

наоборот, стимуляторов фертильности. Выделенные из растений фитоэстрогены по своей химической структуре сходны с человеческими гормонами. Следовательно, они обладают потенциальной способностью модифицировать механизмы, регулирующие половой цикл и репродуктивные процессы у человека. Ближайшим родственником эстрогенов называют фитоэстроген эстрон, который в большом количестве содержится в финиках и гранатах. Чрезвычайно богаты фитоэстрогенами зеленая кукуруза, клевер луговой, хмель, фасоль, злаки, цитрусовые, шпинат, морковь, брокколи, чечевица, семена подсолнечника, кожица красного винограда, яблоки. Кроме того, мы потребляем их вместе с оливковым, тминным, соевым, кунжутным и льняным маслом. Общеизвестны богатые эстрогенами травы, такие как пажитник (хельба), шалфей, черный тмин и масло черного тмина, красный клевер, зародыши пшеницы, петрушка, изофлавоны сои, боровая матка, красная щетка. Женщинам старшей возрастной группы, выполнившим детородную функцию, для терапии КС рекомендован прием трав с эстрогенным эффектом в непрерывном режиме длительно(до 5 лет и более). Пациенткам репродуктивного возраста для лечения бесплодия их назначают в I (фолликулиновую) фазу с 3-5-го по 15-18-й день менструального цикла. Травы с прогестагенным действием рекомендованы к применению во II (лютеиновую) фазу с 15-18-го по 25-28-й день цикла, после чего следует перерыв 5-6 дней. В качестве адъювантной терапии КС, возникшего при гипозэстрогении медикаментозного генеза, в ходе проводимого исследования пациенткам назначали фитоэстрогенный препарат Фемофит № 2 в виде фиточая и капель, содержащий в своем составе компоненты трав боровой матки и красной щетки. Фиточай Фемофит №2 пациентки принимали по 1 стакану (1 пакетик)2 раза в день за 30-40 мин до еды; капли Фемофит №2 – по 20-30 капель на 1/2 стакана воды до еды 1-2 раза в день. В контрольной группе применялись традиционные препараты.

Сравнительный анализ эффективности терапии гипозэстрогении обеими группами препаратов проводили через 1; 3 и 6 мес. после начала их приема на фоне лечения основного заболевания. Фитопрепараты были назначены трем различным по этиологии гипозэстрогении и возрасту, но сходным по клиническим проявлениям (КС)группам пациенток, у которых лабораторно выявлена достоверная эстрогенная недостаточность. Первую группу составили 26 женщин репродуктивного возраста, перенесшие двухстороннюю овариоэктомию. Во вторую группу вошли 34 женщины репродуктивного возраста, страдавшие ранее ановуляторными формами бесплодия на фоне выраженной гипозэстрогении и имевшие последствия беременности на фоне индукции овуляции. Третью группу составили 140 пациенток старшей возрастной группы (от 40 до 55 лет) с клиническими проявлениями КС.

Обследование женщин перед началом лечения включало: анализ жалоб и состояния менструальной и генеративной функций; общий и гинекологический осмотры; обследование молочных желез; тесты функциональной диагностики; общий анализ крови и мочи; ультразвуковое исследование органов малого таза; определение в плазме крови концентрации лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона, эстрадиола, прогестерона, дегидроэпиандростендиона, кортизола, пролактина, тиреотропного гормона; медико-социальное анкетирование. Для сбора информации использовали метод опроса и письменного анкетирования. Необходимо подчеркнуть, что психоэмоциональная реакция респондентов на данное обследование в абсолютном большинстве случаев была положительной – участницы исследования с энтузиазмом и желанием добросовестно отвечали на все вопросы. Ни у одной женщины подобная умственная нагрузка не спровоцировала приливов, изменения настроения и отрицательных эмоций. Почти все (97%) опрошенные считали, что состояние их здоровья требует тщательного наблюдения. Вместе с тем подавляющее большин-

