



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЗАМІСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ СИМПТОМІВ МЕНОПАУЗИ

**Керівництво
Королівського коледжу акушерства і гінекології Великобританії**

Друге видання — вересень 2010 р.
(перша публікація — 2006 р.)

1. Вступ

Попри опубліковані нещодавно оптимістичні результати досліджень щодо безпечності традиційної замісної гормональної терапії (ЗГТ), жінки та їх лікарі, як і раніше, стурбовані її можливими ризиками, особливо стосовно молочних залоз і серцево-судинної системи. Така занепокоєність посилює зацікавленість альтернативними методами ЗГТ вазомоторних симптомів менопаузи. Вибір методу терапії залишається непростим, а докази ефективності та безпечності багатьох препаратів — обмеженими. Втім, є й кілька винятків, що стосуються препаратів, стосовно яких останніми роками було проведено суворіші рандомізовані дослідження. Це керівництво, розроблене Науково-консультативним комітетом і оновлене після першої публікації (2006 р.), покликано ознайомити читача із сучасним станом знань щодо альтернативних методів ЗГТ для лікування симптомів менопаузи.

2. Поради щодо стилю життя

Існують докази того, що активні жінки, як правило, менше

страждають від симптомів менопаузи [1]. На жаль, дані рандомізованих контрольованих досліджень щодо впливу аеробних вправ на вазомоторні та інші симптоми менопаузи є обмеженими [2]. Результати досліджень свідчать, що аеробні вправи можуть поліпшити психологічне здоров'я та якість життя жінок із вазомоторними симптомами. Крім того, кілька рандомізованих контрольованих досліджень у жінок середнього/менопаузального віку виявили, що аеробні вправи сприяють істотному поліпшенню кількох загальних симптомів, пов'язаних з менопаузою (наприклад, самопочуття, якість життя, пов'язана зі здоров'ям, безсоння), порівняно із жінками контрольної групи, які не робили такі вправи. Фізичне навантаження низької інтенсивності (наприклад, йога) корисне у зменшенні проявів вазомоторних симптомів і поліпшенні психологічного стану жінок у менопаузі.

Не всі види фізичної активності полегшують симптоми менопаузи. Нерегулярні вправи з високим навантаженням можуть, навпаки, погіршити їх. Найкращою є регулярна фізична активність зі сталим навантаженням (плавання чи біг) [1]. Повне виключення або іс-

тотне обмеження споживання алкоголю та кофеїну зменшує тяжкість і частоту вазомоторних симптомів [3].

3. Нефармакологічні альтернативні засоби, що застосовуються при сухості піхви

Хоча значна кількість лубрикантів та препаратів для вагінального зволоження доступна без рецепта, у Великобританії можуть призначатися лише два з них: ReplensMD™ (Anglian Pharma, Overton, Hants) і Sylk (SYLK Ltd, Hemel Hempstead, Herts). До складу цих засобів входить комбінація захисних та загущуючих речовин на водорозчинній основі. Вони застосовуються для зменшення сухості піхви під час статевого акту і діють тривалий час, можуть містити біоадгезивний полікарбонільний полімер, який приєднується до муцину та епітеліальних клітин на стінках піхви і зберігає воду.

Зволожувачі позиціонуються як засоби тривалої дії для зняття симптомів вагінальної сухості і застосовуються рідше [4]. Звертаємо увагу, що доказів їх ефективності недостатньо.

4. Фармакологічні альтернативні засоби, що застосовуються при менопаузальних симптомах

4.1. Прогестагени

Прогестагени були популярною альтернативою комбінованій ЗГТ у жінок із вазомоторними симптомами і протипоказаннями до застосування естрогенів (рак молочної залози чи матки, венозний тромбоз). Рандомізовані дослідження показали ефективність мегестролу ацетату порівняно з плацебо в лікуванні вазомоторних симптомів менопаузи [5]. Проте деякі дослідження, такі як Women's Health Initiative (Ініціатива жіночого здоров'я), кинули тінь на безпечність прогестагенів, довівши збільшення ризику виникнення раку молочної залози при ЗГТ у комбінації естрогенів і гестагенів (а не лише естрогенів) [6, 7]. Таким чином, гестагени не показані для лікування жінок, які мають підвищений ризик виникнення раку молочної залози, особливо з пухлинами, що мають рецептори до прогестерону. Крім того, гестагени у терапевтичних дозах, які застосовують для лікування вазомоторних симптомів, можуть збільшити ризик розвитку венозної тромбоемболії [8].

