Климактерический синдром. Лечение

План:

* Понятие и классификация климактерического синдрома.
* Лечение климактерического синдрома.
* Заместительная гормональная терапия.

* **Климактерий** (климакс, климактерический период) — физиологический период жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений организма доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе.

* **Климактерический синдром** — патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами.

Классификация климактерического синдрома

По степени тяжести :

* Легкий (до 10 приливов в сутки);
* Средний (10-20 приливов в сутки);
* Тяжелый (более 20 приливов в сутки).

По клиническим проявлениям:

* типичная форма;
* осложненная форма - в сочетании с ишемической, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, артропатией, остеопорозом;
* атипичная форма - превалируют симптомы, свидетельствующие о первичных нарушениях в области гипоталамуса, что проявляется гипоталамическим синдромом (чаще всего при раннем климаксе у молодых женщин).

Лечение

Выделяют немедикаментозное, медикаментозное и гормональное лечение климактерического синдрома.

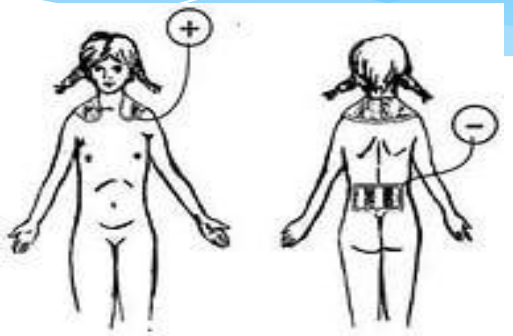
* Немедикаментозное лечение заключается в использовании лечебной физкультуры, массажа, гимнастики, нормализации питания – в рацион вводятся фрукты и овощи, растительные жиры. Рекомендуется бальнеотерапия, иглорефлексотерапия.
* Медикаментозное лечение применяется для нормализации работы нервной системы.
* Гормональное лечение.

Немедикаментозная терапия:

* утренняя гимнастика;
* лечебная физкультура;
* общий массаж;

* правильное питание (овощи, фрукты, растительные жиры должны преобладать в рационе);

* физиотерапевтическое лечение (воротник с новокаином по Щербаку, элетросон, импульсные токи, процедуры по 7-8 раз);



* санаторно-курортное лечение - гидротерапия, бальнеотерапия, радоновые ванны.

Медикаментозная негормональная терапия:

* витамины А, С, Е ;

* нейролептические препараты - препараты фенотиазинового ряда - метеразин, этаперазин, трифтазин, френолон; начинают с маленьких доз, и оценивают эффект через 2 недели; при передозировке - сонливость, вялость; даются в течение 4-15 недель, постепенно снижая дозу при отмене; можно применять аминазин (до 6 недель);

* транквилизаторы - диазепам, элениум;
* если климактерический синдром сочетается с гипертонической болезнью, то хорошим эффектом обладает в данном случае резерпин - снижается давление, и дает нейролептический эффект; однако если несколько лет назад этим препаратам отдавалось преимущество, то сейчас для лечения чаще применяют гормональные препараты.

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ)

Основные принципы ЗГТ:

* Определение показаний, противопоказаний, факторов риска индивидуальная оценка соотношения польза/риск.
* Использование минимальных эффективных доз, снижение дозы в постменопаузе.
* Индивидуальный выбор препарата.
* Наблюдение, ежегодный контроль за состоянием эндометрия и молочных желёз.
* Проведение перед терапией специального обследования, во время терапии — ежегодный контроль.
* Использование лишь натуральных эстрогенов и их аналогов; применение небольших доз эстрогенов, соответствующих ранней фазе пролиферации у молодых женщин.
* Обязательное сочетание эстрогенов с прогестагенами (при сохранённой матке), что предотвращает развитие ГПЭ.

В 2004 г. на ежегодном форуме «Мать и дитя» выработан и рекомендован к применению всеми гинекологами «Консенсус заместительной гормональной терапии», ещё более минимизирующий негативное влияние половых гормонов, в первую очередь эстрогенов, на сердечнососудистую систему и риск возникновения опухолей. Согласно «Консенсусу», при назначении ЗГТ нужно учитывать следующие условия:

* преждевременная и ранняя менопауза;
* наличие симптомов климактерического синдрома;
* урогенитальные расстройства;
* профилактика остеопороза;
* улучшение качества жизни.

Показания к применению ЗГТ в перименопаузе:

- Наличие климактерических расстройств (приливы, потливость, бессонница, сердцебиение, слабость, раздражительность, нервозность, подавленное настроение).
- Атрофические изменения в урогенитальном тракте, следствием которых становятся сухость во влагалище, диспареуния, учащённое и непроизвольное мочеиспускание. При назначении терапии только по поводу этих расстройств препаратами выбора служат местные низкодозированные средства.
- Профилактика остеопороза и переломов костей в период менопаузы у женщин группы риска независимо от наличия климактерических симптомов.

