

Женщины в менопаузе и стратегия Life extension

И. В. Лахно, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина; Ю. В. Подбельцева, врач-гинеколог высшей категории, женская консультация поликлиники № 3, г. Харьков; В. Н. Крекнина, врач-гинеколог высшей категории, поликлиника ОАО «Интерпайп», г. Днепр

После репродуктивного периода в жизни каждой женщины наступает перименопаузальный, который характеризуется угасанием функции яичников и гормональной перестройкой организма. Женщины могут отмечать нарушение сна, перепады настроения, приливы, снижение работоспособности, иногда депрессию, фобии, снижение памяти. В этом возрасте много женщин уже имеют терапевтическую патологию, которая в условиях дефицита эстрогенов обычно манифестирует. На первый план выходят сердечно-сосудистая патология и метаболические нарушения. В статье рассмотрены перспективы использования антиэйджинг-терапии во время менопаузы для предотвращения осложнений этого периода и улучшения качества жизни.

Ключевые слова: менопауза, антиэйджинг, профилактика осложнений, климактерический синдром, метаболические нарушения.

За последние годы значительно увеличился интерес к превентивной антиэйджинг-медицине, которая направлена не на лечение, а на профилактику заболеваний и их осложнений. Менопауза — сложный период в жизни женщины, во время которого есть риск обострения почти всех присутствующих соматических заболеваний.

Прогрессирование от предыдущих состояний до заболеваний происходит во время раннего или позднего эйджинга. Во время раннего эйджинга доминируют компенсаторные процессы благодаря сохраненной способности к репаративной регенерации, а при позднем — преобладают дегенеративные процессы. Именно поэтому важно вмешиваться в процессы старения на ранних этапах, когда компенсаторные возможности организма максимальны. «Здоровый» эйджинг предотвращает развитие дегенеративных процессов и способствует долголетию. Благодаря ранней и точной диагностике имеющейся патологии или преморбидных состояний переходного возраста и активации метаболических процессов организма можно предотвратить переход к дегенеративным процессам.

Конечно, менопауза не всегда требует лечения, к тому же лечить менопаузальные расстройства достаточно нелегко. Больше 20 лет тому назад были проведены классические исследования, которые доказали, что самой эффективной в борьбе с проявлениями менопаузы является высокодозовая заместительная гормональная терапия (ЗГТ), поскольку, например, она позволяет снизить смертность от перелома бедра. Но при проведении этой терапии увеличивается риск инсульта, инфаркта и рака молочной железы. Поэтому возникла необходимость в изменении подхода к ведению женщин

в менопаузе.

Сегодня актуальным является использование теории адаптации — то есть поддержки собственных регуляторных возможностей организма. Для этого в период менопаузы рекомендуется комбинированное использование лекарств для поддержания нормального метаболизма, профилактики нарушений гемодинамики и стимуляции репаративных процессов. Лечение заболеваний замедляет эйджинг и позволяет продлить долголетие у женщин старших возрастных групп.

Нарушение метаболизма в менопаузе — ключевая проблема антиэйджинга. Большинство женщин в переходном периоде жизни очень обеспокоены ухудшением состояния здоровья и возрастающими рисками прогрессирования и развития сопутствующей патологии, например, гипертонической болезни и сахарного диабета (СД).

Главная причина расстройств в период менопаузы — дефицит эстрогенов, что приводит к метаболическим нарушениям как в ранней менопаузе, так и в позднем постменопаузальном периоде. Снижение уровня эстрадиола приводит к гиперандрогении, на фоне которой часто развивается ожирение и инсулинорезистентность, возникают дислипидемия и атеросклероз. Обычно ЗГТ направлена на избежание этих осложнений путем компенсации нехватки женских гормонов уже при наличии эстрогенодефицита. Но превентивные стратегии в период менопаузы включают:

- снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний за счет поддержки активного способа жизни, употребления статинов и т. д.;

- профилактику нарушений системы гемостаза благодаря, например, применению небольших доз ацетилсалициловой кислоты и других антикоагулянтов;
- профилактику остеопенического синдрома и скрининг на остеопороз;
- борьбу с нарушением нервной регуляции (ранние вазомоторные нарушения), расстройством настроения и когнитивными нарушениями, сенильной деменцией и болезнью Альцгеймера;
- скрининг на рак молочной железы;
- скрининг на гипотиреоз, который часто возникает с возрастом и может быть причиной многих менопаузальных расстройств;
- профилактику нарушений мочеиспускания благодаря разным подходам к улучшению трофики слизистых мочевого пузыря.

