https://doi.org/10.29296/25877305-2022-07

ISSN 0236-3054
eISSN 2587-7305

ВРАЧ

ежемесячный научно-практический и публицистический журнал

Издается с мая 1990 года

№ 7

XIX век

XX век

XXI век

Авторитет и традиции — из века в век

- Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников в период пандемии COVID-19
- Современная стратегия лечения фибрилляции предсердий: трудный путь к «доказательству аксиомы»
- Современные возможности оценки и прогнозирования тяжести внебольничной пневмонии
- Управление рисками табакокурения во время беременности: региональный опыт и мировые тренды
- Показатели клинического и биохимического анализа крови у пациентов с крайне тяжелым течением новой коронавирусной инфекции COVID-19
- Современные возможности решения проблем роста и выпадения волос
- Синдром «сухого глаза»: «расплата» за прогресс
- Современные критерии диагностики AL-амилоидоза

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РУССКИЙ ВРАЧ»

www.vrachjournal.ru
www.rusvrach.ru

ИЮЛЬ 2022

том 33

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Литература

1. Лихтерман Б. Черепно-мозговая травма. Что делать? Медицинская газета. 2009; 11: 19–22.
2. Аханов Г.Ж., Дюсембеков Е.С., Нурбакыт А.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы. Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2017; 2 (47): 65–71.
3. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. В 3 т. Т.1. М., 1998.
4. Садыков А.М., Адильбеков Е.Б., Ахметов К.К. и др. Алгоритм лечения травматических острых малых субдуральных гематом. Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2014; 2 (35): 18–22.
5. Дадаев Х.Х., Сабиров Д.М., Юлдашев Ф.А. и др. Аналгоседация в интенсивной терапии тяжелой черепно-мозговой травмы. Вестник экстренной медицины. 2015; 2: 60–4.
6. Дадабаев В.К., Алексеев Р.К. Компьютерная томография при диагностике черепно-мозговой травмы в ургентной нейрохирургии. Врач. 2018; 29 (10): 53–7. DOI: 10.29296/25877305-2018-10-13
7. Клинические рекомендации. Тяжелая черепно-мозговая травма. М.: Минздрав России, 2017; с. 6–16.

References

1. Likhterman B. Cherepno-mozgovaya travma. Chto delat'? Meditsinskaya gazeta. 2009; 11: 19–22 (in Russ.).
2. Akhanov G.Zh., Dyusembekov E.K., Nurbakyt A.N. Clinical and epidemiological aspects of an isolated craniocerebral trauma. Journal Neurosurgery and Neurology of Kazakhstan. 2017; 2 (47): 65–71 (in Russ.).
3. Konovalov A.N., Potapov A.A., Likhterman L.B. Cherepno-mozgovaya travma. Klinicheskoe rukovodstvo. V 3 t. T.1. M., 1998 (in Russ.).
4. Sadykov A.M., Adilbekov E.B., Akhmetov K.K. et al. Algorithm for treatment of small traumatic acute subdural hematomas. Journal Neurosurgery and Neurology of Kazakhstan. 2014; 2 (35): 18–22 (in Russ.).
5. Dadayev Kh.Kh., Sabirov D.M., Yuldashev F.A. et al. Analgosedation in intensive care of severe brain injury. The Bulletin of Emergency Medicine. 2015; 2: 60–4 (in Russ.).
6. Dadabaev V., Alekseev R. Computed tomography in the diagnosis of brain injury in urgent neurosurgery. Vrach. 2018; 29 (10): 53–7 (in Russ.). DOI: 10.29296/25877305-2018-10-13
7. Klinicheskie rekomendatsii. Tyazhelaya cherepno-mozgovaya travma. M.: Minzdrav Rossii, 2017; s. 6–16 (in Russ.).

CLINICAL AND DIAGNOSTIC MARKERS FOR THE SEVERITY OF ACUTE TRAUMATIC BRAIN INJURY

*Professor **L. Chichanovskaya**, MD; **R. Alekseev**; **O. Bakhareva**, Candidate of Medical Sciences*
Tver State Medical University

During the clinical and diagnostic support of patients with traumatic brain injury (TBI), it is important to follow-up a patient's condition for the timely detection of the progression of neurological symptoms. The analysis of the time course of changes in objective and subjective neurological symptoms and in the level of consciousness in the patient and the assessment of the data of additional study techniques (computed tomography and magnetic resonance imaging, cerebrospinal fluid analysis, etc.) allow one to quickly respond to the patient's condition changes and to timely adjust therapy.

