациенток с СПКЯ способствует значительному снижению индекса массы тела, а также концентрации свободного тестостерона и уровня инсулина натощак. Поэтому пиколинат хрома применяют для коррекции ожирения наряду с другими препаратами⁸. Для коррекции инсулинорезистентности пациенткам с СПКЯ назначают метформин и инозитол. В ведущих международных рекомендациях прописано, что инозитол положительно влияет на овуляцию и менструальный цикл у пациенток с СПКЯ и его следует рассматривать как дополнительную терапию.

Инозитол – биологически активное вещество, входящее в состав клеточных мембран. Ранее его называли витамином B₈, поскольку по своему строению и свойствам он близок к витаминам группы B. Большая часть инозитола выра-

батывается в некоторых тканях организма из глюкозы, поэтому в настоящее время его принято относить не к витаминам, а к минорным и биологически активным веществам с установленным физиологическим действием. Доказано, что инозитол синтезируется в печени, почках и с током крови попадает во все клетки организма. В ряде исследований доказана роль инозитола в развитии эмбриона и профилактике макросомии плода, потенцировании овуляции и лечении бесплодия, связанного с СПКЯ. Инозитол эффективен в комплексной терапии депрессии, восстановлении структуры нервной ткани, нормализации сна. К тому же инозитол оказывает нефропротективное и гепатопротективное действие и демонстрирует синергизм с фолатами и другими нутриентами⁹.

Влияние инозитола на репродуктивную функцию реализуется за счет участия в сигнальных каскадах белковых рецепторов гормонов гонадотропина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов. Благодаря взаимодействию со специфическими белками, участвующими в функционировании репродуктивной системы и развитии эмбриона, инозитол влияет на инвазию трофобластов при закреплении бластоцисты, функцию яичников, качество ооцитов и развитие плаценты¹⁰.

В систематическом обзоре 12 рандомизированных клинических исследований анализировали данные 985 пациенток с СПКЯ, принимавших мио-инозитол 2–4 г/сут в течение 8–24 недель. Показано, что инозитол благотворно влияет на восстановление эндокринного и метаболического профиля, а также восстанавливает функцию яичников и улучшает результаты ВРТ¹¹.

⁸ Fazelian S., Rouhani M.H., Bank S.S., Amani R. Chromium supplementation and polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. J. Trace Elem. Med. Biol. 2017; 42: 92–96.

⁹ Лиманова О.А., Громова О.А., Торшин И.Ю. и др. Систематический анализ молекулярно-физиологических эффектов мио-инозитола: данные молекулярной биологии, экспериментальной и клинической медицины. Эффективная фармакотерапия. 2013; 28: 32–41.

¹⁰ Чернуха Г.Е., Удовиченко М.А., Найдуква А.А. Механизмы формирования инсулинорезистентности при синдроме поликистозных яичников и терапевтические эффекты мио-инозитола. Доктор.Ру. 2019; 11 (166): 55–60.

¹¹ Unfer V., Nestler J.E., Kamenov Z.A., et al. Effects inositol(s) in women with PCOS: a systematic review of randomized controlled trials. Int. J. Endocrinol. 2016; 2016: 1849162.

Сателлитный симпозиум компании «Мьюз»

В другом исследовании оценивали эффективность мио-инозитола 4 г/сут у 112 пациенток с бедным овариальным ответом. Анализ данных исследования продемонстрировал, что прием инозитола в течение месяца ассоциируется с повышением частоты оплодотворения и качества эмбрионов, а следовательно, с повышением вероятности беременности у женщин с бедным овариальным ответом¹².

Ученые оценивали эффективность применения инозитола во время беременности. Метаанализ трех клинических исследований с участием 595 пациенток с высоким риском развития гестационного сахарного диабета, получавших инозитол 4 г/сут на протяжении всей беременности, показал, что прием инозитола во время беременности абсолютно безопасен. На фоне его применения снижаются риск раз-

вития преждевременных родов, гестационного сахарного диабета и риск макросомии плода¹³.

Монопрепарат NOW Инозитол в качестве действующего вещества содержит 500 мг мио-инозитола. NOW Инозитол назначают для лечения СПКЯ, при подготовке к беременности и ВРТ. Препарат можно комбинировать с другими лекарственными средствами, назначаемыми на этапе прегравидарной подготовки. На фоне терапии СПКЯ с включением препарата NOW Инозитол снижается риск нарушения обмена веществ, улучшается функция яичников. Удобная форма выпуска и дозирования препарата позволяет назначить лечение в необходимой дозе в зависимости от клинической ситуации. Таким образом, использование мио-инозитола – перспективное нутритивное направление в сопровождении комплексной терапии СПКЯ.