ство женщин неудовлетворительно оценивало качество оказываемой им по месту жительства медицинской помощи. Более того, около 70% женщин вообще не собирались обращаться к врачу, опасаясь недоумения по поводу их жалоб и неадекватной оценки состояния их здоровья. Для определения степени выраженности клинических проявлений КС нами использованы модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) и соответствующая шкала его оценки в баллах: легкая степень – от 15 до 30 баллов, средней тяжести – от 36 до 46 баллов и тяжелая – более 46 баллов. В обоих случаях отмечен значительный положительный эффект на уменьшение симптомокомплекса, спровоцированного дефицитом эстрогенов. Тяжесть течения КС в течение 1-го месяца терапии у 100% женщин расценена как легкая (ММИ от 15 до 30 баллов), ни у одной пациентки не отмечено КС среднейтяжелой или тяжелой степени. На 3-м месяце ЗГТ у 90% женщин ММИ соответствовал легкому течению КС (14-30 баллов), у 10% лиц – средней степени тяжести (36-46 баллов); ни у одной пациентки проявление КС не расценено как тяжелое.

Через 6 мес. лечения такие жалобы, как мышечно-суставная боль, жажда, пониженное артериальное давление, ожирение, слезливость,«гусиная» кожа, сердцебиение в покое, выявлялись менее чем у 10% женщин. На фоне приема препарата Фемофит №2 появляющиеся симптомы КС были непродолжительными и невыраженными, не приводили к значительному снижению качества жизни женщин. Интенсивность, продолжительность этих симптомов значительно уступали аналогичным проявлениям КС без применения фитотерапии. Таким образом, использование фитопрепарата Фемофит №2 в виде чая и капель оправданно для лечения гипозэстрогенных состояний как альтернатива или дополнение к синтетическим эстрогенам. **Эффективность исследуемых фитопрепаратов «Фемофит» равнозначна синтетическим аналогам и при регулярном применении достоверно высока. Учитывая стоимость и форму выпуска (чай, капли), фитопрепарат Фемофит №2 более доступен для потребителя. В ходе данного исследования не зафиксировано ни одного случая появления каких-либо аллергических реакций или случаев индивидуальной непереносимости применяемого средства.**

Выводы

Гипозэстрогения – часть естественного процесса старения в результате угасания функции яичников. Средний возраст наступления менопаузы – 51 год. Менопауза наступает раньше у курящих и нерожавших женщин. Гипозэстрогению следует исключать у всех женщин после 45 лет, перенесших операции на придатках и страдавших ранее ановуляторным бесплодием. При выраженной и длительной гипозэстрогении неизбежны появления изменений со стороны сосудистой, сердечно-сосудистой, вегетативной нервной и костной систем. С целью профилактики осложнений климактерического периода наиболее целесообразным является назначение препаратов ЗГТ. Она эффективна при КС в 80-90% случаев, вдвое снижает риск инфаркта миокарда и инсульта, а также увеличивает продолжительность жизни даже тех больных, у которых при ангиографии определяется сужение просвета коронарных артерий. Кроме того, ЗГТ улучшает функции ЦНС и психологическое состояние женщин в постменопаузе. Лечение вызванных гипозэстрогенией остеопении и остеопороза имеет большое значение и должно быть разнонаправленным. Ключевым звеном этой терапии должно быть достижение необходимого уровня эстрадиола и по возможности устранение причин, приводящих к развитию гипозэстрогении. Было бы наивным считать, что все беды старения можно ликвидировать с помощью гормональных средств. Однако следует признать неразумным отказ от больших возможностей гормонотерапии для сохранения здоровья женщин в климактерии.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВАГИНОЗОВ И КАНДИДОМИКОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРОГРАММАХ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ю.В. Ермаков,

Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка

Профилактика и лечение не вынашивания (вторичного бесплодия) – одна из актуальнейших и приоритетных задач современной репродуктологии. Преждевременные роды – проблема не только актуальная, но и дорогостоящая. Каждый случай преждевременных родов обходится бюджету в крупную денежную сумму, в которую входят расходы на содержание в клинике и выплаты по инвалидности. В разных странах этот показатель колеблется от 5 до 20% от общего количества родов. Частота преждевременных родов в течение последних лет в России сохраняется в пределах 7%, в США – 7,5%, во Франции – 6%, в Норвегии – 8,0%, в Шотландии – 6,8%.