4.2. Альфа-2 агоністи

Клонідин — агоніст альфа-2 центральної дії — був одним з найпопулярніших альтернативних препаратів для лікування вазомоторних симптомів. На жаль, ефективність цього препарату досі не підтверджено. У найкращому разі, дані досліджень є суперечливими. Подвійне сліпе рандомізоване контрольоване дослідження клонідину з пероральним шляхом введення не показало скорочення частоти приливів [9]. Виникла думка, що уникнення метаболізму збільшить його ефективність: останнє випробування з використанням клонідину з трансдермальним шляхом введення продемонструвало його ефективність у скороченні частоти приливів [10].

Систематичний огляд і мета-аналіз підтвердили незначну перевагу клонідину над плацебо, проте ефект був значно нижчим, ніж ефект естрогену, а побічні ефекти можуть обмежити використання клонідину для багатьох жінок [11].

4.3. Бета-блокатори

Бета-блокатори розглядалися як можливий варіант лікування вазомоторних симптомів, проте невеликі дослідження їх ефективності розчарували.

4.4. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну

Цей клас препаратів є одним з тих, що найчастіше використовуються в клінічній практиці як альтернатива ЗГТ для полегшення симптомів менопаузи.

Існує значна кількість доказів ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) і селективних інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН) у лікуванні вазомоторних симптомів. Є дані щодо ефективності СІЗЗС (флуоксетин [12] і пароксетин [13]), проте найбільш переконливими є дані для венлафаксину (СІЗЗН) у дозуванні 37,5 мг двічі на день [14]. Дослідження були короткими, тривали всього кілька тижнів. 9-місячне плацебо-контрольоване дослідження циталопраму та флуоксетину не довели їх ефективності [15].

Основним недоліком цих препаратів (особливо СІЗЗН) є виражена нудота, що часто призводить до передчасного закінчення лікування, коли максимальної ефективності полегшення симптомів менопаузи ще не досягнуто. Ці препарати можуть також негативно впливати на лібідо і сексуальну реакцію [16]. Дослідження аналога венлафаксину довели, що ефективність препарату залишається високою, тоді як побічні ефекти зменшуються [17]. Для ліцензування цього продукту в більшості країн необхідні подальші дослідження.

4.5. Габапентин

Антиепілептичний препарат габапентин показав ефективність у скороченні частоти приливів порівняно з плацебо. В дослідженні з використанням габапентину в дозі 900 мг/день було продемонстровано 45% зменшення частоти приливів і 54% зниження їх інтенсивності [18]. В одному з останніх рандомізованих досліджень габапентин у дозі 600 мг порівнювали з низькодозовим трансдермальним естрадіолом (25 мкг) при застосуванні у жінок, які мали інтенсивність приливів від помірної до дуже тяжкої. Дослідження показало полегшення симптомів в обох групах, проте естроген був ефективнішим [19]. Загалом, несприятливий профіль побічних ефектів (сонливість, запаморочення, втома) може обмежити використання препарату [11, 19].

4.6. Дегідроепіандростерон

Дегідроепіандростерон (ДГЕА) спочатку використовували у США як харчову добавку для сповільнення процесу старіння жінок у постменопаузі. Кілька досліджень показали його позитивний вплив на скелет, когнітивні функції, самопочуття, лібідо і стан піхви [20]. Останнім часом зростає зацікавленість його впливом на поліпшення фертильності. Лише в деяких дослідженнях вивчали вплив ДГЕА на приливи. Неконтрольоване експериментальне дослідження показало незначне скорочення частоти приливів при його застосуванні [21]. Втім, щоб довести ефективність, необхідний плацебо-контроль, а також подальші дослідження.

4.7. Трансдермальні прогестеронові креми

Пролунала низка заяв, буцімто стероїди (діосгенін) у складі ямсу (*Dioscorea villosa*) перетворюються в організмі на прогестерон, хоча в людському організмі це неможливо. Таким чином, не викликає здивування те, що короткотермінове лікування екстрактом

дикого ямсу мало впливає на симптоми менопаузи, що було доведено в одному з досліджень [22]. Рівні прогестерону в сироватці крові і слині в цьому дослідженні не змінилися. Слабкий вплив "природного" прогестерону на вазомоторні симптоми було продемонстровано в одному невеликому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні [23], хоча подальші дослідження не підтверджують цей висновок [24].