Если методы консервативного лечения СПКЯ не дали положительного эффекта, переходят к второй линии терапии – хирургическому вмешательству. У женщин с СПКЯ и бесплодием рекомендуется проведение лапароскопии при резистентности к кломифенцирату, высоком уровне лютеинизирующего гормона и других показаниях. Эффективность лапароскопического дреллинга и применения гонадотропинов сопоставима. Для достижения эффекта при СПКЯ достаточно четырех пункций яичника. Большое число ассоциируется с возрастанием преждевременной овариальной недостаточности. 50% пациенток после лапароскопии требуется индукция овуляции. При неэффективности стимуляции овуляции и лапароскопии у женщин с СПКЯ и бесплодием используют ВРТ.

Доброкачественная дисплазия молочной железы: прогнозирование, возможности профилактики и лечения

Доброкачественная дисплазия молочной железы (ДДМЖ) относится к группе заболеваний, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы. В соответствии с российскими нормативными документами, контролировать состояние молочной железы женщины должен акушер-гинеколог, которому отводится основная роль в проведении первичного обследования и раннего выявления заболеваемости молочной железы. По словам доцента, заведующей маммологическим отделением ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, к.м.н. Марины Львовны ТРАВИНОЙ, увеличение заболеваемости раком молочной железы среди женщин молодого

возраста требует усовершенствования алгоритма их обследования и более пристального внимания к данной проблеме.

Соблюдение акушером-гинекологом поэтапного обследования молочной железы позволяет своевременно выявлять в ней патологические изменения и направлять пациентку на дообследование. Клинический осмотр врачом акушером-гинекологом молочной железы прежде всего предусматривает опрос пациентки, сбор анамнеза, информации о времени последнего рентгенологического исследования или УЗИ, рассмотрение жалоб. Кроме того, врач обязан провести пальпацию молочной железы и аксиллярных лимфатических узлов, определить наличие или отсутствие выделений из соска.



К.м.н.
М.Л. Травина

Метод балльной оценки клинического осмотра молочной железы, разработанный российскими авторами, помогает сформировать четкий алгоритм действий в каждом конкретном случае. Метод основан на систематизации симптомов в зависимости от их наличия и выраженности в баллах от 0 до 4. Оценивают все этапы клинического осмотра: жалобы пациентки, внешние симптомы,

¹² Nazari L., Salehpour S., Hosseini S., et al. Effect of myo-inositol supplementation on ICSI outcomes among poor ovarian responder patients: a randomized controlled trial. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 2020; 49 (5): 101698.

¹³ Santamaria A., Alibrandi A., Di Benedetto A., et al. Clinical and metabolic outcomes in pregnant women at risk for gestational diabetes mellitus supplemented with myo-inositol: a secondary analysis from 3 RCTs. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 219 (3): 300.e1–300.e6.

результаты пальпации ткани молочной железы, выделения или их отсутствие. Так, отсутствие жалоб на проявления клинических симптомов в молочной железе определяется как 0 баллов, при их наличии женщина сама определяет выраженность симптомов от 0 до 4 баллов.

При общей сумме 0 баллов оснований для внепланового обследования пациентки нет. При сумме от 1 до 2 баллов необходима консультация гинеколога, от 3 баллов и более рекомендуются дополнительные инструментальные обследования (по возрасту) и консультация онколога-маммолога. В частности, УЗИ можно проводить в любом возрасте. При инструментальных исследованиях используют систему оценки Американского колледжа радиологии (American College of Radiology, ACR) для кодирования выявленных симптомов и их прогноза по классификации BI-RADS и отдельно для описания плотности тканей молочной железы по ACR. В ходе комплексного обследования применяют методы лучевой диагностики, такие как рентгеновская маммография, УЗИ и магнитно-резонансная томография. Несмотря на широкую доказательную базу, в ряде случаев для выявления патологических изменений в ткани молочной железы недостаточно одного исследования. Степень информативности и чувствительности методов различна. Каждый метод имеет свои преимущества. Не случайно при использовании комбинированных методов качество диагностики новообразований в молочной железе повышается.

Высокоинформативным диагностическим методом признана контрастная двухэнергетическая спектральная маммография (CESM). Это исследование с контрастным усилением позволяет определить очаги ангиогенеза, на-

личие патологического кровотока и оценить распространенность процесса.

На сегодняшний день в мире распространенность ДДМЖ крайне высока. Около 75% женщин имеют определенную степень гиперплазии молочной железы. При этом только примерно у 20% женщин наблюдаются клинические симптомы¹⁴. Поздняя диагностика и отсутствие лечения доброкачественных фиброзно-кистозных изменений в молочной железе повышают риск прогрессирования пролиферативных процессов в ее ткани, что приводит к развитию злокачественного заболевания. Пролiferация эпителия в большинстве случаев начинается в терминальных протоках – гиперпластические изменения экстрадольковых (протоковая гиперплазия) и/или внутридольковых (дольковая гиперплазия) протоков.

