



Жінки в менопаузі і стратегія Life extension

I.В. Лахно, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна; **Ю.В. Підбельцева**, лікар-гінеколог вищої категорії, жіноча консультація поліклініки № 3, м. Харків; **В.М. Крекніна**, лікар-гінеколог вищої категорії, поліклініка ОАО «Інтерпайп», м. Дніпро

Після репродуктивного періоду в житті жінкої жінки настає перименопаузальний, що характеризується згасанням функції яєчників та гормональною перебудовою організму. Жінки можуть відмічати порушення сну, перепади настрою, приливи, зниження працездатності, інколи депресію, фобії, зниження пам'яті. У цьому віці багато жінок уже мають терапевтичну патологію, яка в умовах дефіциту естрогенів зазвичай маніфестує. На перше місце виходять серцево-судинна патологія та метаболічні порушення. У статті розглянуті перспективи використання антиейджинг-терапії під час перименопаузи для запобігання ускладненням цього періоду та покращення якості життя жінки.

Ключові слова: менопауза, антиейджинг, профілактика ускладнень, клімактеричний синдром, метаболічні порушення.

В останні роки значно зросла цікавість до превентивної антиейджинг-медицини, яка спрямована не на лікування, а на профілактику захворювань та їх ускладнень. Менопауза є складним періодом у житті жінки, під час якого існує ризик загострення майже всіх наявних соматичних захворювань.

Прогресування від попередніх станів до захворювань відбувається під час раннього або пізнього ейджингу. При ранньому ейджингу домінують компенсаторні процеси завдяки збереженні здатності до репаративної регенерації, натомість при пізньому – переважають дегенеративні процеси. Саме тому важливо втрутатися у процеси старіння на ранніх етапах, коли компенсаторні можливості організму є максимальними. «Здоровий» ейджинг запобігає розвитку дегенеративних процесів і сприяє довголіттю. Завдяки ранній та точній діагностиці наявної патології або преморбідних станів переходного віку та активації метаболічних процесів організму можна запобігти переходу до дегенеративних процесів.

Звичайно, менопауза не завжди потребує лікування, до того ж лікувати менопаузальні розлади досить нелегко. Більше 20 років тому були проведені класичні дослідження, які довели, що найбільш ефективною у боротьбі із проявами менопаузи є високодозова замісна гормональна терапія (ЗГТ), оскільки, наприклад, вона дозволяє зменшити смертність від перелому стегна. Однак при проведенні цієї терапії зростає ризик

інсульту, інфаркту та раку молочної залози. Тому виникла потреба у зміні підходу до ведення жінок у менопаузі.

На сьогодні актуальним є використання теорії адаптації – тобто підтримки власних регуляторних можливостей організму. Для цього у період менопаузи рекомендується комбіноване використання ліків для підтримання нормального метаболізму, профілактики розладів гемодинаміки та стимуляції репаративних процесів. Лікування захворювань сповільнює ейджинг та дозволяє продовжити довголіття у жінок старших вікових груп.

Порушення метаболізму в менопаузі – ключова проблема антиейджингу. Більшість жінок у переходному періоді життя дуже стурбовані погіршенням стану здоров'я та зростаючими ризиками прогресування й розвитку супутньої патології, наприклад гіпертонічної хвороби та цукрового діабету (ЦД).

Головною причиною розладів у період менопаузи є дефіцит естрогенів, що призводить до метаболічних порушень як у ранній менопаузі, так і у пізньому постменопаузальному періоді. Зниження рівня естрадіолу веде до гіперандрогенії, на фоні якої часто розвивається ожиріння та інсулінорезистентність, виникають дисліпідемія та атеросклероз. Зазвичай ЗГТ спрямована на уникнення цих ускладнень шляхом компенсації нестачі жіночих гормонів уже за наявності естрогенодефіциту. Натомість превентивні стратегії у період менопаузи включають:

- зниження ризику серцево-судинних захворювань за рахунок підтримання активного способу життя, вживання статинів і т.д.;



- профілактику розладів системи гемокоагуляції завдяки, наприклад, прийому малих доз ацетилсаліцилової кислоти та інших антикоагулянтів;
- профілактику остеопенічного синдрому і скринінг на остеопороз;
- боротьбу з порушеннями нервової регуляції (ранні вазомоторні порушення), розладами настрою та когнітивними порушеннями, сенсільною деменцією та хворобою Альцгеймера;
- скринінг на рак молочної залози;
- скринінг на гіпотиреоз, який часто виникає з віком і може бути причиною багатьох менопаузальних розладів;
- профілактику порушень сечовиділення через різні підходи до покращення трофіки слизових сечостатевого тракту.

