

Васильева Л.Н., Лобачевская О.С., Никитина Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

## **ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СТАРОСТИ: ВОЗМОЖНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ**

**Введение.** До XX столетия средняя продолжительность жизни женского населения редко превышала детородный рубеж. С течением времени, развитием медицины и улучшением бытовых условий продолжительность жизни увеличилась, и, вместе с тем, появился ряд проблем, ассоциированный с естественным процессом старения человеческого организма. Одна из таких проблем - климакс, который, являясь физиологическим периодом доминирования инволюционных процессов в репродуктивной системе, часто предопределяет неблагоприятный прогноз в отношении развития различных болезней по мере старения женщины. Средний возраст, на который приходится начало климактерического периода, у жительниц Европы приходится на 45- 55 лет. В то же время, по данным Североамериканского общества по изучению менопаузы (NAMS) от 2023 года около 41% женщин даже в возрасте 60-65 лет продолжают испытывать вазомоторные нарушения, оказывающие крайне негативное воздействие на здоровье и качество жизни. По данным ВОЗ к 2025 году численность женщин в возрасте более 60 лет достигла 1 миллиарда. В Республике Беларусь на конец 2016 года проживало более 2 миллионов женщин, находящихся в фазе вступления или же непосредственно в самом климактерическом периоде, что составляет 46,9 % от всей женской популяции страны в этот период. Это подчеркивает актуальность проблемы своевременной коррекции климактерических нарушений.

**Материалы и методы.** Общая стратегия ведения женщин в перименопаузальном периоде включает в себя рекомендации относительно образа жизни, здорового питания, физических упражнений, отказа от курения и потребления алкоголя. Вместе с тем, на сегодняшний день, согласно рекомендациям международного сообщества по менопаузе (IMS), наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом коррекции климактерических изменений является менопаузальная гормонотерапия (МГТ), состоящая из натуральных эстрогенного и гестагенного компонентов в виде таблеток, спреев, гелей, капсул, вагинальных свечей.

Перед назначением МГТ необходимо уточнение личного и семейного анамнеза и проведение следующих обследований (Индекс массы тела, артериальное давление; общий анализ крови, биохимический анализ крови, гемастазиограмма, липидограмма, анализ крови на гормоны ТТГ, ФСГ, Т3, Т4, ЛГ, общий тестостерон; гинекологическое исследование; цитологическое исследование эпителия шейки матки, УЗИ органов малого таза; ЭКГ и рентгенография органов грудной клетки; обследование молочных желез (маммография, УЗИ молочных желез).

Международные сообщества по проблеме менопаузы (IMS, NAMS, WHI) выдвинули следующие положения по назначению МГТ:

1. Индивидуализация МГТ: выгода МГТ должна превалировать над потенциальными рисками для конкретной женщины.

2. Концепция «терапевтического окна»: раннее начало (менопаузальный переход и ранняя постменопауза) и достаточная продолжительность МГТ (оптимальным считается применение МГТ до 60 лет или до 10 лет от момента наступления менопаузы). В тоже время в случае полного информирования и тщательного мониторинга состояния здоровья у женщин после 60 лет, МГТ может быть продолжена с использованием самой низкой эффективной дозы. Вагинальные формы эстрогенов при необходимости могут быть использованы в любом возрасте.

3. Для постоянной МГТ применяют только натуральные эстрогены в низких дозах (минимальная эффективная дозировка эстрогенного компонента в пересчет на эстрадиол в составе МГТ является доза в 0,5 мг).

4. Монотерапия эстрогенами при интактной матке недопустима, так как значительно повышает риск гиперпластических процессов.

В медицинской среде существует целый ряд опасений, зачастую останавливающих врача в назначении гормональной терапии для коррекции климактерических расстройств. Одним из таких опасений, является предполагаемая взаимосвязь между МГТ и рака молочной железы, которая на сегодняшний день остается спорной. Большинство долгосрочных исследований отражают, что длительное использование (более 5 лет) одной оральной комбинации эстрогена с прогестагеном могут обладать *возможным* промоторным действием. В то же время, при нивелировании факторов риска, значимость влияния МГТ на развитие рака молочной железы уже не достигается. Возможный повышенный риск эстроген чувствительного рака молочной железы у женщин, принимающих МГТ, незначителен и оценивается менее чем 0,1% за год, или менее 1 случая на 1000 женщин, принимающих МГТ в течение 1 года. Помимо этого, было установлено, что данный риск может быть снижен путем использования микронизированного прогестерона или дидрогестерона вместо синтетических прогестагенов.

Другим опасением является риск развития рака эндометрия. Однако по данным исследователей отмечается, что более высокий риск развития рака эндометрия при применении МГТ, ассоциирован только с высокими дозами эстрогенов и сохраняется в течение нескольких лет после прекращения применения данной терапии.

**Результаты.** Риск развития эпителиального рака яичников, в условиях применения МГТ, остается сомнительным и на сегодняшний день оценивается как низкий (менее 1 случая на 1000) или крайне низкий (менее 0,01 случая на 1000).

Вместе с тем, долгосрочные когортные и рандомизированные контролируемые исследования показали отсутствие повышения риска рака шейки матки при применении МГТ и снижение риска колоректально рака во время приема МГТ с сохранением данного позитивного эффекта в течение 4 лет после прекращения терапии.

Также терапия эстрогенами, применяемая по показаниям у женщин младше 60 лет с недавно наступившей менопаузой и отсутствием данных за сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе, снижает смертность от ишемической болезни сердца и общую смертность. Крайне важным остается влияние гестагенного компонента, входящего в состав МГТ. Предпочтение, в данном случае, отдается гестагенам, которые не влияют или влияют минимально на позитивные эффекты эстрогенов на сердечно - сосудистую систему (микронизированный прогестерон, дидрогестерон).

Использование МГТ одобрено, в первую очередь, для профилактики остеопороза (признавая, что эффективность теряется с прекращением терапии), купирования вазомоторных и урогенитальный симптомов климактерического синдрома, а также проявлений преждевременной гипоестрогении различного генеза. Применение МГТ также влечет за собой целый ряд других позитивных эффектов на организм женщины: улучшает когнитивную функцию у женщин с хирургической менопаузой; оказывает мощный антидепрессивный эффект, снижает уровень аффективной симптоматики; улучшает прогноз при хронической бессоннице; значительно повышает качества сексуальной жизни.

**Заключение.** Таким образом, МГТ имеет большие возможности в коррекции климактерических расстройств и должна подбираться индивидуально с учетом семейного и персонального анамнеза. МГТ является частью общей стратегии, направленной на улучшение качества жизни пациента.