Щоб уникнути побічних ефектів прогестагенів, деякі жінки, які отримують естрогени системного впливу, для захисту ендометрію застосовують крем прогестерону трансдермально. Проте дані щодо здатності цих кремів запобігати мітотичній активності чи стимулювати секреторні зміни в ендометрії, який перебуває під дією естрогенів, суперечливі [25]. В зв'язку з цим, не рекомендується використовувати прогестероновий крем. Жінки повинні бути попереджені про потенційне збільшення ризику розвитку раку ендометрію при такій комбінації лікарських засобів.

5. Допоміжні методи лікування

Жінки сприймають допоміжні засоби терапії як більш безпечні та природні альтернативні методи традиційній ЗГТ, хоча ефективність і безпечність цих препаратів ще треба належним чином оцінити.

Рослинні засоби

Застосовуються різноманітні засоби рослинного походження. Результати клінічних випробувань їх ефективності в лікуванні симптомів менопаузи обмежені і суперечливі. Часто дизайн клінічного дослідження альтернативних методів лікування не відповідає міжнародним критеріям, які застосовують при дослідженні лікарських засобів та медичного обладнання, а також методології оцінки кінцевих точок лікування та безпечності. Досліджуються різні продукти, які не є хімічно сумісними, що робить порівняння складним. Крім того, стійкість окремих хімічних

речовин може варіювати і залежить від типу упаковки. Трави можуть містити багато хімічних сполук, індивідуальні та комбіновані ефекти яких невідомі.

Однією з основних проблем є фармакологічна дія ліків на основі трав, що може викликати небажані ефекти і потенційно небезпечно взаємодіяти з іншими ліками (як на основі трав, так і звичайними) [26—28]. Крім того, більшість цих препаратів виготовляють без ліцензії, що означає необов'язковість дотримання стандартів якості GMP. Це призводить до потрапляння на ринок неякісних фітопрепаратів (наприклад, деякі продукти рослинного походження китайської народної медицини чи аюрведичні) із заміною трав, що іноді містять токсичні домішки (чужорідні фармацевтичні інгредієнти чи солі важких металів). Хоча Директива ЄС про реєстрацію традиційних лікарських засобів на основі трав набрала чинності у Великобританії в жовтні 2005 р., вона не поширюється на товари, які можна придбати за межами Європи [29].

5.1.1. Фітоестрогени: соя і червона конюшина

Фітоестрогени — це рослинні речовини, що справляють ефекти, аналогічні до таких естрогенів. Їх найважливішими групами є ізофлавонони та лігнани. Основними ізофлавононами є геністеїн і даїдзєїн. Основні лігнани — це ентеролактон і ентеродіол. Ізофлавонони містяться в сої, горосі, червоній конюшині і, ймовірно, в інших бобових. Олійні культури, такі як льон, багаті на лігнани, які також є у висівках, крупах, овочах та фруктах.

Роль фітоестрогенів викликає значну зацікавленість через те, що населення, яке дотримується дієти з високим вмістом ізофлавононів, наприклад, японці, має нижчі показники вазомоторних симптомів менопаузи, серцево-судинних захворювань, остеопорозу, раку молочних залоз, товстої кишки, ендометрію та яєчників [30]. Проте епідеміологічні дослідження повинні підтверджуватися даними щодо вмісту ізофлавононів у харчових продуктах та їх біодоступності. Дані

рандомізованих плацебо-контрольованих клінічних випробувань серед населення країн Заходу суперечливі щодо продуктів сої та похідних червоної конюшини. В ЄС тривають дослідження PHYTOS, ISO-HEART і PHYTOPREVENT, які вивчають роль фітоестрогенів у запобіганні остеопорозу, серцево-судинним захворюванням і раку [31—33].