Таким образом, превентивная антиэйджинг-терапия является комплексом диагностических и лечебных мероприятий для минимизации возможных осложнений менопаузального периода.

Важной проблемой женщин в менопаузе является нарушение обмена липидов, которое приводит к ожирению, хроническому воспалению, дисфункции эндотелия, развитию атеросклероза и, как следствие, к увеличению сердечно-сосудистых рисков. Хроническое воспаление в жировой ткани становится причиной нарушения углеводного обмена в печени и снижает чувствительность скелетных мышц к инсулину, что увеличивает риск развития СД.

Поскольку метаболические нарушения снижают длительность периода работоспособности и жизни в целом, то важна разработка терапевтической стратегии, направленной на предотвращение или уменьшение их отрицательного влияния на состояние женщины. Женщинам следует рекомендовать повысить физическую активность и откорректировать питание при наличии лишнего веса.

Но не всегда диетическое питание является комфортным. Состояние умеренного кетоза во время диетотерапии не только способствует снижению аппетита, но и приводит к переходу на анаэробный гликолиз, последствием которого является скопление продуктов перекисного окисления липидов, что усиливает оксидативный стресс и неблагоприятно влияет на печеночный метаболизм липидов. Особенно небезопасен кетогенез для лиц с СД и требует коррекции дозы инсулина или других сахароснижающих препаратов.

Именно поэтому во время диетотерапии важно предотвращать гипергликемию путем использования сахарозаменительных субстанций, таких как ксилитол (Ксилат), который является инсулинонезависимым источником энергии и может препятствовать переходу с цикла Кребса на другие пути метаболизма. Ксилитол активизирует липолиз, нормализует липидный обмен и защищает сердце, печень, почки и поджелудочную железу от негативного действия оксидативного стресса. Ксилитол усиливает синтез гликогена в печени, что уменьшает мобилизацию жира на периферии и тем самым препятствует формированию

кетонных тел. К тому же ксилитол стимулирует секрецию эндогенного инсулина, что является очень положительным при инсулинорезистентности и метаболическом синдроме.

Для нормализации эндотелиальной функции в менопаузе очень важно обеспечить повышение уровня оксида азота. Известно, что именно влияние на уровень синтазы оксида азота обуславливает вазорелаксирующий эффект эстрадиола. L-аргинин (Тивортин) является субстратом для синтеза оксида азота, благодаря чему его применение приводит к эндотелий-зависимой вазодилатации, усилению микроциркуляции в гормонпродуцирующих органах, к увеличению количества клеток-предшественников эндотелиоцитов. Таким образом, L-аргинин в составе Тивортина снижает проявления эндотелиальной дисфункции, уменьшает проявления тканевой гипоксии и оксидативного стресса.

Разработка лечебно-профилактической стратегии с использованием ЗГТ, дозированных физических нагрузок, диетотерапии и препаратов ксилитола и L-аргинина может стать резервом улучшения качества жизни женщин старше 45 лет.

Ксилато-тивортиновый антиэйджинговый курс включает инфузионную терапию 200 мл Ксилата (энергетическая поддержка и улучшение обмена углеводов) и 200 мл Тивортина (улучшение микроциркуляции и восстановление эндотелия) на протяжении 5 дней со следующим переходом на пероральный прием раствора Тивортина аспартата 10 мл 2 раза в день на протяжении 20 дней (защита сосудов и предотвращение сердечно-сосудистых заболеваний).

Уже после 1 месяца ксилато-тивортиновой антиэйджинговой программы отмечается снижение балльной оценки менопаузальных расстройств по шкале Куппермана, уменьшение активности симпатoadренальных механизмов и активация вагоинсулярного звена регуляции по данным изучения вариабельности сердечного ритма. Программа обеспечивает нормализацию вегетативной регуляции гемодинамики с постепенным переходом от гипердаптоза к нормоадаптозу по Р. М. Баевскому, а также улучшение самочувствия пациенток и увеличение их приверженности к лечению.

Клинический случай 1

Пациентка М., 54 года, рост — 160 см, вес — 98 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 38. Жалуется на приливы, плохой сон, раздражительность, потливость, снижение работоспособности и памяти. Пребывает в постменопаузе 2 года. Менструация с 14 лет по 5 дней каждые 30±3 дней, регулярные, обильные. В анамнезе: аденомиоз матки, эрозия шейки матки — диатермокоагуляция. Беременностей — 2; родов — 2 (физиологические). Для контрацепции и лечения аденомиоза использовала внутриматочную спираль с положительным эффектом.