М.Л. Травина отметила, что своевременное назначение терапии при ДДМЖ – важная профилактическая мера, предупреждающая развитие рака молочной железы. Возможным вариантом лечения женщин с ДДМЖ является индол-3-карбинол – органическое соединение, которое содержится в растениях семейства крестоцветных. Индол-3-карбинол действует на основные звенья патогенеза мастопатии и гиперпластических процессов, приводящих к развитию рака молочной железы.

Как известно, увеличение уровня эстрогенов служит фактором, усиливающим пролиферативную активность клеток молочной железы. Индол-3-карбинол оказывает антиэстрогеновый эффект, уменьшает образование агрессивного метаболита эстрогена и способствует восстановлению баланса половых гормонов. Кроме того, индол-3-карбинол обладает антипролиферативной активностью, участвует в коррекции гиперпластических процессов в тканях мо-

лочной железы и других органов-мишеней. На фоне применения индола-3-карбинола снижается риск нарушения контроля за пролиферацией и злокачественного роста. Таким образом, индол-3-карбинол можно рассматривать как эффективный и безопасный препарат для коррекции гормональных нарушений, который оказывает мультитаргетное воздействие на гиперпластические и неопластические заболевания женской репродуктивной системы. Его можно применять в комплексе с гормональными препаратами для повышения их эффективности и снижения частоты рецидивов, при противопоказаниях к назначению гормональных препаратов, переходе с гормонального лечения на негормональное. Индол-3-карбинол используют как средство профилактики гормонозависимых заболеваний, в частности рака молочной железы и яичников, а также при заболеваниях, ассоциированных с вирусом папилломы человека (аногенитальные кондиломы, дисплазия шейки матки). Еще одним растительным веществом с доказанным противоопухолевым действием являются лигнаны – фитоэстрогены с антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным эффектами. Накопленные в настоящее время данные свидетельствуют об эффективности применения лигнанов в климактерическом периоде у женщин для сокращения частоты приливов, увеличения минеральной плотности костной ткани, улучшения когнитивных функций, снижения риска развития рака молочной железы. Лигнаны характеризуются доказанными кардиопротективными и антипролиферативными эффектами, положительно влияют на уровень глюкозы. Совместное применение индол-3-карбинола и лигнанов увеличивает эффективность их действия в снижении воспаления, проли-

¹⁴ Yang P, Zhang I, Zhao X, et al. Correlation between TCM syndrome differentiation and mammography finding of hyperplasia of mammary glands. Journal Guangzhou University of traditional Chinese medicine. 2020; 37: 1259–1263.

NOW Инозитол 500 мг

Красота. Здоровье. Фертильность

Сделать желаемое возможным



RU.77.99.11.003.R.003828.10.21

Рекомендации по применению:

взрослым



по 1 капсуле в день



во время еды, запивая водой



продолжительность приема – 1 месяц



Упаковка: 100 капсул



- ✿ Уменьшение выраженности симптомов СПКЯ (синдрома поликистозных яичников)
- ✿ Нормализация менструального цикла
- ✿ Улучшение качества ооцитов
- ✿ Снижение уровня тестостерона
- ✿ Коррекция метаболических нарушений

1. Лиманова О. А., Громова О. А., Торшин И. Ю., Громов А. Н., Гришина Т. Р. Систематический анализ молекулярно-физиологических эффектов мио-инозитола: данные молекулярной биологии, экспериментальной и клинической медицины. Эффективная фармакотерапия, 2013; 28: 32–41. 2. Чернуха Г. Е., Удовиченко М. А., Найдуква А. А. Механизмы формирования инсулинорезистентности при синдроме поликистозных яичников и терапевтические эффекты мио-инозитола. Гинекология, 2019; 11: 166. 3. Regidor P. A., Schindler A. E., Lesoiné B., Druckman R. Management of women with PCOS using myo-inositol and folic acid. New clinical data and review of the literature. Hormone molecular biology and clinical investigation. 2018; 34 (2). 4. Fruzzetti F, Fidecicchi T, Palla G, Gambacciani M. Long-term treatment with α -lipoic acid and myo-inositol positively affects clinical and metabolic features of polycystic ovary syndrome. Gynecological Endocrinology. 2020; 36 (2): 152–155.



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Реклама

феративной активности и коррекции гормональных нарушений у женщин, в том числе в периоде менопаузы.