У систематичному огляді 30 рандомізованих досліджень (тривалістю не менше 12 тижнів за участі, загалом, 2730 осіб) здійснено оцінку ефективності, безпечності та переносності продуктів і харчових добавок, в тому числі й з високим рівнем фітоестрогенів (екстракт червоної конюшини, дієтичної сої, соєвий екстракт, інші фітоестрогени) для зниження приливів і нічної пітливості у жінок у пері- чи постменопаузі [34]. У семи випробуваннях використовували екстракт червоної конюшини (у дозах від 40 до 160 мг на добу), п'ять з них (400 учасників) були об'єднані в мета-аналіз, з іншими двома дослідженнями не було одержано даних, придатних для включення до мета-аналізу. Дослідження не виявили відмінностей у загальній частоті приливів між екстрактом червоної конюшини і плацебо (зважена середня різниця -0,57, 95% ДІ: -1,76—0,62). Два інші дослідження засвідчили зменшення частоти приливів у результаті застосування дієтичної сої (одне — порівняно з плацебо, друге — зі звичайною дієтою), п'ять — з екстрактом сої (порівняно з плацебо), і одне — з ізофлавононами геністеїну (порівняно з плацебо). В інших випробуваннях не було виявлено відмінностей між фітоестрогенами і плацебо. Два позитивні дослідження дієтичної сої мали дуже високі показники відсіву (21 і 24%). Дослідники дійшли висновку, що не існує жодних доказів того, що лікування фітоестрогенами допомагає полегшити симптоми менопаузи.

Проте на основі іншого огляду було зроблено висновок, що споживання ізофлавононів може спричинити незначне скорочення кількості щоденних приливів у менопаузі в жінок, особливо з численними приливами [35].

Препарат DT56a, отриманий з підготовленої сої, сприяв скороченню кількості приливів [36], планується рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження. Клінічні та доклінічні дослідження показують, що DT56a має властивості селективного модулятора естрогенових рецепторів (СМЕР) з агоністичним впливом на естрогенові рецептори центральної нервової системи і кісток [37] і антагоністичним — на естрогенові рецептори молочної залози і матки.

Через естрогеноподібний вплив фітоестрогенів існує стурбованість з приводу їх безпечності для гормонально-чутливих тканин, таких як молочна залоза і матка, та взаємодії із селективними модуляторами естрогенових рецепторів, таких як тамоксифен і інгібітори ароматази (наприклад, летрозол) [38—43]. У масштабному дослідженні із флавонолів червоної конюшини не було встановлено їх впливу на ризик виникнення раку груди [38].

5.1.2. Циміцифуга

Cimicifuga racemosa (Black cohosh, *Actaea racemosa*) — багаторічна трав'яниста рослина, що росте переважно у Північній Америці і широко використовується для полегшення симптомів менопаузи. Серед дослідників відсутня єдина думка щодо механізму, за допомогою якого вона знімає приливи. Можливість естрогеноподібного впливу циміцифуги точно не встановлено, оскільки більшість даних є результатами досліджень *in vitro* або на тваринах, які не обов'язково можуть бути екстраповані на людей. Це викликає певні сумніви щодо застосування рослини в жінок з гормонально чутливими станами. Результати плацебо-контрольованих клінічних досліджень або порівняння з іншими агентами, такими як тиболон або естроген, коли препарати циміцифуги використовували окремо або в комбінації з іншими рослинними препаратами, суперечать один одному [44—51]. Мало відомо і про довгострокову безпечність циміцифуги. Були повідомлення про її гепатотоксичність, через що існують рекомендації регулюючих органів, в тому числі й у Ве-

ликобританії, про застосування цих препаратів із застереженнями [52].

5.1.3. Олія примули вечірньої

Олія примули вечірньої містить багато гамма-ліноленової та ліноленової кислоти. Хоча вона й широко використовується жінками в менопаузі, жодних доказів її ефективності немає. В одному невеликому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні показано її неефективність у лікуванні приливів [53].

5.1.4. Трави китайської медицини

Dong Quai (*Angelica sinensis*) — багаторічна рослина родом з південного заходу Китаю, яка зазвичай використовується у традиційній китайській медицині. У рандомізованому дослідженні її ефективність порівняно з плацебо не було доведено, хоча вона може бути ефективною в комбінації з іншими травами. Були повідомлення про взаємодію з варфарином, що підвищує ризик кровотечі і фотосенсибілізації [54—56]. Нещодавно закінчилося дослідження впливу іншої китайської трави — Danggui Buxue Tang на вазомоторні симптоми. Порівняно з плацебо перевагу було доведено лише для м'яких приливів [57].