Таким чином, превентивна антиєджинг-терапія є комплексом діагностичних та лікувальних заходів для мінімізації можливих ускладнень менопаузального періоду.

Важливою проблемою жінок у менопаузі є порушення обміну ліпідів, яке веде до ожиріння, хронічного запалення, дисфункції ендотелію, розвитку атеросклерозу і, як наслідок, до збільшення серцево-судинних ризиків. Хронічне запалення у жировій тканині спричинює порушення карбогідратного обміну у печінці та знижує чутливість скелетних м'язів до інсуліну, що підвищує ризик розвитку ЦД.

Оскільки метаболічні порушення знижують тривалість періоду працездатності та життя загалом, важливою є розробка терапевтичної стратегії, спрямованої на запобігання або зменшення їх негативного впливу на стан жінки. Жінкам слід рекомендувати підвищити фізичну активність та скоригувати харчування за наявності зайвої ваги.

Однак не завжди дієтичне харчування виявляється комфортним. Стан помірного кетозу під час дієтотерапії не лише сприяє зниженню апетиту, а й призводить до переходу на анаеробний гліколіз, наслідком якого є накопичення продуктів перекисного окислення ліпідів, що посилює оксидативний стрес і несприятливо впливає на печінковий метаболізм ліпідів. Особливо небезпечним кетогенез є для осіб із ЦД і потребує корекції дози інсуліну або інших цукрознижувальних препаратів.

Саме тому під час дієтотерапії важливо запобігати гіперглікемії шляхом використання цукрозамісних субстанцій, таких як ксилітол (Ксилат), який є інсулінозалежним джерелом енергії й може перешкоджати переходу з циклу Кребса на інші шляхи метаболізму. Ксилітол активує ліпопліз, нормалізує ліпідний обмін і захищає серце, печінку, нирки та підшлункову залозу від негативної дії оксидативного стресу. Ксилітол посилює синтез глікогену у печінці, що зменшує мобілізацію жиру на периферії і тим самим перешкоджає формуванню

кетонових тіл. До того ж ксилітол стимулює секрецію ендогенного інсуліну, що є особливо позитивним чинником при інсулінорезистентності та метаболічному синдромі.

Для нормалізації ендотеліальної функції у менопаузі надзвичайно важливо забезпечити підвищення рівня оксиду азоту. Відомо, що саме вплив на рівень синтази оксиду азоту зумовлює вазорелаксуючий ефект естрадіолу. L-аргинін (Тівортін) є субстратом для синтезу оксиду азоту, завдяки чому його застосування веде до ендотелій-залежної вазодилатації, посилення мікроциркуляції у гормон-продукуючих органах, до збільшення кількості клітин-попередників ендотеліоцитів. Таким чином, L-аргинін у складі Тівортіну знижує прояви ендотеліальної дисфункції, зменшує прояви тканинної гіпоксії та оксидативного стресу.

Розробка лікувально-профілактичної стратегії з використанням ЗГТ, дозованих фізичних навантажень, дієтотерапії та препаратів ксилітолу та L-аргиніну може стати резервом покращення якості життя жінок старше 45 років.

Ксилато-тівортіновий антиєджинговий курс включає інфузійну терапію 200 мл Ксилату (енергетична підтримка та покращення обміну вуглеводів) та 200 мл Тівортіну (покращення мікроциркуляції та відновлення ендотелію) протягом 5 днів із наступним переходом на пероральний прийом розчину Тівортіну аспартату 10 мл 2 рази на день протягом 20 днів (захист судин та запобігання серцево-судинним ускладненням).

Уже після 1 місяця ксилато-тівортінової антиєджингової програми відзначається зниження бальної оцінки менопаузальних розладів за шкалою Купермана, зменшення активності симпатоадреналових механізмів та активація вагінсулярної ланки регуляції за даними вивчення варіабельності серцевого ритму. Програма забезпечує нормалізацію вегетативної регуляції гемодинаміки з поступовим переходом від гіперадаптозу до нормоадаптозу за Р.М. Баєвським, а також покращення самопочуття пацієнток та збільшення їх прихильності до лікування.

Клінічний випадок 1

Пацієнта М., 54 років, зріст – 160 см, вага – 98 кг, індекс маси тіла (IMT) – 38. Скаржиться на припливи, поганий сон, дратівливість, пітливість, зниження працездатності та пам'яті. Перебуває у постменопаузі 2 роки. Місячні з 14 років по 5 днів через 30 ± 3 дні, регулярні, рясні. В анамнезі аденоміоз матки, ерозія шийки матки – діатермокоагуляція. Вагітностей – 2; пологів – 2 (фізіологічні). Для контрацепції та лікування аденоміозу використовувала внутрішньоматкову спіраль із позитивним ефектом.