По данным медицинского центра (КОЦОЗМиР), в 2011-2012 гг. показатель преждевременных родов варьировал от 10,5 до 11%, что отражалось на показателе перинатальной смертности (до 12,3‰).

Согласно данным литературы одной из главных причин преждевременных родов является бактериальный вагиноз (БВ).

БВ – это широко распространенное среди женщин любого репродуктивного возраста состояние. Статистически подтверждено, что до 1537% беременных и до 40% женщин с частыми (рецидивирующими) воспалениями влагалища имеют это состояние. Более чем в 90% случаев БВ встречается среди пациенток с жалобами на длительные и обильные «непонятные» выделения. Очень широко распространено это состояние на территории с повышенным радиационным фоном: до 6065%.

Кроме того, несмотря на кажущуюся безобидность, БВ может провоцировать во время беременности достаточно серьезные осложнения: достоверно БВ – одна из причин самопроизвольных абортoв, преждевременного разрыва оболочек плода и преждевременных родов, циститов и пиелонефритов беременных, поздних гестозов.

На базе областной консультативной поликлиники (отделение медицинской генетики и планирования семьи КОЦОЗМиР) за 6 месяцев 2012 г. в кабинете репродуктивного здоровья врачом репродуктологом было проконсультировано более 400 беременных, проживающих в Киевской области и относящихся к группе повышенного риска по не вынашиванию (один и более самопроизвольных абортoв или преждевременных родов в анамнезе).

Из общей популяции выделены несколько категорий беременных по возможным причинам не вынашивания беременности:

Таблица. Результаты исследования				
Группа	А	В	С	Д
Общее количество беременных, которым проведено лечение	25 (100,0%)	25 (100,0%)	50 (100,0%)	50 (100,0%)
Количество оздоровленных (по результатам 1-го контрольного обследования)	20 (80,0%)	22 (88,0%)	44 (88,0%)	41 (82,0%)
Количество не оздоровленных (по результатам 1-го контрольного обследования)	5 (20,0%)	3 (12,0%)	6 (12,0%)	9 (18,0%)
Количество рецидивов (по результатам 2-го контрольного обследования)	7 (28,0%)	2 (8,0%)	3 (6,0%)	11 (22,0%)
Итоговое количество беременных, достигших срока родов оздоровленными	13 (52,0%)	20 (80,0%)	41 (82,0%)	30 (60,0%)

1. Беременные с проявлениями эндокринопатии (гиперандрогенемия, гипопрогестеронемия, гипертиреоз, ожирение) (159 наблюдений).
2. Беременные с проявлениями истмикоцервикальной недостаточности и аномалиями матки (29 наблюдений).
3. Беременные с частыми микотическими инфекциями до беременности (118 наблюдений).
4. Беременные с лабораторно подтвержденным БВ (82 наблюдения).
5. Беременные, страдавшие ранее вторичными формами бесплодия (57 наблюдений).

Среди причин не вынашивания беременности легче всего предотвратить именно БВ и кандидомикоз, поэтому в проводимом исследовании приняли участие беременные, относившиеся к 3 и 4 категориям (всего 150 наблюдений).

Из 50 беременных с достоверно выявленным и лабораторно подтвержденным БВ (наличие ключевых клеток в мазке и гарднерелл в бактериальном посеве) в сроках 24 и более недель гестации:

- 25 беременных (группа А) прошли курс монотерапии препаратами, утвержденными протоколами МЗ Украины (вагинальные таблетки, содержащие тернидазол, неомицина сульфат, нистатин и преднизолон);
 - 25 беременных (группа В) на фоне традиционного лечения использовали средства для интимной гигиены «Фемофит» (производитель «НПО Фито-БиоТехнологии»), представленные компанией «Голден-Фарм» для клинического опробования, в виде геля и пенки, а также продолжали его использование до родов.
- 100 беременным с выявленным кандидомикозом влагалища назначали антимикотики флуконазол перорально по 150 мг двукратно; из них:
- 50 беременных (группа С) после проведенного лечения использовали гели и пенки «Фемофит» с целью профилактики рецидивов;
 - 50 беременных (группа D) – не использовали.

