

# Улучшение качества жизни пациенток в пери- и постменопаузе

Профессор Ю.Э. Доброхотова, профессор Е.И. Боровкова, к.м.н. М.Р. Нариманова

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

## РЕЗЮМЕ

Качество жизни – это субъективное восприятие человеком своего физического, психического и социального функционирования, а здоровье является его интегральной характеристикой. Климактерический синдром, развивающийся у 80% пациенток в период менопаузального перехода, значительно снижает качество жизни. Тактика ведения пациенток определяется клиническими проявлениями менопаузального перехода и теми жалобами, которые женщина считает для себя значимыми. Применение менопаузальной гормональной терапии не всегда позволяет улучшить качество жизни, что связано с многокомпонентностью причин, вызывающих его нарушение. Комплексный подход к ведению пациенток в пери- и менопаузальном периоде улучшает качество жизни женщин. В ряде случаев применение негормональных препаратов позволяет добиться хороших клинических результатов и улучшить качество жизни пациентки. Результаты крупномасштабного многоцентрового исследования, проведенного в России, доказали эффективность применения фиксированного комплекса цитрата магния с пиридоксином (Магне В<sub>6</sub> форте) для уменьшения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни пациенток в пери- и менопаузальном периоде.

**Ключевые слова:** качество жизни, климактерический синдром, менопаузальная гормональная терапия, вазомоторные симптомы, мастодиния, цитрат магния, пиридоксин.

**Для цитирования:** Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Нариманова М.Р. Улучшение качества жизни пациенток в пери- и постменопаузе // РМЖ. 2017. № 26. С. 1961–1964.

## ABSTRACT

Improvement of quality of life in peri- and postmenopausal women

Dobrokhotova Yu.E., Borovkova E.I., Narimanova M.R.

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

Quality of life is a subjective perception of a human's physical, mental and social functioning, and health is its integral characteristic. Climacteric syndrome, which develops in 80% of patients during the menopause, significantly reduces the quality of life. The tactics of managing patients is determined by the clinical manifestations of the menopausal transition and those complaints that the woman considers to be significant. The use of menopausal hormone therapy does not always improve the quality of life, which is due to the multicomponent nature of the causes that lead to its violation. An integrated approach to the management of patients in the peri- and menopausal period improves the quality of life of women. In a number of cases, the use of non-hormonal drugs allows to achieve good clinical results and improve the quality of life of the patient. The results of a large-scale multicenter study conducted in Russia have proved the effectiveness of using a fixed complex of magnesium citrate with pyridoxine (Magne B<sub>6</sub> forte) to reduce the severity of clinical manifestations and improve the quality of life of patients in the peri-menopausal period.

**Key words:** quality of life, climacteric syndrome, menopausal hormonal therapy, vasomotor symptom, mastodynia, magnesium citrate, pyrioxin.

**For citation:** Dobrokhotova Yu.E., Borovkova E.I., Narimanova M.R. Improvement of quality of life in peri- and postmenopausal women // RMJ. 2017. № 26. P. 1961–1964.

## Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни определяется как восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей. Качество жизни обусловлено физическими, социальными и эмоциональными факторами. Социальная оценка включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Именно здоровье является интегральной характеристикой физического, психического и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии [1]. Понятие качества жизни положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Именно поэтому пациент, являясь главным потребителем медицинских услуг, дает наиболее объективную оценку качеству полученной медицинской помощи. Проведение исследования качества жизни на основании оценки субъективных показателей является надежным, высокоинформа-

тивным, чувствительным и экономичным инструментом оценки не только состояния здоровья, но и эффективности лечения.

## Качество жизни при климактерическом синдроме

Качество жизни женщин с климактерическим синдромом значительно снижено за счет появления симптомов дефицита эстрогенов, повышения уровня тревожности и синдрома вегетативной дисфункции.