Key words: *traumatic brain injury, neurological status, dynamic observation of the patient.*
For citation: *Chichanovskaya L., Alekseev R., Bakhareva O. Clinical and diagnostic markers for the severity of acute traumatic brain injury. Vrach. 2022; 33 (7): 32–35. https://doi.org/10.29296/25877305-2022-07-06*

https://doi.org/10.29296/25877305-2022-07-07

Лечение женщин с климактерическим синдромом: альтернатива менопаузальной гормонотерапии

М.Ю. Сергеева-Кондраченко, доктор медицинских наук, профессор
Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России
E-mail: marserkon@mail.ru

Патологическое течение менопаузы (у 26–48% женщин) сопровождается сосудистыми, эндокринно-обменными и нейропсихическими нарушениями, что способствует развитию соматической патологии и значительно снижает качество жизни. Оно рассматривается как мультифакторное заболевание, в развитии которого ведущую роль играют нарушения вегетативной и гормональной регуляции, снижение адаптационных резервов гипоталамуса и недостаточная его приспособляемость к изменившимся условиям функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Назначение менопаузальной гормональной терапии не всегда возможно, поэтому поиск средств альтернативной терапии климактерического синдрома остается крайне актуальным. В этой области одним из перспективных растительных препаратов является Фемо-Клим (компания Парафарм, Россия) – это средство, воздействующее одновременно на оба рычага возникновения климактерических симптомов – дефицит эстрогенов и недостаток тестостерона. Приводятся результаты собственного исследования по оценке изменений когнитивной функции и показателей качества жизни у женщин постменопаузального периода на фоне использования натурального негормонального препарата Фемо-Клим.

Ключевые слова: терапия, климактерический синдром, качество жизни, Фемо-Клим.

Для цитирования: Сергеева-Кондраченко М.Ю. Лечение женщин с климактерическим синдромом: альтернатива менопаузальной гормонотерапии. Врач. 2022; 33 (7): 35–40. https://doi.org/10.29296/25877305-2022-07-07

Вечерние часы жизни могут быть самыми прекрасными, подобно тому, как красивейшие лепестки цветка распускаются последними!
Сэмюэль Смайлс,
шотландский писатель и реформатор

Согласно демографическим прогнозам, к 2030 г. >1,2 млрд женщин вступят в период менопаузы. Длительность постменопаузы составляет 30–40% от всей продолжительности жизни женщины, таким образом, ⅓ своей жизни женщина проводит в состоянии эстрогенного дефицита. Несмотря на бóльшую продолжительность жизни женщин

по сравнению с мужчинами, эти «дополнительные» годы, к сожалению, нередко омрачаются потерей здоровья и общего благополучия [2, 4, 6]. Поэтому во многих странах мира усилия правительства, официальных органов здравоохранения, исследователей и практических врачей направлены на достижение одной цели – здорового или успешного старения.

Менопауза диагностируется ретроспективно по истечении 12 мес у женщин старше 50 лет или 24 мес у женщин старше 40, но моложе 50 лет, после последней спонтанной менструации [2]. Менопауза – прекращение менструаций вследствие потери фолликулярной активности, которая наступает, согласно результатам метаанализа 36 исследований, выполненных в 35 странах, в среднем в возрасте 48,8 года (95% доверительный интервал [ДИ] – 48,3–49,2 года) с колебаниями от 47,2 до 51,5 года [6]. Менопауза, или климактерий (климакс), – это преддверие старости, но не сама старость, а закономерный физиологический процесс, который невозможно остановить. Однако в данном периоде необходимо помочь женщине чувствовать себя уверенно и комфортно.

Проявления климактерия у женщин довольно вариабельны. Физиологическое течение климакса характеризуется нормальными адаптационными процессами и не сопровождается ухудшением общего состояния. У 26–48% женщин диагностируется патологическое течение менопаузы, которое сопровождается сосудистыми, эндокринно-обменными и нейропсихическими нарушениями, что способствует развитию соматической патологии и значительно снижает качество жизни (КЖ). Патологическое течение менопаузы рассматривается как мультифакторное заболевание, в развитии которого ведущую роль играют нарушения вегетативной и гормональной регуляции, снижение адаптационных резервов гипоталамуса и недостаточная его приспособляемость к изменившимся условиям функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [2, 9].

К менопаузальным расстройствам относятся:

- вазомоторные симптомы (приливы жара, ночная потливость) – у большинства женщин наблюдаются в течение 7–10 лет после наступления менопаузы и значительно снижают КЖ. Тяжелые приливы коррелируют с факторами риска: суррогатными маркерами ИБС и клиническими сердечно-сосудистыми событиями;
- нарушения сна могут быть связаны с ночной потливостью, но нередко являются независимым признаком перименопаузы и ранней постменопаузы;
- когнитивная дисфункция и расстройства настроения проявляются в перименопаузе и ранней постменопаузе и сопровождаются снижением концентрации внимания, памяти, трудностями в выполнении сложных интеллектуальных задач, депрессией, тревогой, перепадами настроения. Одновременно у женщин могут наблюдаться боли в мышцах и суставах, головные боли, которые связаны с нарушениями настроения и эмоций;
- боли в суставах и мышцах – одни из самых частых симптомов у женщин среднего возраста. Сложные взаимодействия генетических факторов, дефицита половых гормонов и старения, наряду с механическими факторами и системным воспалением, обусловленным метаболическими изменениями, способствуют развитию остеоартрита. Метаболические нарушения, характерные для переходного периода и ранней постменопаузы, оказывают прямое и опосредованное негативное воздействие на здоровье суставов и обменные процессы в хряще, влияя на прогрессирование остеоартрита;
- генитоуринарный синдром – симптомы и признаки атрофических процессов в мочеполовой системе чаще проявляется в поздней постменопаузе и включают сухость, раздражение, зуд и жжение вульвы и влагалища, посткоитальное кровотечение, диспареунию, снижение сексуального влечения и влагалищной смазки во время половой жизни, стрессовое или ургентное недержание мочи;
- сексуальная дисфункция – снижение уровня эстрогенов оказывает негативное воздействие на сексуальную функцию у женщин вследствие многих взаимосвязанных причин (вазомоторные симптомы, нарушение сна, изменение пропорций тела, депрессивные проявления, сухость влагалища, диспареуния);
- изменение массы и пропорций тела – у женщин среднего возраста стабильное увеличение массы тела примерно на 0,5 кг в год и значимое увеличение окружности талии определяется возрастом и негативными влияниями внешних факторов (переедание, малоподвижный образ жизни, хронический стресс, депрессия). В постменопаузе абдоминальное ожирение отмечается в 5 раз чаще, чем у женщин репродуктивного возраста.