Показания к применению ЗГТ в постменопаузе

В постменопаузе принято выделять кратковременные и долгосрочные показания для ЗГТ.

Кратковременные показания — терапевтическое воздействие на вазомоторные, нейровегетативные, косметические, психологические проявления.

Долгосрочные показания:

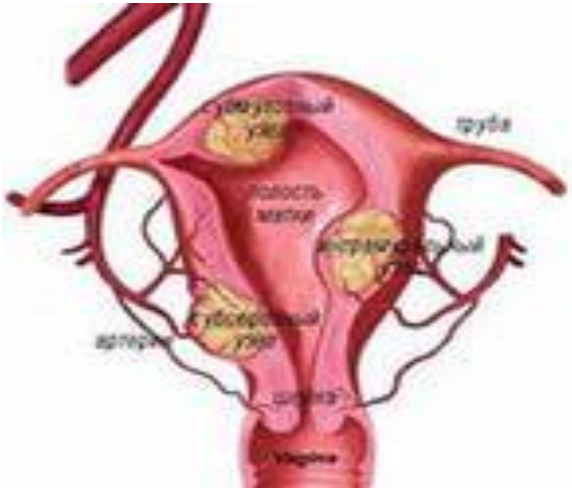
* профилактика остеопороза, ишемической болезни сердца, депрессии, болезни Альцгеймера;
* лечение УГР и сексуальных расстройств;
* улучшение качества жизни женщин.
* У большинства пациенток длительная ЗГТ (3–5 лет и более) оказывает как лечебное, так и профилактическое воздействие.

Абсолютные противопоказания к назначению ЗГТ:

- Наличие перенесённого ранее или подозрение на рак молочных желёз.
- Наличие или подозрение на эстрогензависимый рак половых органов (рак эндометрия).
- Кровотечения неясного генеза.
- Нелеченая ГПЭ.
- Идиопатическая или острая венозная тромбоэмболия (тромбоз глубоких вен, лёгочная эмболия).
- Наличие или недавно перенесённые заболевания, в основе которых лежит артериальный тромбоз (стенокардия, инфаркт миокарда).
- Нелеченая гипертензия.
- Острые заболевания печени.
- Непереносимость компонентов препарата.
- Кожная порфирия (ферментопатия).

Относительные противопоказаниия к назначению ЗГТ:

- ММ.
- Эндометриоз.
- Мигрень.
- Венозный тромбоз и тромбоэмболия в анамнезе.
- Семейная гипертриглицеридемия.
- Желчнокаменная болезнь.
- Эпилепсия.
- Повышенный риск развития рака молочной железы.



Ограничения показаний к ЗГТ:

* ●Возраст старше 65 лет при первичном назначении.
* ●Применение исключительно для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний или деменции при отсутствии климактерических расстройств.
* Оптимальные сроки для начала ЗГТ, так называемое «окно терапевтических возможностей» — период перименопаузы.

Риски и преимущества ЗГТ в пери и ранней постменопаузе:

* ●крайне малый риск в первые 5 лет;
* ●незначительный сердечно-сосудистый риск до 60 лет;
* ●эффективное купирование менопаузальных симптомов и сохранение качества жизни;
* ●сохранение костной массы и профилактика переломов.

Существуют 3 основных режима ЗГТ:

* ●монотерапия эстрогенами или гестагенами;
* ●комбинация эстрогенов с прогестагенами в различных режимах (циклическом и непрерывном);
* ●комбинация эстрогенов с андрогенами.

При более длительном применении в каждом конкретном случае нужно соизмерять эффективность (например, снижение риска перелома бедренной кости вследствие остеопороза) и безопасность (степень риска развития рака молочной железы или тромбозов) этой терапии.

Монотерапия эстрогенами.

* Рекомендуют женщинам с удалённой маткой (за некоторыми исключениями).
* Применяют эстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 21–28 сут, затем перерыв 1 нед; 2 мг 1 раз в сутки постоянно.
* Парентеральное введение показано при нечувствительности к ЛС для приёма внутрь, заболеваниях печени, поджелудочной железы, синдроме мальабсорбции, нарушениях в системе гемостаза, высоком риске венозного тромбоза, гипертриглицеридемии до и на фоне перорального применения эстрогенов (особенно конъюгированных), гиперинсулинемии, артериальной гипертензии, повышенном риске образования камней в жёлчных путях, курении, мигрени, для снижения инсулинорезистентности и улучшения толерантности к глюкозе, для повышения приверженности к ЗГТ.