Сопутствующая патология:

- ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II Б степени;

- кардиосклероз, стенокардия напряжения;
- жировая дистрофия печени;
- ожирение II степени, ИМТ — 38;
- остеохондроз позвоночника;
- хронический бронхит;
- псориатический артрит, серонегативный тип с поражением коленных, голеностопных, лучезапястных суставов справа, активность II, стадия II, ФН II.

Периодически проходит лечение в ревматологическом отделении, наблюдается у кардиолога, давление повышалось до 180/100 мм рт. ст. Вредных привычек нет.

Принимает постоянную терапию: рамиприл — 5 мг 2 раза в сутки, метотрексат — 15 мг в неделю, фолиевая кислота — 1 мг в день.

Обследование женщины показало:

- С-реактивный белок — 13,76 мг/л;
- общий холестерин — 4,9 ммоль/л;
- триглицериды — 1,45 ммоль/л;
- липопротеиды высокой плотности — 1,14 ммоль/л;
- липопротеиды низкой плотности — 3,09 ммоль/л;
- липопротеиды очень низкой плотности — 0,67 ммоль/л;
- коэффициент атерогенности — 3,3 од.;
- глюкоза крови — 5,93 ммоль/л;
- инсулин — 11,8 мкОд/мл;
- индекс НОМА — 3,11.

К базовой терапии было добавлено Тивортин внутривенно 200 мл 1 раз в сутки и Ксилат 200 мл внутривенно 1 раз в день на протяжении 5 дней. Далее назначен Тивортин аспартат по 5 мл (1 мерная ложка) 4 раза в сутки на протяжении 20 дней.

Назначенную терапию женщина перенесла хорошо. После лечения отметила улучшение самочувствия. Уменьшились приливы, улучшился сон, повысилась работоспособность, давление стабилизировалось на уровне 130/80 — 140/90 мм рт. ст. Уменьшилась боль в коленном суставе. При лабораторном контроле глюкоза крови — 4,8 ммоль/л. Пациентка отметила снижение веса на 1,5 кг за период лечения.

Отзыв от пациентки о проведенной терапии:

«Мне стало намного легче, повысилась выносливость, энергичность, уменьшились признаки усталости, теперь могу нормально работать».

Клинический случай 2

Пациентка Л., 51 год, обратилась с жалобами на слабость, головокружение, боль в области сердца, бессоницу, быструю утомляемость. 22.04.2021 женщина перенесла тотальную абдоминальную гистерэктомию с придатками.

Заключительный диагноз: лейомиома тела матки с геморрагическим синдромом, состояние после операции.

Сопутствующая патология:

- гипертоническая болезнь II Б степени;
- миокардиодистрофия сложного генеза;
- пролапс митрального клапана I-II степени, умеренная недостаточность митрального клапана;
- гипоталамический синдром, неактивная фаза;
- ожирение III степени, ИМТ ≥ 40 кг/м²;
- синдром «пустого» турецкого седла;
- нетоксический диффузный зоб I степени;
- дисциркуляторная энцефалопатия II стадии;
- варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность II А степени.

Пациентке проведено лечение комплексным инфузионным раствором с антикетогенным действием Ксилат 200 мл и Тивортин 200 мл (в целом 5 капельниц) с дальнейшим применением оральной формы Тивортина аспартата 10 мл 2 раза в день на протяжении 20 дней. Общее лечение предполагает 3 курса с перерывом в 2 месяца.

Общее состояние пациентки значительно улучшилось: уменьшилась усталость, исчезли слабость и головокружение, наладился сон.

Следовательно, внедрение комплексной антиэйджинговой программы является перспективным направлением коррекции метаболических нарушений в менопаузе. Учитывая результаты клинических наблюдений, можно сделать вывод, что использование Тивортина в комбинации с Ксилатом позволяет восстановить метаболический обмен, достичь большего эффекта в лечении климактерических нарушений и сделать жизнь женщины качественной в этот период ее жизни.

Отзыв от пациентки о проведенной терапии:

«Я в восторге, "небо прояснилось", начала нормально спать и видеть цветные сны, начала улыбаться, жизнь налаживается».

Список литературы в полном варианте статьи на сайте по QR-коду