Среди перечисленных симптомов классическим проявлением патологического климактерия считаются *приливы жара*, описываемые как внезапное ощущение горячей волны, приливающей к груди, шее и лицу.

Приливы жара часто связаны с покраснением кожи и выделением пота в результате сосудистой дисфункции и колебаний температуры на поверхности кожи и могут сопровождаться негативными эмоциями, тревогой или паникой, существенно влияя на КЖ и общее здоровье ввиду нарушений сна, снижения работоспособности и ограничений в повседневной и социальной активности.

Происхождение приливов жара остается неясным. Одной из первых гипотез, объясняющих связь приливов и гормонов, было предположение о реакции гипоталамуса на утрату эстрогенов. Несмотря на корреляцию приливов жара со снижением уровня эстрадиола в плазме крови и пульсовыми выбросами лютеинизирующего гормона (ЛГ), секреция эстрадиола и ЛГ у женщин с приливами жара и без таковых не отличается. Другие теории этиопатогенеза связывали приливы жара с флуктуациями уровней эстрадиола, снижением гипоталамо-гипофизарной чувствительности и изменениями метаболизма эстрогенов или эстрогеновых рецепторов (ЭР) в результате генетических полиморфизмов. Независимо от приверженности к той или иной теории происхождения приливов все исследователи соглашаются, что непосредственной причиной приливов жара является дисфункция терморегулирующего центра гипоталамуса [6].

Одновременно рассматривается роль других компонентов нейрональной гипоталамической регуляции, среди которых наиболее значимыми признаются серотонинергическая и норадренергическая системы. Непосредственную реализацию приливов жара связывают с норэпинефрином, который включается в терморегуляцию через α-адренергические рецепторы.

Вопрос о том, почему только часть женщин в период менопаузального перехода и постменопаузе страдают приливами жара и другими патологическими проявлениями климакса, остается открытым. Так, в Европе, России и Северной Америке распространенность климактерического синдрома достигает 70–80% [7], а в странах Юго-Восточной Азии и Японии патологическое течение климакса встречается лишь у 5–18% женщин соответствующего возраста.

Попытки связать возникновение приливов жара с этническими и расовыми особенностями не увенчались успехом. Предрасположенность к приливам жара, связанная с полиморфизмом генов, ответственных за *CYP1B1*, *CYP19*, а также ЭР типа α и β, существует, но перечисленные генотипы не ассоциированы с этнической принадлежностью и детерминируют не столько развитие, сколько тяжесть приливов жара, а отсутствие данных полиморфизмов не гарантирует благополучного течения климакса. Причины разницы между распространенностью климактерического синдрома в западных и восточных регионах планеты надо искать в ином направлении, связанном с факторами образа жизни и питания, что поддерживает концепцию о возможности применения альтернативной терапии, основанной на негормональных методах воздействия на течение климактерического синдрома.

«Золотым стандартом» лечения вазомоторных и психосоматических симптомов у женщин в климактерии по-прежнему остается менопаузальная гормональная терапия (МГТ) [2].

Цель МГТ – частично восполнить сниженную функцию яичников при дефиците половых гормонов, используя минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, которые улучшили бы общее состояние больных, обеспечили бы профилактику поздних обменных нарушений и не сопровождались бы побочными эффектами.

Решение о проведении МГТ принимается индивидуально с учетом жалоб, симптомов эстрогенодефицита, КЖ и показателей здоровья, а также учитывая индивидуальные факторы риска, такие как возраст, длительность постменопаузы и риск венозной тромбоэмболии, инсульта, ИБС и рака молочной железы.

МГТ не следует назначать без четких показаний. Решение о дозе и продолжительности МГТ должно приниматься индивидуально с учетом цели терапии, например, уменьшения симптомов.

Противопоказания для МГТ:

- кровотечение из половых путей неясного генеза;
- рак молочной железы и эндометрия;
- острый гепатит;
- острый тромбоз глубоких вен;
- острая тромбоэмболия;
- аллергия к препаратам, входящим в МГТ;
- кожная порфирия.