DIAGOC.RU

Схемы лечения:

* ●эстрадиол, гель; нанести на кожу живота или ягодиц, 0,5–1,0 мг (дивигель©) или 0,75–1,5 мг (эстрожель©) 1 раз в сутки постоянно или
* ●пластырь, высвобождающий эстрадиол; приклеить на кожу, 0,05–0,1 мг 1 раз в неделю постоянно;

Монотерапия гестагенами

Назначают в пременопаузе женщинам с ММ и аденомиозом, не требующих оперативного лечения, с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Схемы лечения:

- дидрогестерон 10–20 мг внутрь 1 раз в сутки с 5го по 25й день менструального цикла; 10–20 мг 1 раз в сутки с 11го дня цикла в течение 2 нед;
- левоноргестрел, внутриматочная система (Тобразный стержень с контейнером, содержащим 52 мг левоноргестрела; поддерживает выделение левоноргестрела в полость матки на уровне 20 мкг/сут); ввести в полость матки однократно;
- медроксипрогестерон 10 мг внутрь 1 раз в сутки с 5го по 25й день менструального цикла; 10 мг 1 раз в сутки с 16го по 25й день менструального цикла;
- прогестерон (микронизированный) 100 мг внутрь 3 раза в сутки с 5го по 25й день менструального цикла; 100 мг 3 раза в сутки с 16го по 25й день менструального цикла; во влагалище 100 мг 3 раза в сутки с 5го по 25й день; 100 мг 3 раза в сутки с 16го по 25й день менструального цикла.

Комбинированная терапия

* Комбинированная терапия двух или трёхфазными эстрогенгестагенными препаратами в циклическом или непрерывном режиме показана женщинам в перименопаузе с сохранённой маткой.

<u>Двухфазные эстрогенгестагенные препараты в циклическом режиме:</u>

* ♦ эстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 9 сут, затем эстрадиол 2 мг и левоноргестрел 0,15 мг внутрь 1 раз в сутки 12 сут, затем перерыв 7 сут;
* ♦ эстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 11 сут, затем эстрадиол 2 мг и ципротерон 1 мг внутрь 1 раз в сутки 10 сут, затем перерыв 7 сут.

<u>Двухфазные эстрогенгестагенные препараты в непрерывном режиме:</u>

* ♦ 7βэстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 14 сут, затем 17βэстрадиол 2 мг и дидрогестерон 10 мг внутрь 1 раз в сутки 14 сут;
* ♦ 7βэстрадиол 1 мг внутрь 1 раз в сутки 14 сут, затем 17βэстрадиол 2 мг и дидрогестерон 10 мг внутрь 1 раз в сутки 14 сут.
* ●Двухфазные эстрогенгестагенные препараты с пролонгированной эстрогенной фазой в непрерывном режиме: эстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 7 сут, затем эстрадиол 2 мг и медроксипрогестерон 20 мг внутрь 1 раз в сутки 14 сут, затем плацебо 1 раз в сутки 7 сут.

Трёхфазные эстрогенгестагенные препараты в непрерывном режиме:

* ♦7βэстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 12 сут, затем 17βэстрадиол 2 мг и норэтистерон 1 мг внутрь 1 раз в сутки 10 сут, затем 17βэстрадиол 1 мг внутрь 1 раз в сутки 6 сут;
* ♦эстрадиол 2 мг внутрь 1 раз в сутки 11 сут, затем эстрадиол 2 мг и медроксипрогестерон 10 мг внутрь 1 раз в сутки 10 сут, затем эстрадиол 1 мг внутрь 1 раз в сутки 7 сут.
* Терапия комбинированными монофазными эстрогенгестагенными препаратами в непрерывном режиме показана женщинам в постменопаузе с сохранённой маткой. Данный режим гормональной терапии рекомендуют также женщинам, подвергшимся гистерэктомии по поводу наружного генитального эндометриоза, аденомиоза. При наличии тяжёлого климактерического синдрома после излечения начальных стадий рака эндометрия и злокачественных опухолей яичников (излеченный РШМ, вульвы и влагалища не считают противопоказаниями к гормональной терапии) не ранее чем через 1–2 года после операции возможно назначение гормональной терапии (согласуют с онкологами).

* Схемы лечения:
* ●эстрадиол 2 мг и диеногест 2 мг внутрь 1 раз в сутки постоянно;
* ●эстрадиол 2 мг и медроксипрогестерон 5 мг или оба в половинной дозе внутрь 1 раз в сутки постоянно;
* ●17βэстрадиол 1 мг и дидрогестерон 5 мг внутрь 1 раз в сутки постоянно;
* ●17βэстрадиол 2 мг и норэтистерон 1 мг внутрь 1 раз в сутки;
* ●эстрадиол 1 мг и дроспиренон 2 мг внутрь 1 раз в сутки постоянно.