5.1.5. Женьшень

Женьшень — багаторічна рослина родом з Кореї і Китаю, яка широко використовується у Східній Азії. Загальна назва "женьшень" використовується для рослин різних видів *Panax* (наприклад, *P. Ginseng*, *P. quinquefolium*), тож про це необхідно пам'ятати при інтерпретації назви конкретного виду. Проведені дослідження впливу рослини на якість життя жінок у менопаузі. Не було встановлено переваги над плацебо у зменшенні вазомоторних симптомів. Кілька доповідей пов'язували женьшень з постменопаузальною кровотечею і масталгією; спостерігалася взаємодія з варфарином, фенелзином і алкоголем [58—59].

5.1.6. Звіробій

Звіробій (*Hypericum perforatum*) показав свою ефективність у ліку-

ванні легкої або помірної депресії в жінок у пери- і пременопаузі завдяки його СИЗС-подібному ефекту, проте ефективність для лікування вазомоторних симптомів ще належить довести. Звіробій взаємодіє з багатьма іншими ліками, наприклад, він зменшує концентрацію в крові циклоспорину, мідазоламу, такролімусу, амітриптиліну, дигоксину, індинавіру, варфарину, фенпрокомону і теофіліну. Це може викликати кровотечу і неефективність оральних контрацептивів. В останньому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні впливу звіробою повідомлялося про поліпшення якості життя в менопаузі і незначне полегшення приливів [60]. Була спроба підвищити ефективність терапії шляхом об'єднання звіробою з Вітексом священним (*Vitex Agnus-castus*), та в рандомізованому дослідженні ця комбінація не виявилася ефективнішою за плацебо при лікуванні симптомів менопаузи [61].

5.1.7. Вербняк звичайний (*Agnus Castus*)

Є обмежені дані щодо впливу вербняку звичайного на симптоми менопаузи. Як показало рандомізоване контрольоване дослідження, у комбінації рослинних продуктів, яка включала препарати вербняку, циміцифуги, Dong Quai, червоної конюшини та американського женьшеню, вазомоторні симптоми менопаузи знизилися [62]. Для цього препарату необхідні подальші дослідження.

5.1.8. Інші рослини

Гінкго білоба, хміль, листя шавлії, солодки і корінь валеріани є популярними в народній медицині, проте докази їх впливу на симптоми менопаузи відсутні [63, 64]. Перець п'янки (*Piper methysticum*), який раніше широко використовувався як заспокійливе, в тому числі й при менопаузі, було заборонено у Великобританії через повідомлення про шкідливий вплив на печінку [65].

Інші допоміжні методи терапії

Інші допоміжні методи лікування включають точковий масаж,

акупунктуру, техніку Александера, аюрведичні техніки, остеопатію, гіпноз, рефлексотерапію, магнітотерапію і техніку Рейки. Необхідні подальші дослідження, щоб зрозуміти їх можливі ефекти. Розглянемо кілька методів, які використовують найчастіше.

5.2.1. Акупунктура

Дані рандомізованих досліджень щодо ефективності акупунктури у терапії симптомів менопаузи суперечливі. При їх організації мають місце складнощі з дизайном [66—75]. У нещодавно проведеному мета-аналізі, де шість рандомізованих контрольованих клінічних випробувань були включені до остаточного аналізу, не доведено позитивного ефекту акупунктури для терапії приливів у менопаузі, порівняно з "плацебо-втручаннями" [70].

5.2.2. Рефлексотерапія

Метод рефлексотерапії полягає у знятті стресу або здійсненні лікувального впливу шляхом застосування тиску на певні точки в ділянках ніг, рук і вух. Було проведено кілька досліджень застосування рефлексотерапії у жінок зі скаргами на менопаузальні симптоми [76]. В одному рандомізованому дослідженні 67 жінок віком 45—60 років із вазомоторними симптомами були рандомізовані для лікування методами рефлексотерапії або неспецифічного масажу ніг. Зменшення частоти симптомів спостерігалось в обох групах, хоча істотних відмінностей між групами не було [77].

5.2.3. Магнітотерапія

Магніти застосовують у різних формах, наприклад, як браслети й устілки для взуття. Механізм дії магнітотерапії для лікування приливів невідомий. На цей час не існує жодних доказів її ефективності [76].

6. Дієти і харчові добавки

6.1. Вітаміни і мінерали

Вітаміни, такі як С і Е, і мінерали, такі як селен, присутні у різних

добавках. Докази того, що вони приносять якусь терапевтичну користь для жінок у постменопаузі є вкрай обмеженими.