Следует отдельно выделить противопоказания к некоторым половым гормонам:

- *для эстрогенов:* рак молочной железы ЭР-положительный, рак эндометрия (в анамнезе); тяжелая дисфункция печени; порфирия;
- *для гестагенов:* менингиома.

Относительные противопоказания для МГТ:

- миома матки, эндометриоз;
- мигрень;
- венозный тромбоз и эмболия (в анамнезе);
- семейная гипертриглицеридемия;
- желчнокаменная болезнь;
- эпилепсия;
- рак яичников (в анамнезе).

МГТ не является стандартным режимом терапии для любой женщины.

Применение МГТ, помимо положительного влияния на КЖ, уменьшает выраженность депрессии и диссомнии, снижает риск развития остеопороза, ИБС, дегенеративных процессов в генитоуринарном тракте и т.д. Однако наряду с положительными эффектами использование МГТ сопряжено с некоторыми рисками, главным образом, риском развития рака молочной железы и тромбозами. Сердечно-сосудистые осложнения приема МГТ представлены венозной и артериальной тромбоэмболиями.

В наблюдательных и рандомизированных контролируемых исследованиях выявлено статистически значимое увеличение риска венозной тромбоэмболии у женщин в постменопаузе, принимающих системную МГТ, возраставшего в течение первых 1–2 лет после начала терапии и затем уменьшавшегося. В абсолютных числах этот риск невелик: 11 дополнительных случаев на 10 тыс. женщин в год при использовании эстроген-прогестагенной терапии и 2 дополнительных случая на 10 тыс. женщин в год на фоне эстрогенной терапии среди женщин в возрасте 50–59 лет. Также отмечено некоторое увеличение риска ишемического инсульта у женщин, получающих МГТ в постменопаузе, причем абсолютный риск инсульта оказался существенно ниже у женщин в возрасте 50–59 лет или в течение 5 лет после менопаузы, чем у женщин более старшего возраста в поздней менопаузе. Следует также признать, что пациентки с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе исходно имеют более высокий риск инсульта, поэтому назначение МГТ данной категории больных противопоказано.

Помимо реальных осложнений МГТ, ее применение нередко вызывает малообоснованные опасения как у врачей, так и у пациенток. В результате почти 50% женщин, которые могли бы использовать гормоны, предпочитают не начинать их прием либо прекращают применение МГТ по собственному решению или по совету лечащего врача. Если при полной информированности о пользе и вреде гормонов в ее индивидуальном случае пациентка все-таки отказывается применять МГТ, это не должно становиться причиной отказа врача от ее дальнейшей курации, что актуализирует необходимость исследований в области альтернативных методов терапии. Сегодня к альтернативным методам терапии менопаузальных расстройств относятся множество вариантов медикаментозного и немедикаментозного воздействия, способных повлиять на КЖ и отдаленные риски менопаузальных нарушений, но не имеющих в своем составе молекул, обладающих свойствами половых стероидных гормонов [1].

Фитоэстрогены широко используются в коррекции климактерических расстройств [5, 8, 11]. Будучи функционально близкими к 17-β-эстрадиолу, фитоэстрогены связываются с ЭР, но проводимый ими сигнал избирателен и намного более слаб, чем сигнал эстрадиола. Высокое сродство фитоэстрогенов к ЭРβ определяет их преимущественное влияние на ткани, в которых данный тип рецепторов представлен в большей степени, в том числе на ткани центральной нервной системы (ЦНС).

Фитоэстрогены также способны благоприятно воздействовать на метаболизм, модулировать иммунный ответ и оказывать антиоксидантный эффект [4], хотя клинические аспекты данных эффектов еще не изучены. В ряде работ продемонстрировано положительное влияние фитоэстрогенов на урогенитальные симптомы, психоэмоциональный статус, общее самочувствие, когнитивные функции [6] при отсутствии негативных эффектов в отношении эндометрия и молочной железы. Тем не менее связывание с ЭР оставляет открытым вопрос о возможности их назначения пациентам с эстроген-зависимыми опухолями, в частности, больным раком молочной железы.

Группы химических лекарственных соединений психотропного и нейротропного действия реализуют свои лечебные эффекты через нейромедиаторные системы, вовлеченные в формирование вазомоторных и психосоматических симпто-

мов климактерического синдрома. Отсутствие эстрогенного эффекта позволяет использовать эти препараты у пациенток, имеющих противопоказания к приему МГТ.

На сегодняшний день поиск средств альтернативной терапии климактерического синдрома, не задействованных в механизмах передачи эстрогеновых сигналов, остается крайне актуальным. В этой области перспективным является растительный препарат Фемо-Клим (компания Парафарм, Россия), который воздействует одновременно на оба рычага возникновения климактерических симптомов – дефицит эстрогенов и недостаток тестостерона.

В его составе присутствуют растительные компоненты – порошки из цельных растений-лидеров по содержанию фитоэстрогенов. Последние представляют собой вещества, схожие по своей структуре с 17-β-эстрадиолом. Эти вещества связываются с рецепторами эстрадиола и активируют их. Фитоэстрогены оказывают положительный эффект на состояние сосудистой стенки артерий, подавляют активность костных клеток остеокластов и стимулируют развитие остеобластов, ответственных за рост костной ткани [1, 3]. Кроме того, фитоэстрогены способны поддерживать достаточный уровень увлажненности и упругости кожи, являются мощными антиоксидантами [3, 10].