Супутня патологія:

- ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба II Б ступеня;

Огляд

- кардіосклероз, стенокардія напруги;
- жирова дистрофія печінки;
- ожиріння II ступеня, IMT – 38;
- остеохондроз хребта;
- хронічний бронхіт;
- псоріатичний артрит, серонегативний тип з ураженням колінних, гомілкових, променево-зап'ясткових суглобів праворуч, активність II, стадія II, ФН II.

Періодично проходить лікування у ревматологічному відділенні, наглядається у кардіолога, тиск підвищувався до 180/100 мм рт. ст. Шкідливих звичок не має.

Приймає постійну терапію: раміпril – 5 мг 2 рази на добу, метотрексат – 15 мг на тиждень, фолієва кислота – 1 мг на день.

Обстеження жінки показало:

- С-реактивний білок – 13,76 мг/л;
- загальний холестерин – 4,9 ммоль/л;
- тригліцериди – 1,45 ммоль/л;
- ліпопротеїди високої щільності – 1,14 ммоль/л;
- ліпопротеїди низької щільності – 3,09 ммоль/л;
- ліпопротеїди дуже низької щільності – 0,67 ммоль/л;
- коефіцієнт атерогенності – 3,3 од.;
- глюкоза крові – 5,93 ммоль/л;
- інсулін – 11,8 мкОд/мл;
- індекс НОМА – 3,11.

До базової терапії було додано Тівортін внутрішньовенно 200 мл 1 раз на добу та Ксилат 200 мл внутрішньовенно 1 раз на день протягом 5 днів. Далі призначено Тівортін аспартат по 5 мл (1 мірна ложка) 4 рази на добу протягом 20 днів.

Призначену терапію жінка перенесла добре. Після лікування відмітила покращення самопочуття. Зменшилися припливи, покращився сон, підвищилася працездатність, тиск стабілізувався в межах 130/80–140/90 мм рт. ст. Зменшився біль у колінному суглобі. При лабораторному контролі глюкоза крові – 4,8 ммоль/л. Пацієнту відзначила зменшення ваги на 1,5 кг за період лікування.

Відгук від пацієнтки стосовно проведеної терапії:

“Мені стало значно легше, підвищилася витривалість, енергійність, знизилися ознаки втоми, тепер можу нормально працювати”.

Клінічний випадок 2

Пацієнта Л., 51 року, звернулася зі скаргами на слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, безсоння, швидку втомлюваність. 22.04.2021 жінка перенесла тотальну абдомінальну гістеректомію з придатками.

Заключний діагноз: лейоміома тіла матки з геморагічним синдромом, стан – після операції.

Супутня патологія:

- гіпертонічна хвороба II Б ступеня;
- міокардіодистрофія складного генезу;
- пролапс мітрального клапана I-II ступеня, помірна недостатність мітрального клапана;
- гіпоталамічний синдром, неактивна фаза;
- ожиріння III ступеня, IMT $\geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$;
- синдром «порожнього» турецького сідла;
- нетоксичний дифузний зоб I ступеня;
- дисциркуляторна енцефалопатія II стадії;
- варикозна хвороба вен обох нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність II А ступеня.

Хворій проведено лікування комплексним інфузійним розчином з антикетогенною дією Ксилат 200 мл та Тівортін 200 мл (загалом 5 крапельниць) із подальшим застосуванням оральної форми Тівортіну аспартату 10 мл 2 рази на добу протягом 20 днів. Загальне лікування передбачає 3 курси із двомісячними перервами.

Загальний стан хворої значно покращився: зменшилася втомлюваність, зникли слабкість та запаморочення, налагодився сон.

Отже, впровадження комплексної антиєйджинової програми є перспективним напрямом коригування метаболічних розладів у менопаузі. Враховуючи результати клінічних спостережень, можна зробити висновок, що використання Тівортіну у комбінації із Ксилатом дозволяє відновити метаболічний обмін, домогтися більшого ефекту в лікуванні клімактеричних порушень і зробити життя жінки якісним у цей період її життя.

Відгук від пацієнтки стосовно проведеної терапії:

«Я в захваті, “небо прояснилося”, почала нормально спати і бачити кольорові сни, почала посміхатися, налагоджується життя».

Приділить 15 хвилин, щоб дізнатися про нові можливості менеджменту менопаузи від проф., д.м.н. Лахно І.В.