* К альтернативным ЛС у женщин в постменопаузе относят препарат тиболон. В связи с уникальным механизмом действия тиболон выделен в отдельный класс терапии —STEAR (*Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator*) — тканеспецифичный регулятор эстрогенной активности, обладающий селективным эстрогенным, гестагенным и андрогенным эффектами в
* различных тканях. Предпочтение данному препарату перед другими традиционными средствами следует отдавать при выраженной астенизации, наличии сексуальной дисфункции у женщин в постменопаузе, а также при ММ небольших размеров и гиперпластических процессах эндометрия в анамнезе. Тиболон назначают внутрь 2,5 мг 1 раз в сутки постоянно.

Фитотерапия, терапия гомеопатическими ЛС

При наличии противопоказаний к ЗГТ или нежелании женщины принимать ЗГТ возможно назначение растительных (фитогормонов, фитоэстрогенов) и гомеопатических ЛС.

Фитоэстрогены — нестероидные растительные молекулы, обладающие эстрогеноподобной активностью. Выделяют триосновных класса фитоэстрогенов (в некоторых справочниках куместаны относят к изофлавоноидам):

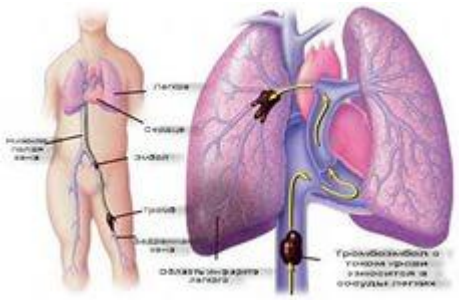
* ●изофлавоноиды — производные гликозидов; содержатся в соевых бобах, других стручковых растениях, чечевице, гранатах, финиках, семенах подсолнечника, капусте, красном клевере и др.; в кишечнике изофлавоноиды подвергаются гидролизу и метаболизму, в результате чего образуются соединения с эстрогенной активностью: формононетин, дейдзеин и др.;
* ●лигнаны — энтеродиол и энтеролактон — продукты осуществляющегося под воздействием микроорганизмов кишечника метаболизма из предшественников (секоизоларицирезинола и метанрезинола), находящихся преимущественно в наружном слое зёрен, особенно пшеницы, ржи и риса, пищевых растительных волокнах, семенах льна, орехах, фруктах (вишне, яблоках) и овощах (чесноке, моркови);
* ●куместаны — основной представитель — куместрол.

* В зависимости от растворимости фитоэстрогены делят на две большие группы: водорастворимые и жирорастворимые (фитостерины).

* **Фитогормоны** — вещества растительного происхождения, оказывают терапевтический эффект благодаря изофлавиновой структуре. Они содержатся в таких растениях, как цимицифуга, мельброзия, рапонтицин. Одним из таких препаратов, содержащих в качестве основной составляющей экстракт *Cimicifuga racemosa*, является климадинон. Этот лекарственный
* фитопрепарат назначается по 30 капель или 1 таблетке 2 раза в день.

Побочные эффекты

Длительная комбинированная ЗГТ (более 5 лет) может увеличивать риск развития рака молочной железы. Поэтому при пероральном приёме эстрогенов следует использовать вагинальное или внутриматочное введение прогестагенов. При наличии факторов риска возможны тромбоэмболические осложнения, особенно в первый год лечения. В таких случаях показана терапия парентеральными препаратами: эстрогены в виде пластыря или геля и прогестагены вагинально или внутриматочно.



Информация для пациентки

Пациентке должна быть представлена полная информация о преимуществах и возможных факторах риска ЗГТ, информация об альтернативных методах купирования ранних и лечения поздних осложнений, возникающих на фоне дефицита эстрогенов. Женщина должна понимать, что климакс — начало нового этапа жизни, который можно так же интересно и активно прожить, как и предыдущие годы. Необходимо осознавать, что наступило время ограничить себя или лучше совсем отказаться от таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя. Постоянное движение и сбалансированное питание помогут профилактике остеопороза и заболеваний сердца и сосудов. В идеале гормональная терапия — рациональное дополнение к здоровому образу жизни. Жизнеутверждающий настрой, внимание к своему физическому и душевному состоянию — решающие факторы для сохранения высокого качества жизни женщины надолго, до самого преклонного возраста.

Спасибо за внимание!!!☺️