Менопаузальный переход, или перименопауза, начинается в среднем за 4 года до последней менструации и характеризуется нерегулярным менструальным циклом, появлением приливов, нарушением сна, перепадами настроения, сухостью слизистой влагалища [1–3]. Практически все женщины в перименопаузе отмечают нарушение характера менструальных кровотечений, до 80% пациенток испытывают приливы, но только 20–30% из них обращаются за помощью к врачу [4–7].

Биологический возраст женщины не является достоверным маркером старения репродуктивной системы. В связи с этим рабочей группой экспертов STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) разработана система критериев оценки возрастных изменений функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (STRAW +10) [1, 2].

Первые изменения качества жизни могут появиться уже на этапе **позднего репродуктивного периода**, когда возможно нарушение менструального цикла по типу его укорочения [4]. **Период менопаузального перехода** характеризуется вариабельностью циклов, стабильным уровнем эстрадиола в крови и относительным дефицитом прогестерона. Менструальные циклы могут оставаться овуляторными, но длительность их несколько сокращается в связи с укорочением фолликулярной фазы до 10 дней вместо 14 [2]. При развитии длительных задержек менструаций могут появляться вазомоторные, психологические и урогенитальные симптомы дефицита эстрогенов. Только у 5–10% пациенток менопаузальный переход протекает бессимптомно [8–10]. Постменопауза – это период после наступления менопаузы. Вазомоторные симптомы в подавляющем большинстве случаев появляются уже в его ранней стадии, которая продолжается 5–8 лет. Затем наступает поздняя постменопаузальная фаза [1, 2, 10].

#### **Клинические проявления менопаузального перехода**

Характерным признаком менопаузального перехода и ранней постменопаузы является появление приливов, сухости во влагалище, мастодинии, нарушения сна и депрессии [8]. Частота депрессии в 2,5 раза выше в период менопаузального перехода, чем у женщин в постменопаузе [11–13].

Приливы являются наиболее распространенным симптомом и развиваются у 80% женщин [12]. В ранний период менопаузального перехода они обычно клинически не выражены [10]. Без проведения терапии приливы самопроизвольно прекращаются через 4–5 лет, однако у 9% женщин могут сохраняться до 70 лет [10].

Приливы, развивающиеся в ночное время, называются ночными потами и приводят к нарушению ритма сна, в 65% случаев сочетаясь с полным пробуждением. Дефицит первых 4-х ч сна и дефицит фазы быстрого сна приводят к усталости, раздражительности, затруднениям концентрации внимания и перепадам настроения в течение дня. Суммарная распространенность бессонницы в начале менопаузального перехода достигает 46%, а присоединение симптомов тревоги и депрессии еще больше ее усугубляет [7, 12].

К другим симптомам климактерия относятся кожные парестезии, ночные боли и онемение конечностей, боли, связанные с опорно-двигательным аппаратом, головные боли. Значительная часть женщин отмечает увеличение массы тела, снижение мышечного тонуса, ухудшение состояния кожи, появление морщин, что значительно усугубляет общий психоэмоциональный фон [5, 6, 14, 15].

Боль и нагрубание молочных желез достаточно распространены в начале переходного периода, их выраженность уменьшается к менопаузе [15]. Развитие мастодинии связано с резкими колебаниями уровня эстрадиола в крови и относительной гипопрогестеронемией.

Все вышеперечисленное в совокупности приводит к значительному ухудшению качества жизни пациенток, по-

явлению тревожности и мнительности, а в ряде случаев и к развитию стойкой и тяжелой депрессии.

#### **Тактика ведения**

Тактика ведения пациенток определяется клиническими проявлениями менопаузального перехода и теми жалобами, которые женщина считает для себя значимыми.

Для женщин, предъявляющих жалобы на появление вазомоторных симптомов и других клинических проявлений климактерия, необходимо решить вопрос о целесообразности применения менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Целью ее является частичное восполнение дефицита половых гормонов за счет введения их минимально оптимальных доз, достаточных для улучшения общего состояния женщин.