6.1.1. Вітамін Е

Існує кілька досліджень застосування вітаміну Е для терапії симптомів менопаузи. В одному з них вивчали його вплив на приливи у жінок, хворих на рак молочної залози [78]. Статистично значуще зниження частоти приливів спостерігалось в групі вітаміну Е (800 МО/добу) порівняно з плацебо. Однак автори відмічають, що це зниження було незначним і не може бути клінічно значущим. В останньому рандомізованому дослідженні ефективності габапентину порівняно з вітаміном Е показано, що габапентин виявився ефективним для лікування приливів і чинив позитивний вплив на якість сну, тоді як вітамін Е лише незначною мірою позитивно впливав на вазомоторні симптоми [79].

7. Гомеопатія

Механізми, які лежать в основі біологічної реакції на ультрамалекулярне розведення речовин, є науково не з'ясованими. Дані історій хвороб, обсерваційних досліджень і незначної кількості рандомізованих випробувань обнадіюють, проте необхідні додаткові дослідження [80—83]. Для підтвердження цих ефектів необхідні великі рандомізовані випробування.

8. Блокада шийно-грудного ганглію

Блокада шийно-грудного ганглію останнім часом розглядається як нова техніка запобігання приливам і пітливістю у жінок, яким протипоказані інші види лікування або ЗГТ (наприклад, у жінок, хворих на рак молочної залози). Попередні дослідження показують ефективність, що вселяє надію, при мінімальних ускладненнях [84, 85].

9. Призначення

Жінка із симптомами менопаузи може відмовитися від застосування традиційної ЗГТ, або до останньої

можуть існувати протипоказання. У будь-якому випадку, лікар повинен знати про існуючі альтернативи ЗГТ і бути в змозі обговорювати їх переваги та недоліки на науково обґрунтованій основі. У жінок зі специфічними факторами ризику лікар повинен зважити всі переваги і недоліки використання ЗГТ і альтернативної терапії, враховуючи тяжкість симптомів, якість життя і ризику застосування.

У жінок з естроген/прогестерон-залежними пухлинами (рак молочної залози) лікарям слід уникати призначення як терапії першої лінії фітоестрогенів і прогестагенів/прогестерону, тому що ці препарати можуть чинити негативний вплив на тканини молочної залози (СІЗЗС тут може бути препаратом вибору). За можливості, до уваги слід брати експресію гормональних рецепторів пухлини. Основний недолік СІЗЗС — малий діапазон дозування. Існують також побоювання, що пароксетин знижує ефективність тамоксифену шляхом інгібування біоактивації його цитохромом Р450 2D6 (СYP2D6), що підвищує ризик смерті від раку молочної залози [86].

Хоча фітоестрогени можуть не мати ефекту стимуляції тканин молочної залози завдяки СМЕР-подібному ефекту, їх використання у хворих на рак молочної залози (так само, як і ЗГТ), ймовірно, слід обмежити спеціалізованими центрами і клінічними дослідженнями, де може здійснюватися суворий контроль, оскільки їх безпека невідома. Застосування фітоестрогенів також повинно бути ретельно зваженим після операції з приводу раку ендометрію.

Відсутні доступні дані щодо безпечності застосування фітоестрогенів у жінок з порушеннями згортання крові або венозною тромбоемболією в анамнезі. Слід уникати високих доз прогестагенів через їх вплив на ризик розвитку тромбоемболії.

10. Висновки

Незважаючи на наукові дослідження у сфері альтернативних

препаратів, їх ефективність продовжує залишатися нижчою, ніж традиційної ЗГТ (50—60% зменшення симптомів порівняно з 80—90% при традиційній ЗГТ). Кількість досліджень альтернативних методів терапії менопаузальних симптомів залишається недостатньою, вони нетривалі, тому мають обмежену цінність при визначенні ефективності та безпечності. Альтернативні методи лікування мають свої негативні наслідки та ризики, про що потрібно вказувати у попередженнях. У Великобританії регулюючим органом з лікарських засобів і медичних виробів законодавчо введено обов'язкову реєстрацію рослинних препаратів (ліцензування може не бути). Це дозволяє контролювати продаж безрецептурних засобів. Проте нині ця директива діє лише в країнах ЄС.