Всем беременным (150 наблюдений) с целью контроля двукратно проводилось микроскопическое исследование мазков на наличие ключевых клеток и спор дрожжевого грибка и бактериологическое исследование посевов на наличие Gardnerella vaginalis и Candida albicans: после проведенного лечения (1-е контрольное обследование) и перед родами в сроках 37-38 нед. гестации (2-е контрольное обследование). Полученные результаты отражены в таблице.

Выводы

1. Использование средств для интимной гигиены беременными после лечения (с профилактической целью) существенно снижает риск рецидивирования заболеваний (количество рецидивов среди беременных групп А и D составляет 22,0% при кандидозе и 28,0% – при БВ, а среди беременных групп В и С – соответственно 6,0 и 8,0%).
2. Использование средств для интимной гигиены беременными в период лечения и на протяжении всего периода беременности до родов значительно улучшает ожидаемый прогноз (количество оздоровленных беременных к моменту родов групп А и D составляет 60,0% при кандидозе и 52,0% – при БВ, а среди беременных групп В и С – соответственно 82,0 и 80,0%).
3. Не было ни одного случая появления каких-либо местных аллергических реакций или случаев индивидуальной непереносимости применяемых средств для

интимной гигиены.

4. Вовремя проведенная санация позволила снизить количество преждевременных родов в наблюдаемой группе с 12,5 до 8,2%.

Таким образом, средства для интимной гигиены на основе растительных компонентов с уровнем pH от 3,8 до 4,5 повышают эффективность традиционного лечения урогенитальных инфекций, снижают риск рецидивирования, не вызывают местных аллергических реакций и дискомфорта. Средства интимной гигиены могут быть рекомендованы к использованию как дополнение к основному лечению во время беременности, а также как профилактическое средство на протяжении всей беременности.

«Женскими» травами принято называть растения, оказывающие активное воздействие на репродуктивную систему женщины. Они способны модифицировать механизмы, регулирующие половой цикл и репродуктивный процесс: педу-преждают гормональные нарушения, активизируют защитные силы организма, корректируют нарушения функций всей моче-половой системы, препятствуют старению организма.

ФИТОЧАЙ и КАПЛИ

Каждое растение этого сбора поистине уникально, каждое индивидуально – бесценный дар народной медицины, в фитотерапии применяют при определенных нарушениях функций репродуктивной системы. Во многих случаях растения обладают подобным действием, но обязательно имеют также индивидуальные особенности. Правильно подобранный состав фиточаев усиливает действие и расширяет спектр воздействия благодаря взаимодополняющему действию трав.В данных травяных композициях сделана ставка на синергичное действие сбора и извлечение максимальной пользы для женского организма.

Фиточай расфасованы в фильтр-пакеты: заварить траву в такой упаковке легко даже на работе.

Капли обеспечивают удобство применения, быстроту действия и точность дозировки.

ФИТОЧАЙ №1 (1,5г №20) Состав: Матка Боровая, Ромашка Лекарственная, Душица Обыкновенная, Цветы Календулы, Цветы Гибискуса, Травы Стевии.

ФИТОЧАЙ №2 (1,5г №20) Состав: Матка Боровая, Красная Щетка.

КАПЛИ (50мл) Состав: Матка Боровая, Красная Щетка.

ПЕНКА и ГЕЛЬ
ДЛЯ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ

Формула пенки и геля специально разработана с учетом физиологичного pH влагалища. Моющая основа не содержит щелочи и создана на основе компонентов полученных из пшеницы, а молочная кислота является индуктором местного иммунитета влагалища.

Этот комплекс в сочетании с женскими травами - залог поддержки баланса микрофлоры, комфорта и гармонии.

АКТИВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:

Молочная кислота обеспечивает естественную защиту и помогает поддерживать сбалансированный кислотно-щелочной баланс интимной зоны.