Показаниями для назначения МГТ в настоящее время являются [12]:

- вазомоторные симптомы с изменением настроения, нарушением сна;
- симптомы урогенитальной атрофии, сексуальная дисфункция;
- низкое качество жизни, связанное с климактерием, включая артралгии и мышечные боли;
- преждевременная и ранняя менопауза, естественная или хирургическая менопауза.

Согласно рекомендациям Международного общества по проблемам менопаузы выбор препарата, схемы, длительности и метода введения является индивидуальным и проводится с учетом показаний и противопоказаний, индивидуального и семейного анамнеза. Проведение МГТ показано при наличии климактерического синдрома средней и тяжелой степени с использованием минимально эффективных доз лекарственных средств. Обязательным является проведение обследования до и в процессе гормональной терапии, а сроки непрерывного приема МГТ не должны превышать 10 лет [4].

Существуют разные шкалы оценки выраженности вазомоторных проявлений климактерического синдрома. Удобная для практики классификация градирует их на приливы средней степени выраженности, которые не мешают обычной деятельности, умеренной выраженности, нарушающие обычную деятельность, и выраженные, при которых выполнение обычной деятельности невозможно [7].

**Женщины со средней выраженностью приливов** обычно не нуждаются в применении лекарственных препаратов. Соблюдение простых рекомендаций, таких как понижение температуры в помещении, использование вентиляторов, ношение многослойной одежды, исключение применения провокаторов (острая пища, горячие напитки, спиртное, стрессовые ситуации) поможет снизить количество приливов. У данных пациенток эффективно применение негормональных препаратов и адаптогенов [16, 17].

**Пациентки с умеренно выраженными приливами** нуждаются в проведении МГТ с учетом противопоказаний и желаний самой пациентки. Для тех, кому МГТ противопоказана, рекомендуется применение негормональных препаратов и адаптогенов [17, 18].

Помимо приливов частыми жалобами являются появление мастодинии или масталгии, которые усугубляют настороженность пациенток и страх перед развитием онкологических заболеваний. Мастодиния может быть обусловлена различными причинами. Среди них:

# МАГНЕ В<sub>6</sub><sup>®</sup>



## БОЛЕЕ ЧЕМ У 80% БЕРЕМЕННЫХ ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ<sup>1,2</sup>

Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> — единственная линейка препаратов магния,  
отвечающая всем требованиям РОАГ к современным  
магнийсодержащим ЛС<sup>1,3</sup>.

**КАЧЕСТВО  
ПРОИЗВОДСТВА**



Европейский сертификат  
качества Good Manufacturing Practice<sup>4</sup>

**ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ  
БАЗА**



22 исследования  
в акушерстве и гинекологии<sup>5</sup>

**МИРОВОЙ ОПЫТ  
ПРИМЕНЕНИЯ**



Зарегистрирован в 52 странах.  
46 лет применения во Франции<sup>4</sup>



Магне В<sub>6</sub><sup>®\*\*</sup> позволяет снизить риски акушерских  
осложнений у женщин с дефицитом магния в **2** раза<sup>6</sup>.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:



2-3 РАЗА В ДЕНЬ



ВО ВРЕМЯ ЕДЫ

1. Макацария А.Д. и соавт. Распространенность дефицита магния у беременных женщин. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 5 (11):25-34 2. Серов В.Н. и соавт. Результаты исследования распространенности дефицита магния у беременных. Акушерство и гинекология. № 6. 2014. С. 33-40. 3. О пленуме Президиума Российского общества акушер-гинекологов. Акушерство и гинекология. 2015; 5: 113-115. 4. Согласно внутренним данным группы компаний «Санофи». 5. Громова О.А. и соавт. Мета-анализ эффективности и безопасности применения органических солей магния в акушерской практике. Акушерство и гинекология. 2014;10:34-41. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Джобава З.М. Распространенность дефицита магния у беременных женщин. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 5 (11):25-34. Серов В.Н. и соавт. Результаты исследования дефицита магния у пациенток с гормонально-зависимыми заболеваниями. Акушерство и гинекология. 2015;6:91-97. 6. Снижение риска невынашивания на 51%, риска развития плацентарной недостаточности на 67%, риска преэклампсии на 65%, риска преждевременных родов – на 66%, данные метаанализа Громовой О.А., 2014<sup>4</sup>  
\* Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> – единственная линейка магнийсодержащих ЛС для восполнения дефицита магния, зарегистрированных на территории РФ, среди лекарственных форм которой присутствует питьевой раствор, содержащий магния пидолат.  
\*\* Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> восполняет дефицит магния.

**Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup>.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Действующие вещества: магния лактат, пиридоксина гидрохлорид. Показания к применению: установленный дефицит магния, изолированный или связанный с другими дефицитными состояниями. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, выраженная почечная недостаточность, фенилкетонурия, детский возраст до 6 лет, непереносимость фруктозы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции, дефицит сахаразы-изомальтазы, одновременный прием леводопы. Способ применения и дозы. Взрослым 6-8 таблеток в сутки, детям старше 6 лет (массой тела более 20 кг) 4-6 таблеток в сутки. Суточную дозу следует разделить на 2-3 приема, принимать во время еды, запивать стаканом воды. Применять с осторожностью при умеренной степени почечной недостаточности. Нежелательные эффекты: аллергические реакции, диарея, боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм. SARU.MGP.17.05.0669

Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция) 125009, Москва, ул. Тверская, 22  
Тел.: (495) 721-14-00 факс: (495) 721-14-11. www.sanofi.ru

**SANOFI**

Для получения более подробной информации ознакомьтесь  
с полной инструкцией по медицинскому применению.

- Большие размеры молочных желез, боль связана с растяжением связок Купера.
- Рацион питания и образ жизни, при этом употребление кофеина не влияет на развитие фиброзно-кистозных изменений и выраженность мастодинии [19, 20]. Курение же усиливает болевые ощущения за счет повышения уровня адреналина [21–23].
- МГТ, примерно у 1/3 пациенток развиваются нециклические боли в молочных железах [24–26].
- Протоковая эктазия вследствие асептического воспаления [27].
- Заболевания молочной железы (мастит, рак) и другие состояния (тромбофлебит, травма, кисты, предшествующие операции на молочной железе, применение препаратов (гормоны, антидепрессанты, сердечно-сосудистые средства, антибиотики) [28].

У ряда пациенток источник боли находится за пределами молочной железы (боль в груди, позвоночнике, травма или рубцы от биопсии, заболевания желчных путей, легких, пищевода или кардии, межреберная невралгия). Боль в грудной стенке может быть связана с перерастяжением большой грудной мышцы, остеохондрозом (синдром Титце) и шейным артритом, которые обычно вызывают двусторонний парастеральный дискомфорт [29].

Важным этапом диагностики причин мастодинии является опрос пациентки. Необходимо уточнить локализацию боли, двустороннее или одностороннее расположение, связь с приемом лекарственных средств, родами или менструальным циклом, время начала боли (связь с травмой, интенсивными физическими упражнениями, стрессом), наличие местных симптомов (эритема, язва) и заболеваний шеи или спины. Однако окончательный диагноз ставится только после применения объективных методов диагностики (маммография, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография). Вероятность ассоциации мастодинии с раком молочной железы крайне низка и находится в пределах от 0,5 до 3,3% [28]. Боль в груди может возникнуть во время манифестации рака груди, хотя обычно связана с наличием смежных доброкачественных, кистозных изменений молочной железы.