Препарат Фемо-Клим содержит: β-аланин – 170 мг; гомогенат трутневый адсорбированный (торговая марка «HDBA органик комплекс») – 100 мг; глицин – 90 мг; траву клевера красного – 25 мг; корни солодки голой – 25 мг; листья шалфея лекарственного – 25 мг; пиридоксина гидрохлорид – 0,2 мг.

β-Аланин – это β-аминокислота, которая синтезируется в организме человека и необходима для синтеза карнозина и пантотеновой кислоты, а также является агонистом глициновых рецепторов головного мозга. Карнозин максимально концентрируется в головном мозге и в мышечной ткани, регулирует уровень внутриклеточного кальция и силу мышечных сокращений. Предполагают, что достаточное количество карнозина нормализует работу мышечного слоя сосудов и способствует нормализации терморегуляции. Пантотеновая кислота (витамин B_5) необходима для синтеза ацилкоэнзима А – центрального кофермента биохимическох процессов, вовлеченных в метаболизм белков, жиров и углеводов. Симптомы дефицита витамина B_5 – астения, раздражительность, утомляемость, апатия, парестезии, спазм мышц и другие. β-Аланин способствует накоплению пантотеновой кислоты, вызывая стабилизацию энергетического метаболизма, что приводит к регуляции терморегуляции и уменьшению приливов.

Прямое воздействие β-аланина на глициновые рецепторы ЦНС продемонстрировано в ряде исследований и считается основой клинического эффекта препарата в плане снижения частоты и интенсивности приливов жара несмотря на то, что данное воздействие β-аланина несколько слабее, чем самого глицина.

Такое комплексное воздействие (синтез пантотената, накопление карнозина, активация глициновых рецепторов), с одной стороны, способствует сохранению границ терморегуляторной зоны, а с другой – стабилизации энергетического метаболизма.

Гомогенат трутневый адсорбированный включен в состав препарата для устранения дефицита андрогенов при климактерическом синдроме.

Глицин – агонист глицинового участка NMDA-рецептора глутаматергических структур. Он оптимизирует метаболические процессы в тканях мозга, оказывает седативное и антидепрессивное действие, нормализует процессы возбуждения и торможения в ЦНС, повышает умственную работоспособность, влияет на процессы вегетативной регуляции. Биологическое значение глицина обусловлено также его участием в биосинтезе белков, в частности, коллагена, составляющего основу кожи, костей, хрящей, сухожилий и обеспечивающего их прочность и эластичность.

В литературе имеются сведения об антиоксидантном действии глицина, которое проявляется как снижением содержания продуктов перекисного окисления липидов – малонового диальдегида и диеновых конъюгатов, так и повышением активности антиокислительных ферментов – супероксиддисмутазы и каталазы. Существует гипотеза, что глицин как естественный метаболит организма проявляет свойства антигипоксанта прямого действия, уменьшая степень гипоксического повреждения дыхательной цепи. Терапевтическая эффективность глицина выражается в универсальном антистрессовом действии, нормализации состояния нервной системы в период возбуждения, переутомления или общей астении (мягкое седативное действие), улучшении умственной работоспособности и памяти (ноотропное действие), антитоксическом действии при химических интоксикациях.

Глицин нормализует психоэмоциональное состояние женщины в период климакса, снижает агрессивность, раздражительность, интенсивность вегетососудистых проявлений, нормализует сон.

Трава клевера красного, входящая в состав препарата Фемо-Клим, обладает антидепрессивным действием, снижает выраженность беспокойства у женщин постменопаузального возраста. В ряде исследований показано, что экстракт клевера красного достоверно уменьшает проявление приливов жара при климактерическом синдроме.

Корни солодки голой. В 1976 г. ученые впервые выделили из корня солодки вещество глабридин, которое является фитоэстрогеном и эффективно при климактерическом синдроме. Позднее был открыт глабрен (изофлавен). Данные фитоэстрогены обладают антиоксидантными, противовоспалительными, нейропротекторными, антиатерогенными свойствами. Кроме того, корни солодки голой оказывают спазмолитическое действие на толстую кишку. При климактерических запорах вызывают мягкий слабительный эффект.

Листья шалфея лекарственного. Лекарственное растение шалфей известно как «женская трава», («иньская трава» – в китайской медицине) и издавна применяется для борьбы с симптомами климакса. Растение является также естественным источником флавоноидов и полифенольных соединений (например, карнозацетиновой, розмариновой и кофейной кислот), обладающих сильной антиоксидантной и антибактериальной активностью.

Шалфей традиционно применяется для лечения потоотделения и менопаузальных приливов, а также для облегчения симптомов, связанных с климаксом. Эффективность шалфея лекарственного для лечения приливов во время менопаузы была показана итальянскими учеными в 2011 г.