Эфирное масло ромашки аптечной и экстракты женских трав, Красной Щетки и Матки Боровой обеспечивают комфорт, поддерживают защитные функции организма, предотвращают развитие дисбактериоза.

Пантенол, аллантоин и оливковое масло способствуют заживлению микротрещинок, успокаивают кожу, обеспечивают ей необходимый уровень увлажнения.

НЕ СОДЕРЖИТ лаурилсульфат натрия (SLS), парабены, мыло (щелочь);

СОДЕРЖИТ молочную кислоту, лактат натрия, «ЖЕНСКИЕ» травы (эфирное масло ромашки лекарственной, экстракт красной щетки, экстракт матки боровой), масло оливковое, пантенол, аллантоин;

- pH 3,8 - 4,5.

Производитель:
ООО «НПО «ФитоБиоТехнологии», Украина, Киев

Эксклюзивный дистрибьютор в Украине:
ЧП «Голден-Фарм», г.Киев, тел.: +38 (044) 501 04 98.
www.goldenfarm.com.ua

Эксклюзивный дистрибьютор в Республике Казахстан:
ТОО "Аманат", Караганда, тел. +7 (7212) 908-000.
www.biosfera.kz, www.amanat.kz

Эксклюзивный дистрибьютор в Республике Молдова:
Tetis International Co SRL, Кишинёв, тел.: +373 22 45 95 55, e-mail: farma@tetis.md

Эксклюзивный дистрибьютор в Республике Беларусь:
ООО «Медикалфорт», г. Минск, тел.: +375 17 328 09 10.
www.medicalfort.by

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОЭСТРОГЕНОВ
В ЛЕЧЕНИИ ЭСТРОГЕНДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Ю.В. Ермаков,

Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка

Эстрогены (греч. oistros – неистовое желание, гennaο – создавать) – женские половые гормоны, синтез которых происходит в основном в яичниках, в меньшей степени – в корковом веществе надпочечников. Начиная от эмбрионального и до пубертатного периода эстрогены вырабатываются в женском организме в небольшом количестве. С пубертата их уровень резко повышается, что определяет фенотипические характеристики женщины и ее способность к деторождению. В связи с естественными процессами старения к 40-45 годам жизни яичники постепенно снижают свою активность. При эомсекреция половых гормонов становится монотонной и в постменопаузе практически полностью прекращается. Аналогичная ситуация может возникать и у женщин репродуктивного возраста, перенесших операции на придатках (овариоэктомию) или страдающих эндокринными формами бесплодия. В.П. Сметник (1980) предложила свое название этому состоянию – «синдром истощения яичников». Частота встречаемости этого синдрома в популяции составляет 1,65%. Он является одной из форм преждевременной яичниковой недостаточности, при которой нормально сформированные яичники прекращают свою функцию раньше обычного или ожидаемого времени менопаузы (до 49,1 года).

Гипоэстрогения – состояние, при котором уровень эстрогенов ниже референсных значений нормы. Независимо от причинного фактора ее возникновения последствия и, соответственно, клинические проявления данного гормонального нарушения (соматические жалобы и риски патологических состояний) у разных категорий пациенток идентичны. По этой причине их объединяют в понятия климактерического синдрома (КС),а также пре- и постменопаузального синдромов, характеризующихся общей симптоматикой и такими жалобами, как нестабильность артериального давления, головная боль, психовегетативные расстройства, сердцебиение в покое, непереносимость высокой температуры, судороги/онемение конечностей, дермографизм, сухость кожи, потливость, повышенная возбудимость, нарушение сна, приливы жара, симпатоадреналовые кризы, мышечно-суставная боль, атрофия гениталий, утомляемость, снижение памяти, слезливость, изменение настроения и либидо. Риски патологических состояний, возникающих вследствие дефицита эстрогенов, также однотипны и характерны для гипоэстрогенных состояний любой этиологии и возраста. Так, на фоне гипоэстрогении повышается риск остеопороза, травм (перелома шейки бедренной кости, лучевой кости, компрессионных переломов позвонков), заболеваний сердечно-сосудистой (инфарктов, инсультов) и мочеполовой (атрофические кольпиты, уретриты и циститы) систем.