При развитии мастодинии чаще всего назначается симптоматическая терапия. Могут быть использованы ацетаминофен и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) как местно, так и системно [30–32]. При возникновении боли на фоне применения МГТ необходимо пересмотреть показания к ее продолжению [33]. Использование локально прогестерона позволяет уменьшить выраженность боли при циклическом применении препарата [34, 35]. Кроме того, использование адаптогенов и негормональных препаратов также способствует снижению выраженности мастодинии. Хорошие результаты получены при длительном применении фиксированного комплекса цитрата магния с пиридоксином (Магне В<sub>6</sub> форте). Магний и пиридоксин потенцируют всасываемость друг друга из желудочно-кишечного тракта, что и обуславливает эффективность комбинированного приема данных средств. Пиридоксин необходим для синтеза серотонина из триптофана в центральной нервной системе, обеспечивая достаточный седативный и анксиолитический эффект.

Недавно были опубликованы результаты крупномасштабного рандомизированного исследования, включившего более 11 000 пациенток. Целями работы были изучение распространенности дефицита магния в российской по-

пуляции и оценка качества жизни пациентов [36]. Большую группу составили женщины с климактерическим синдромом (n=3808), разделенные на две подгруппы в зависимости от использования и неиспользования МГТ. Для негормонального купирования симптомов климактерического синдрома пациентки получали фитоэстрогены (36,2%), седативные препараты (16,9%), витаминно-минеральные комплексы (15,3%). Средний возраст пациенток составил 51,1±4,9 года. В обеих подгруппах (применяющих и не применяющих МГТ) среди распространенных жалоб отмечено нарушение сна [36].

В течение 4-х нед. женщины получали фиксированную комбинированную терапию цитратом магния и пиридоксином в составе препарата Магне В<sub>6</sub> форте, параллельно были оценены изменение концентрации магния в сыворотке крови и качество жизни женщин.

По результатам исследования была доказана высокая распространенность дефицита магния у пациенток перименопаузального возраста (55 и 63,9% в группах с и без МГТ соответственно). Подтверждена высокая эффективность применения Магне В<sub>6</sub> форте для восполнения дефицита магния и снижения выраженности симптомов, связанных с его недостаточностью в организме. Установлено положительное влияние терапии на качество жизни пациенток при высоком профиле безопасности препарата [36].

### Заключение

Период менопаузального перехода начинается в среднем за 4 года до окончания менструаций и характеризуется нерегулярным менструальным циклом, гормональными колебаниями, появлением вазомоторных симптомов, нарушениями сна, изменениями в половой сфере и значительно снижает качество жизни пациенток.

В настоящее время именно качество жизни, оцениваемое по субъективным критериям, является для врача тем объективным маркером, который позволяет определить индивидуализированный подход и тактику ведения каждого конкретного пациента.

Проведенные крупномасштабные исследования показали, что не всегда можно решить проблемы климактерического периода за счет назначения МГТ. В ряде случаев применение негормональных препаратов позволяет добиться хороших клинических результатов и улучшить качество жизни пациентки.

Результаты крупномасштабного многоцентрового исследования, проведенного в России, доказали эффективность применения фиксированного комплекса цитрата магния с пиридоксином для уменьшения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни пациенток в перименопаузальном периоде.

### Литература

1. Harlow S.D., Gass M., Hall J.E. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging // *J Clin Endocrinol Metab.* 2012. Vol. 97. P. 1159–1168.
2. Bromberger J.T., Schott L.L., Kravitz H.M. et al. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) // *Arch Gen Psychiatry.* 2010. Vol. 67. P. 598–607.
3. Maki P.M., Freeman E.W., Greendale G.A. et al. Summary of the National Institute on Aging-sponsored conference on depressive symptoms and cognitive complaints in the menopausal transition // *Menopause.* 2010. Vol. 17. 815–822.
4. Santoro N., Brockwell S., Johnston J. et al. Helping midlife women predict the onset of the final menses: SWAN, the Study of Women's Health Across the Nation // *Menopause.* 2007. Vol. 14. P. 415–424.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>