Витамин B_6 (пиридоксин) необходим для нормального функционирования ЦНС и периферической нервной системы, он также участвует в процессах контроля эмоционального состояния. Витамин B_6 способствует лучшему усвоению магния. В связи с тем, что витамин B_6 оказывает благоприятное влияние на центральный синтез серотонина и ГАМК-нейротрансмиттеров, которые отвечают за контроль настроения, он может способствовать улучшению настроения. Благоприятно воздействует на ЦНС и периферическую нерв-

ную систему, способствует повышению умственной и физической работоспособности.

Сохранить растительные аналоги человеческих половых гормонов при переработке сырья чрезвычайно сложно: большая их часть разрушается при нагревании и очищении от примесей. Однако создателям препарата Фемо-Клим удалось это сделать благодаря применению новейшей технологии криообработки.

Криообработка *(криоизмельчение)* – это революционная технология, которая была разработана в ФГБНУ «Всероссийский институт лекарственных и ароматических растений». Суть этого открытия заключается в том, что на стадии измельчения растительного сырья и удаления влаги применяется сверхнизкая температура (-170°С). Такой способ обработки сырья дает возможность остановить процессы окисления и агрегации. Кроме того, при данной обработке освобождаются основные биологически активные вещества, которые связаны с белковыми молекулами, и в результате происходит лучшее усвоение компонентов препарата.

Препарат Фемо-Клим выпускается в таблетках. Противопоказан при индивидуальной непереносимости компонентов, беременности, лактации.

Таким образом, препарат Фемо-Клим оказывает комплексное разностороннее воздействие на женский организм в сложный для него период постменопаузы. Он позволяет безопасно нормализовать не только уровень эстрогенов, но и концентрацию андрогенов, значительно ослабляет выраженные проявления менопаузы – приливы жара, сокращая их количество и интенсивность. Все компоненты, входящие в состав препарата, физиологически близки организму человека и не нарушают его естественных процессов.

Цель настоящего исследования – оценка изменений когнитивной функции и показателей КЖ у женщин постменопаузального периода на фоне применения препарата Фемо-Клим.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 58 женщин в возрасте от 45 до 57 лет (средний возраст – 51,6±6,4 года) с нейровегетативными и психоэмоциональными нарушениями, которые развились в постменопаузе (в период от 1 года до 7 лет после последней менструации). Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=29) – пациентки получали препарат Фемо-Клим; 2-я группа (n=29) – пациентки не получали МГТ и терапию препаратом Фемо-Клим. В процессе исследования в динамике проведено 4 визита. Использовались методы контроля: динамика индекса Куппермана (нейровегетативные и психоэмоциональные симптомы), а также психодиагностические методики: MoCA-тест (Монреальская шкала оценки когнитивных функций); шкала оценки КЖ SF-36; шкала депрессии Бека. Все пациентки подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Индекс Куппермана основывается на анализе вегетативных, метаболических и психоэмоциональных изменений в период менопаузы. Женщине предлагается оценить выраженность проявлений по 4-балльной шкале от 0 (полное отсутствие симптомов) до 3 баллов (тяжелая форма). Сумма баллов от 12 до 34 свидетельствует о слабом климактерическом синдроме, сумма баллов от 35 до 58 указывает на умеренные проявления, а >59 баллов – на сильную степень выраженности нарушений.

Уровень КЖ определяли по опроснику SF-36, который состоит из 8 частей: физическое функционирование, общее здоровье, ролевая деятельность, телесная боль, жизнеспособность, психологическое здоровье, эмоциональное и социальное функционирование. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: ментальное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Шкала депрессии Бека состоит из 21 пункта, каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Пункты 1–13 – когнитивно-аффективная субшкала, пункты 14–21 – субшкала соматических проявлений. Суммарный балл повышается в соответствии с ухудшением состояния. Сумма баллов от 0 до 9 свидетельствует об отсутствии депрессивных симптомов, 10–15 баллов – легкая депрессия, 16–19 баллов – умеренная депрессия, 20–29 баллов – выраженная депрессия, 30–63 баллов – тяжелая депрессия.

MoCA-тест оценивает различные аспекты когнитивной сферы: память, «лобные» функции (тест соединения букв и цифр, беглость речи), номинативную функцию речи (называние животных), зрительно-пространственный праксис (кубик, часы), внимание и концентрацию, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Тест может применяться для диагностики как сосудистых, так и первично-дегенеративных когнитивных нарушений. Максимально возможное количество баллов – 30; отсутствие когнитивных нарушений диагностируется при ≥26 баллов.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета SPSS 21.0 for Windows. Качественные переменные представлены частотами встречаемости (%), для количественных переменных определяли среднее арифметическое и среднеквадратическое отклонение (M±s). Для определения достоверности различий между группами применяли непараметрический U-критерий Манна–Уитни, который подходит для сравнения малых выборок. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходно 2 группы пациенток не отличались по возрастным характеристикам, менопаузальному статусу и данным лабораторных и инструментальных показателей. Анализ полученных результатов показал, что достоверное снижение тяжести климактерического синдрома (индекс Куппермана) по сравнению с исходными данными достигнуто к завершению исследования только в 1-й группе, во 2-й группе достоверных изменений в динамике не выявлено (см. таблицу).