Остеопороз – заболевание, при котором наблюдается снижение минеральной плотности костной ткани и ее перестройка, вследствие чего повышается риск переломов. К сожалению, степень потери компактного и губчатого вещества кости в большинстве случаев остается неизвестной вплоть до возникновения перелома. Доказано, что потеря костной ткани в постменопаузе достигает 3-5%в год. Риск перелома шейки бедренной кости у женщин с гипоэстрогенией составляет 30%. Примерно 20% из них умирают в течение 3 мес. после перелома от осложнений длительной иммобилизации. Остеопороз на стадии переломов крайне трудно поддается лечению.

Заболевания сердечно-сосудистой системы имеют много предрасполагающих факторов, самым главным

из которых остается возраст. С возрастом риск сердечно-сосудулярной патологии повышается как у мужчин, так и у женщин. Риск смерти от ишемической болезни сердца у женщин детородного возраста в 3 раза ниже, чем у мужчин, однако в постменопаузе он резко повышается. В настоящее время доказано, что в развитии сердечно-сосудистых заболеваний большую роль играет гипоэстрогения. Так, у женщин, получающих эстрогены, риск инфаркта миокарда и инсульта снижается более чем в 2 раза.

Заболевания мочеполовой системы представлены атрофическим уретритом и циститом, которые проявляются учащенным и болезненным мочеиспусканием, императивными позывами, недержанием мочи при напряжении, а также рецидивирующими инфекциями мочевых путей. Обусловленные гипоэстрогенией атрофия эпителия и укорочение мочеиспускательного канала приводят к недержанию мочи. Назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) эффективно у 50% больных в постменопаузе, страдающих недержанием мочи при напряжении.

В последние годы убедительно показана возможность значительно улучшить качество жизни пациенток с гипоэстрогенией с помощью ЗГТ, позволяющей купировать проявления КС, и при этом на 40-50% снизить вероятность возникновения сердечно-сосудистой патологии, остеопороза, недержания мочи. Для ЗГТ используются конъюгированные эстрогены, эстрадиола валерат, эстриола сукцинат. В США чаще применяются конъюгированные эстрогены, в странах Европейского региона – эстрадиола валерат. Перечисленные эстрогены не оказывают выраженного воздействия на печень, факторы коагуляции, углеводный обмен и т.д. В Украине общеизвестны такие препараты для ЗГТ растительного происхождения, как климактоплан, климадинон, а также натуральные эстрогены – клиогест (монофазный), дивина, климен, циклопрогинова, климаонорм (двухфазные).

Несмотря на явные преимущества, ЗГТ не получила широкого распространения. В зрелом возрасте у многих женщин диагностируют миому матки, эндометриоз, гиперпластические процессы репродуктивных органов. В некоторых литературных источниках приводятся данные, что только около 25-30% женщин с гипоэстрогенией, живущих в экономически развитых странах, принимают эстрогены. В Украине этот показатель значительно ниже. Это объясняется большим числом пациенток, имеющих относительные противопоказания и ограничения к применению ЗГТ, низким уровнем образованности населения и консервативностью медицинских работников. Все это заставляет искать альтернативные методы лечения гипоэстрогенных состояний (физическая активность, ограничение или отказ от курения, уменьшение потребления кофеина, сахара, соли, сбалансированная диета, включающая фитоэстрогены).

Растительные фитоэстрогены и антиандрогены

Фитоэстрогены (phytoestrogens) – это разнородная группа нестероидных соединений растительного происхождения, которые благодаря своей структуре, сходной с эстрадиолом, могут вызывать эстрогенный и/или антиэстрогенный эффект. Впервые фитоэстрогены были обнаружены и выделены в 1926 г. Еще со времен Гиппократ и Авиценны было известно об использовании ряда растений и овощей, богатых фитоэстрогенами,в качестве контрацептивных средств или,