В состав комплекса NOW Супер Индол-3-карбинол входят индол-3-карбинол 200 мг и лигнаны (из семян льна посевного) 200 мг. Препарат предназначен для профилактики и комплексного лечения гормонозависимых новообразований, снижения климактерических симптомов у женщин. Уникальное сочетание антиэстрогенных, антипролиферативных и антиоксидантных свойств индола-3-карбинола и фитоэстрогена лигнана делает его эффективным при различных эстрогензависимых состояниях женской репродуктивной системы, таких как эндометриоз, гиперплазия эндометрия, ДДМЖ. На фоне применения комплекса NOW Супер Индол-3-карбинол при ДДМЖ не только купируются неблагоприятные симптомы мастопатии, но и снижается риск формирования злокачественных новообразований молочной железы.

М.Л. Травина подчеркнула необходимость своевременной дифференциальной диагностики и назначения терапии на раннем этапе формирования дисгормональных изменений и очаговых образований молочной железы. Для медикаментозного лечения ДДМЖ при циклической мастодинии рекомендуются препараты на основе индол-3-карбинола. На фоне лечения уменьшаются выраженность боли, чувство нагрубания молочных желез, а также число и/или размер кист.

Докладчик представила клинические примеры ведения пациенток с ДДМЖ.

Пациентка 26 лет обратилась с жалобами на болезненность молочных желез, особенно во второй фазе цикла. Менструация регулярная, при гинекологическом осмотре обнаружен эндометриоз. В эндокринологическом анамнезе – гипотиреоз. Пациентке проведены УЗИ и микроскопическое исследование образцов ткани молочной желе-

зы. Выявлены фрагменты ткани молочной железы с комплексами протоковой пролиферации клеток солидно-крибозного строения с фибросклерозом стромы с радиальной конвергенцией протоковых структур. Подозрение на протоковый рак *in situ*. Рекомендовано иммуногистохимическое исследование ткани молочной железы. Фрагменты ткани другой молочной железы характеризовались нерезкой пролиферацией эпителия без атипии клеток с фибросклерозом стромы. Таким образом, у пациентки выявлена в одной молочной железе типичная протоковая пролиферация с радиарной конвергенцией структур и фибросклерозом стромы, в другой – слабая протоковая пролиферация ткани молочной железы, без атипии клеток.

Пациентке рекомендован комплекс NOW Супер Индол-3-карбинол 400 мг/сут в течение шести месяцев с целью профилактики прогрессирования пролиферации эпителия ткани молочной железы и снижения выраженности симптомов.

Пациентка 42 лет пришла на обследование молочных желез перед назначением гормональной терапии. Предъявляла жалобы на болезненность молочных желез за пять дней до начала менструации. При осмотре молочные железы плотные, выделения серозные, обильные. Пациентке проведены маммография и двухэнергетическая контрастная маммография,

Заключение

Сохранение здоровья и высокого качества жизни женщин является основной задачей акушеров-гинекологов. Особое значение для женщин с эндокринными нарушениями, в том числе гормонозависимыми новообразованиями, климактерическим синдромом, имеет оптимальная и безопасная схема терапии. Перспективным и востребованным методом лечения гормональных нару-

для точной постановки диагноза выполнена биопсия молочной железы. В ходе гистологического исследования получены фрагменты интра- и периканаликулярной фиброаденомы молочной железы с миксоматозом стромы, очаговой лимфоидно-плазмодитарной инфильтрацией, без атипии клеток. Заключение: фиброаденома правой молочной железы.

Фиброаденома молочной железы – доброкачественная опухоль, развивающаяся из железистой ткани. Пациентке показан динамический контроль, а также комплекс NOW Супер Индол-3-карбинол (индол-3-карбинол + лигнаны) по одной капсуле два раза в день (400 мг/сут) в течение шести месяцев. Кроме того, рекомендованы витамин D₃ и седативные препараты. Через шесть месяцев необходимо провести УЗИ, через один-два года – двухэнергетическую контрастную маммографию молочных желез.

В заключение М.Л. Травина подчеркнула, что профилактика злокачественных заболеваний молочной железы должна включать не только эффективные методы консервативного лечения ДДМЖ, но и здоровый образ жизни, контроль массы тела, физическую активность, регулярное обследование молочной железы. Своевременное лечение выявленных на раннем этапе заболеваний молочной железы позволяет предотвратить серьезные последствия для здоровья женщин.

шений у женщин разного возраста считается применение современных негормональных препаратов, в состав которых входят биологически активные вещества, фитоэстрогены, обладающие терапевтическим эффектом. Использование природных растительных препаратов в профилактике и лечении заболеваний репродуктивной системы женщины несомненно имеет большое практическое значение. ❀