До начала исследования в группах выявлено снижение уровня КЖ по всем шкалам опросника SF-36. Самые низкие показатели были установлены по шкалам физического функ-

Определение индекса Куппермана в исследуемых группах в динамике

Determination of the Kupperman index in the examined groups over time

Группа	Индекс Куппермана (баллы) (M±s)				p
	до начала исследования	через 3 мес	через 6 мес	через 12 мес	
1-я (n=29)	52,5±4,7	45,9±5,3	37,8±4,9	31,2±4,1	<0,01
2-я (n=29)	52,9±5,1	48,5±4,9	47,8±5,1	49,9±4,8	>0,05

ционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, общего восприятия здоровья, что указывает на низкую самооценку больными своего состояния. Несколько лучше были показатели жизненной активности, социального функционирования, выявляющего способность к общению с друзьями, родственниками.

При сравнении показателей КЖ у пациенток 1-й и 2-й групп через 3, 6, 9 и 12 мес исследования установлена достоверная положительная динамика в 1-й группе по сравнению с исходными данными. В 1-й группе отмечено достоверное увеличение показателей по всем шкалам опросника SF-36, кроме интенсивности боли и жизненной активности, показатели которых изначально были на достаточно высоком уровне. Во 2-й группе, напротив, достоверной положительной динамики по всем оцениваемым шкалам не выявлено. Кроме того, во 2-й группе наблюдалась отрицательная динамика, особенно выраженная по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и психического здоровья.

Подобные изменения зафиксированы и в отношении выраженности симптомов депрессии, оцениваемой по тесту Бека. Уже через 3 мес исследования пациентки 1-й группы, имеющие легкую депрессию, перешли в категорию лиц без симптомов депрессии (p=0,042), а выраженность умеренной депрессии уменьшилась до легкой степени (p=0,045) и сохранялась до конца исследования. Во 2-й группе через 6 мес наблюдения у пациенток с легкой депрессией наблюдалось ухудшение состояния до умеренной депрессии (p=0,038), данные результаты сохранились до конца исследования.

Анализ клинических особенностей нарушений когнитивных функций по MoCA-тесту в начале исследования выявил снижение общего балла в обеих группах до 22–24 баллов, особенно в отношении отсроченной памяти, внимания, беглости речи, выполнения теста с циферблатом. Показатели MoCA-теста в динамике у пациенток 1-й группы улучшились (p=0,029), достигнув к концу исследования значений в 28–29 баллов. При этом у пациенток 2-й группы показатели MoCA-теста имели отрицательную динамику, свидетельствующую о прогрессировании когнитивных расстройств (p=0,047).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, препарат Фемо-Клим способствует эффективному восстановлению когнитивных функций у пациенток в ранней постменопузе. В то же время при отсутствии терапии климактерического синдрома у пациенток в постменопаузе нарастали когнитивные нарушения и снижалось КЖ. У женщин с признаками когнитивных и психоэмоциональных нарушений представляется целесообразным назначение препарата Фемо-Клим в качестве терапии выбора.

* * *

Конфликт интересов не заявлен.

Литература

1. Джоунс О., Струков В., Кислов А. и др. Коморбидный остеопороз: проблемы и новые возможности терапии (ч. 2). *Врач*. 2017; 11: 25–8.
2. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (Протоколы) Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2014; 42 с.
3. Сергеева-Кондраченко М.Ю., Болотина Т.П. Качество жизни больных с сахарным диабетом 2 типа. Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. Мат-лы XVII научно-практ. конф. с междунар. участ. Сб. статей. Пенза, 2014; с. 170–1.
4. Сухих Г.Т., Сметник В.П., Андреева Е.Н. и др. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации. М., 2016.
5. Хабибулина М.М. Влияние альтернативного варианта заместительной гормональной терапии на кардиальные проявления при метаболически здоровом ожирении и гипоэстрогенемии. *Фармация*. 2022; 71 (4): 46–51. DOI: 10.29296/25419218-2022-04-07
6. Юренева С.В., Ильина Л.М. Практическое руководство для врачей по ведению женщин в переходном периоде и в постменопаузе (по материалам обновленных российских и международных рекомендаций). М.: АО «Байер», 2017; 99 с.
7. Яковец С.М., Лызикова Ю.А. Медико-биологические аспекты климактерия. *Проблемы здоровья и экологии*. 2013; 1 (35): 51–7.
8. Baber R.J., Panay N., Fenton A. et al. The IMS Writing Group 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19 (2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
9. Lobo R.A., Davis S.R., De Villiers T.J. et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric*. 2014; 17 (5): 540–56. DOI: 10.3109/13697137.2014.933411
10. Maki P.M. Review article. Verbal memory and menopause. *Maturitas*. 2015; 82 (3): 288–9. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.07.023
11. McCarrey A.C., Resnick S.M. Postmenopausal hormone therapy and cognition. *Horm Behav*. 2015; 74: 167–72. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.04.018