За даними літератури, існують сумнівні і суперечливі дані щодо ефективності та безпечності сої, червоної конюшини і циміцифуги; необхідні подальші випробування в цій сфері. З'являється все більше

даних щодо значення СІЗЗС та їх метаболітів при менопаузальних симптомах. Мають перспективу нові методи, такі як блокада шийно-грудного ганглію. Хоча попередні дані обнадіюють, подальше вивчення потребує добре продуманих, проспективних, рандомізованих контрольованих випробувань з метою підтвердження ефективності і довготермінової безпечності.

Існує надія, що деякі з цих продуктів покажуть добрі результати ефективності і будуть ліцензовані Європейським агентством лікарських засобів та медичних виробів і FDA США, що забезпечить працівників системи охорони здоров'я і пацієнтів доступними, безпечними, ефективними і ліцензованими альтернативами ЗГТ.

Сайти

- American Cancer Society (AC): Complementary and alternative therapies [http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/OverviewGuide/breast-cancer-overview-treating-s-a-m].

- National Center for Complementary and Alternative Medicine: National Institutes of Health [http://www.nlm.nih.gov/nccam/camonpubmed.html].

- Office of Dietary Supplements [http://www.ods.od.nih.gov].

- Office of Dietary Supplements (IBIDS Database) [http://grande.nal.usda.gov/ibids/index.php]

Варто ознайомитися

Ernst E., Pittler M.H., White A.R. The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine: An Evidence-based Approach. — Amsterdam: Elsevier, 2001.

Herbal medicines for menopausal symptoms. DTB 2009;47:2-6, doi:10.1136/dtb.2008.12.0031.

Rees M., Mander A. Managing the Menopause Without Oestrogen. — London: Royal Society of Medicine Press, 2004.

Список використаної літератури (86 джерел) можна одержати в редакції.

Дане керівництво створене від імені Королівського Коледжу Акушерства і Гінекології (RCOG):

Ms MCP Rees FRCOG та Mr N Panay MRCOG

Рецензенти:

Mr TC Hillard FRCOG, Poole; Mr PC Lindsay FRCOG, Cardiff; Professor MA Lumsden FRCOG, British Menopause Society; Professor J Rymer FRCOG, London; RCOG Consumer's Forum.

Рецензенти Науково-консультативного комітету:

Професор R Anderson FRCOG і Mr CWE Redman FRCOG (Голова).

Остаточний варіант схвалено Науково-консультативним комітетом RCOG.

Перегляд керівництва розпочнеться в 2013 р.

Переклад Щербаня О.М.

Нове на www.z-l.com.ua

Туберкульоз є фактором ризику передачі ВІЛ від матері дитині

<http://z-l.com.ua/ua/newsid/122> (Головна/Новини)

Нестероїдні протизапальні засоби та ризик серцево-судинних ускладнень. Результати мережевого мета-аналізу рандомізованих досліджень

<http://z-l.com.ua/ua/newsid/124> (Головна/Новини)

В. Е. Радзінський, С. А. Князев, І. Н. Костін. Акушерський ризик. Максимум інформації — мінімум небезпеки для матері й дитини - <http://z-l.com.ua/ua/Risk/>

(Головна/На допомогу професіоналу/Книжкова полиця/Для справжніх лікарів/В. Е. Радзінський, С. А. Князев, І. Н. Костін. Акушерський ризик. Максимум інформації — мінімум небезпеки для матері й дитини)

Kathy Shapiro, Emma Ottolenghi, Patricia Claeys, Janet Petitpierre. Комплексна боротьба з раком шийки матки. Коротке практичне керівництво (В003, 2010) - http://z-l.com.ua/ua/Cervical_Cr_WHO/

(Головна/На допомогу професіоналу/Книжкова полиця/Для справжніх лікарів/Kathy Shapiro, Emma Ottolenghi, Patricia Claeys, Janet Petitpierre. Комплексна боротьба з раком шийки матки. Коротке практичне керівництво (В003, 2010)

Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практическое руководство / Под ред. проф. В.К. Чайки -

http://z-l.com.ua/ua/Gyn_Infections/

(Головна/На допомогу професіоналу/Книжкова полиця/Для справжніх лікарів/Инфекции в акушерстве и гинекологии:

Практическое руководство / Под ред. проф. В.К. Чайки)