КСИЛАТО-ТІВОРТИНОВИЙ КУРС АНТИЕЙДЖИНГ

ТІВОРТИН®

НЕЗАМІННИЙ ДОНАТОР ОКСИДУ АЗОТУ



✓ Сприяє збільшенню кількості клітин-попередників ендотеліоцитів³

✓ Зменшує адгезію тромбоцитів до ендотелію судин

✓ Показаний при астенії

КСИЛАТ®

ІНСУЛІННЕЗАЛЕЖНЕ ДЖЕРЕЛО ЕНЕРГІЇ¹

✓ Підвищення секції ендогенного інсуліну²

✓ Покращення обміну вуглеводів²

✓ Виражена антикетогенна дія¹



Коротка інформація про лікарський засіб: Тівортін, р-н для інфузії. РП МОЗ України UA/8954/01/01. Склад: 100 мл розчину містять 4,2 г аргініну гідрохлориду, Амінонікотинол. Код ATX B05X B01. Тівортін аспартат. РП МОЗ України UA/9941/07/01. Склад: 5 мл розчину містять L-аргиніну аспартату т.г. Амінонікотинол. Код ATX C01E. Фарм. властивості. Чинить антиглюкозину, цитопротекторну, антиоксидантну, дезінтоксикаційну, мемброностабілізуючу дію. Показання: затримки розвитку плода і прееклампсія – в склад комплексної терапії, діабетична ангіопатія, артеріальна гіпертензія та ін. Побічні реакції. Біль у супутках, відхилення легкого дискомфорту в підлукні та підшлунковій, реакція гіперчувствливості, включночі бронхоспазму, інтеркалемія та ін. Новий переплік рів. в інструкції для мед. застосування.

Коротка інструкція з правильним застосуванням препарату: Ксилат.

Склад: діючі речовини: 1 мл розчину містить ксиліт 50 мг, вагонін аспартату тригліциду (у передозуванні на вагту аспартат) 2,6 мг, кальцію хлориду дигідрату (у передозуванні на вагту хлорид) 6 мг, кальцію хлориду дигідрату (у передозуванні на маточні труби) 0,1 мл, додаткові речовини: вода дистилірована.

Основні фармакологічні властивості: прозора, безбарвна рідина. Енергетично цінність – 200 ккал/л. Розчин рівній кількох. Поглинання відбувається в кишечнику, реакція гіперчувствливості, при передоператорній підготовці та у післяоператорний період, при гострій кровотрілі. Показання: для зменшення інтоксикації, покращення мікроциркуляції, для часткового покриття потреби вуглеводами, при поширеній утилізації глюкози, при передоператорній підготовці та у післяоператорний період, при гострій кровотрілі. Способ застосування та дози. Дорослихводити внутрішньовоно краплинно, з ширинкою 50–70 крапель на хвилину, тобто 2,1–3 мл/кг/год або 150–210 мл/год. Максимальна доза для дорослих – 2100 мл на добу або 1,5 г ксиліту/кг маси тіла/добу. Максимальна ширинка інфузії – 210 мл/год. Терапевтична цінність 610 моСт. Код ATX C01E. Фарм. властивості. Чинить антиглюкозину, цитопротекторну, антиоксидантну, дезінтоксикаційну, мемброностабілізуючу дію. Показання: для зменшення інтоксикації, покращення мікроциркуляції, для часткового покриття потреби вуглеводами, при поширеній утилізації глюкози, при передоператорній підготовці та у післяоператорний період, при гострій кровотрілі. Способ застосування та дози. Дорослихводити внутрішньовоно краплинно, з ширинкою 50–70 крапель на хвилину = 0,15 л ксиліту/кг маси тіла/год. Побічні реакції. Алергічні реакції, включночі висип, свербіж, крапив'яний рідів – тахікардія, підвищення температури тіла, подразнення периферичних вен у місці введення. РП. UA/1070/01/01, термін дії р.п. необмежений з 02.01.2019. Перед призначенням ознайомтеся з повним текстом інструкції виробника.

Даний матеріал призначений для медичних фахівців і для розповсюдження під час спеціалізованих медичних заходів.

ЮРІЯ·ФАРМ

www.uf.ua | www.tivortin.com

Література: 1. Інструкція для медичного застосування препарату Ксилат. 2. Islam MS, Indrajit M. Effects of Xylitol on Blood Glucose, Glucose Tolerance, Serum Insulin and Lipid Profile in a Type 2 Diabetes Model of Rats. Annals of Nutrition and Metabolism. 2012. 3. Татарчук Т. Ф. Нові підходи к проблемним вопросам лікування геніталіального ендометріоза / Т. Ф. Татарчук, Н. Ф. Захаренко, Т. Н. Тучченко // Репродуктивна ендокринологія. - 2013. - № 3. - С. 36-45.