References

1. Jones O., Strukov V., Kislov A. et al. Comorbid osteoporosis: challenges and new diagnostic opportunities (Part 2). *Vrach*. (in Russ.).
2. Menopauzal'naya gormonoterapiya i sokhranenie zdorov'ya zhenshchin v zrelom vozraste. Klinicheskie rekomendatsii (Protokoly) Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. M., 2014; 42 p. (in Russ.).
3. Sergeeva-Kondrachenko M.Yu., Bolotina T.P. Kachestvo zhizni bol'nykh s sakharnym diabetom 2 tipa. Aktual'nye voprosy diagnostiki, lecheniya i reabilitatsii bol'nykh. Mat-ly XVII nauchno-prakt. konf. s mezhdunar. uchast. Sb. statei. Penza, 2014; s. 170–1 (in Russ.).
4. Sukhikh G.T., Smetnik V.P., Andreeva E.N. et al. Menopauzal'naya gormonoterapiya i sokhranenie zdorov'ya zhenshchin v zrelom vozraste. Klinicheskie rekomendatsii. M., 2016 (in Russ.).
5. Khabibulina M.M. The effect of an alternative variant of hormone replacement therapy on cardiac manifestations in metabolically healthy obesity and hypoestrogenemia. *Pharmacy*. 2022; 71 (4): 46–51 (in Russ.). DOI: 10.29296/25419218-2022-04-07
6. Yureneva S.V., Il'ina L.M. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei po vedeniyu zhenshchin v perekhodnom periode i v postmenopauze (po materialam obnovlennykh rossiiskikh i mezhdunarodnykh rekomendatsii). M.: AO «Bayer», 2017; 99 s. (in Russ.).
7. Yakovets S.M., Lyzikova Yu.A. Biomedical aspects of menopause. *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 2013; 1 (35): 51–7 (in Russ.).
8. Baber R.J., Panay N., Fenton A. et al. The IMS Writing Group 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19 (2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
9. Lobo R.A., Davis S.R., De Villiers T.J. et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric*. 2014; 17 (5): 540–56. DOI: 10.3109/13697137.2014.933411
10. Maki P.M. Review article. Verbal memory and menopause. *Maturitas*. 2015; 82 (3): 288–9. DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.07.023
11. McCarrey A.C., Resnick S.M. Postmenopausal hormone therapy and cognition. *Horm Behav*. 2015; 74: 167–72. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.04.018

TREATMENT OF WOMEN WITH MENOPAUSAL SYNDROME: AN ALTERNATIVE TO MENOPAUSAL HOR-MONE THERAPY

*Professor **M. Sergeeva**-Kondrachenko, MD*
Penza Institute for Postgraduate Training of Physicians, Branch, Russian Medical Acade-my for Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia

Pathological menopause in 26-48% of women is accompanied by vascular, endocrine-metabolic, and neuropsychiatric disorders, which favors the development of somatic disease and substantially reduces quality of life. It is considered as a multifactorial disease, in the development of which the leading role is played by impaired autonomic and hormonal regulation, the decreased adaptive reserves of the hypothalamus and its insufficient adaptability to the changed conditions for the functioning of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis. It is always impossible to prescribe menopausal hormone therapy, so a search for alternative therapy for menopausal syndrome remains extremely relevant.

In this area, Femoklim (Parafarm, Russia) is one of the promising herbal remedies, an agent that simultaneously affects both triggers of menopausal symptoms, such as estrogen and testos-terone deficiency. The authors give the results of their own study assessing cognitive function changes and quality of life indicators in postmenopausal women using the natural non-hormonal agent Femoklim.

Key words: *therapy, menopausal syndrome, quality of life, Femoklim.*
For citation: *Sergeeva-Kondrachenko M. Treatment of women with menopausal syndrome: an alternative to menopausal hormone therapy. Vrach. 2022; 33 (7): 35–40. https://doi.org/10.29296/25877305-2022-07-07*

ПАРАФАРМ

ФЕМО-КЛИМ

НАТУРАЛЬНОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

- Облегчает проявления климакса, в том числе сокращает частоту и силу приливов;
- способствует возмещению дефицита эстрогенов и тестостерона;
- способствует снижению повышенной утомляемости у женщин в менопаузе;
- стабилизирует психоэмоциональное состояние;
- снижает риск быстрого набора веса, характерный для менопаузы.

100 ЛУЧШИХ ИЗОБРЕТЕНИЙ РОССИИ

Состав:

- β-аланин – 170 мг;
- гомогенат трутневый адсорбированный (HDBA органик комплекс) – 100 мг;
- глицин – 90 мг;
- трава клевера красного – 25 мг;
- корни солодки голой – 25 мг;
- листья шалфея лекарственного – 25 мг;
- пиридоксина гидрохлорид (витамин B_6) – 0,2 мг.

ПОЛУЧИ БЕСПЛАТНО

образец «Фемо-Клима» и дайджест посвященных ему научных работ, отправив заявку по Viber, WhatsApp +7 (902) 354 4137 или по электронной почте pos@osteomed.su

Фармацевтическая премия Зеленый крест · Медаль Президента РФ · Золотой Меркурий · Золотой домкрат

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