

Фемостон в профилактике и лечении климактерических нарушений

24-26 сентября в г. Киеве состоялись научно-практическая конференция с международным участием и пленум Ассоциации акушеров-гинекологов Украины «Инновационные подходы в акушерстве, гинекологии и репродуктологии». В рамках конференции компанией Abbott был проведен сателлитный симпозиум, посвященный проблемам менопаузы. Предлагаем читателям ознакомиться с докладами, вызвавшими наиболее высокий интерес аудитории.

Член-корреспондент НАМН Украины, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук открыла симпозиум, выступив с докладом «Проблемы менопаузы у женщин в Украине».



— За последние годы существенно изменилось представление о роли акушера-гинеколога в сохранении здоровья современной женщины. Оставляя приоритетной заботу о безопасной беременности и родах, фокус

врачебного внимания сместился к проблемам, возникающим в зрелом и преклонном возрасте женщины, ассоциируемым с климактерием. Увеличение продолжительности жизни привело к изменению структуры прогнозируемых причин смерти и потери трудоспособности. По данным Rayner and Peterson (2000), легочные и кишечные инфекции, лидировавшие в структуре общей заболеваемости в 1990 г., к 2020 г. уступят первенство ишемической болезни сердца и депрессии.

О проблемах понимания роли климактерических расстройств в развитии соматической патологии, являющихся причиной потери трудоспособности, свидетельствует различия в статистических данных регистрации климактерического синдрома (КС) у женщин в возрасте старше 50 лет: от 241,93 случая на 100 тыс. населения в г. Киеве до 17,61 случая на 100 тыс. в Луганской области. Очевидно, что дисперсия данных показателей в значительной степени зависит не только от информированности врача, но и от способности противостоять инерции и мнению большинства. О неадекватности отражения реальной картины распространенности КС свидетельствуют данные опроса женской популяции соответствующего возраста, указывающие на наличие патологического климактерия у 70% опрошенных, из них у 51% отмечается тяжелое его течение. Индикатором неадекватности оценки ситуации и, как следствие, последующих действий также являются данные эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и остеопороза. Распространенность ССЗ в Украине за последние 25 лет увеличилась в 3 раза, а уровень смертности — на 45%. Эти данные принципиально отличаются от аналогичных показателей стран с развитой экономикой, где статистика кардиоваскулярных заболеваний неуклонно улучшается. Что касается остеопороза, то в Украине, по данным ультразвуковой денситометрии, этим заболеванием страдают 3 млн женщин. Важно отметить, что из-за последствий перелома шейки бедра кости умирает больше пациенток, чем в целом от рака яичников, матки, шейки матки.

В рамках социально-медицинских программ, направленных на повышение качества жизни у женщин зрелого возраста, в мире разработана стратегия под названием «менеджмент здоровья женщины». Важным условием эффективности

данной стратегии является своевременность терапевтических мероприятий, направленных на профилактику остеопороза, снижение уровней заболеваемости ССЗ и урогенитальными расстройствами, которые рекомендовано начинать с 45-летнего возраста; а также процент охвата женщин, относящихся к группам риска. Золотым стандартом терапии КС продолжает оставаться заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Процент женщин, принимающих ЗГТ, в развитых странах колеблется от 35-40% во Франции и Швеции до 5-10% в Польше, Венгрии Чехии. В Украине этот показатель едва превышает 1%. Увеличение приверженности к приему ЗГТ в нашей стране продолжает оставаться сложной задачей.

Согласно проведенным в 1997 г. исследованиям, подготовленным к первой научной конференции по менопаузе в Украине, причинами отказа от ЗГТ были названы боязнь побочного действия, боязнь злокачественных образований, нежелание возобновления месячных, плохая переносимость препарата. В 2002 г. на фоне сохраняющейся низкой приверженности к приему ЗГТ в списке причин отказа от гормонов ведущие позиции заняли следующие: дополнительная статья расходов в бюджете семьи; боязнь постоянного приема; нефизиологичность. В 2009 г. в списке лидировали отсутствие информации у пациентов и врачей и страх осложнений.

Несмотря на изменчивость данных социологических опросов, не вызывает сомнения целесообразность проведения информационно-разъяснительной работы среди населения и образовательных программ среди врачей с целью увеличения процента женщин, использующих ЗГТ. В этом направлении много усилий прилагает ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», который является инициатором проведения научных семинаров и конференций на эту тему, в частности, организован цикл семинаров «Гармония гормонов — основа здоровья женщины», «Школа климактерия». В прошлом году силами компании Abbott и Международной ассоциации менопаузы была проведена научная конференция, посвященная проблемам климакса и ЗГТ, на которой президент Международного общества по проблемам менопаузы представил **Глобальное консенсусное заявление о менопаузальной гормональной терапии (ЗГТ):**

- ЗГТ — наиболее эффективный вид лечения вазомоторных симптомов, которые ассоциируются с менопаузой в любом возрасте, при этом польза перевешивает риски для женщин с симптомами климакса в возрасте до 60 лет и в течение 10 лет после наступления менопаузы;
- необходимо успеть назначить ЗГТ до 60 лет;
- следует успеть назначить ЗГТ за 10 лет до менопаузы;
- у женщин с преждевременным истощением яичников рекомендуется использование системной ЗГТ до достижения среднего возраста естественной менопаузы.

Старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии акушерства и гинекологии

НАМН Украины», кандидат медицинских наук Ольга Алексеевна Ефименко в докладе «Сильные и слабые стороны WHI» рассказала о непростой истории развития ЗГТ в мире.



— Первые сведения о ЗГТ были положительно восприняты мировым медицинским сообществом. В середине 1990-х гг. идея коррекции дефицита женских половых гормонов начала приобретать популярность и в Украине. Однако обнародованные неспециалистами (журналистами) промежуточные результаты исследования WHI на одной из пресс-конференций в 2002 г. существенно повлияли на дальнейшее развитие этого направления эндокринной гинекологии, сделав его на определенный период времени малоперспективным. Надо понимать, что искусственно созданная сенсация не только способствовала уменьшению процента женщин, принимавших ЗГТ, но и вызвала определенную растерянность среди искренних энтузиастов и проводников идеи применения ЗГТ при КС.

В 2014 г. при поддержке компании Abbott в г. Берлине (Германия) был проведен экспертный митинг, на котором представил доклад Роберт Лангер — ученый, не только планировавший исследование WHI и принимавший в нем участие, но и критически его переосмысливший. В частности, доктор Лангер отметил, что исследование WHI было построено на основе результатов обсервационных исследований, в которых отражались результаты длительного применения у женщин ЗГТ преимущественно в начале менопаузы с целью доведения эффективности ЗГТ в предотвращении большого количества заболеваний, связанных с возрастом: ишемической болезни сердца (ИБС), переломов, колоректального рака и деменции у пожилых женщин. Особые надежды возлагались на профилактику ИБС, которые были основаны на положительных результатах, полученных в обсервационных исследованиях в когортах пациенток, длительно применявших ЗГТ, преимущественно в начале менопаузы.

Таким образом, исследование WHI должно было доказать эффективность ЗГТ у пациенток, принимавших участие в предыдущих исследованиях.

Дизайн и условия WHI разрабатывались в начале 1990-х гг., тогда не учитывалось соотношение положительно/отрицательно влияния возраста на результаты научных исследований. С целью повышения качества изучения эффективности ЗГТ у женщин старшего возраста участницы групп были рандомизированы по возрастным критериям, которых, однако, не придерживались, что обусловило включение пациенток, возраст которых выходил за рамки менопаузального (старше 60 лет). Таким образом, только у 30% женщин в исследовании возраст составлял <60 лет. Соответственно, возраст 70% пациенток превышал 60 лет, причем процент женщин в возрасте >70 лет был почти вдвое выше,

чем аналогичный показатель в группе участниц в возрасте 50-54 лет.

Исследование WHI состояло из двух основных частей: ряд рандомизированных клинических исследований (РКИ); обсервационные исследования (женщины, которые не могли или не хотели участвовать в клинических исследованиях, были включены в обсервационные группы). В РКИ принимали участие 93 тыс. женщин, а в обсервационных 68 тыс.

РКИ, в свою очередь, состояли из 3 групп: женщины, принимавшие ЗГТ (исследовались частота ИБС, рак грудной железы — РГЖ, переломы); участницы, находившиеся на диете, включавшей продукты с низким содержанием жиров (исследовались частота РГЖ, ИБС); женщины, принимавшие Са и витамин D: (исследовались переломы, РГЖ и колоректальный рак).

Одна и та же участница исследования могла одновременно входить в несколько групп. Группа ЗГТ подразделялась на две подгруппы: женщины после оперативного удаления матки (монотерапия конъюгированными лошадиными эстрогенами — СЕЕ; n=10 739), женщины с интактной маткой (комбинированная терапия СЕЕ + медроксипрогестерона ацетат — МРА; n=16 608).

Исследование было прекращено по причине неудовлетворительных результатов в подгруппе (СЕЕ + МРА) Комитетом по мониторингу данных по безопасности пациентов вследствие увеличения ранних сердечно-сосудистых событий, большинство из которых были идентифицированы как венозная тромбоэмболия, а не ИБС. То же касается РГЖ, который также был одной из причин прекращения исследования, частота заболеваемости этой патологией средне-взвешенная по времени и не является статистически важным показателем. Рост частоты РГЖ происходил за счет пролиферативного эффекта прогестина. Кроме того, совокупный глобальный индекс всех результатов, которые были получены, не имел практического применения.

Прекращение исследования стало информационным поводом для многих неспециализированных изданий, полосы которых запестрели привлекающими к себе внимание заголовками: «Гормоны убивают», «Применение гормонов вредно для здоровья» и т.д.

Однако, несмотря на общественное давление, экспертами был проведен детальный анализ причин остановки WHI, установлено, что на самом деле заболеваемость РГЖ на фоне использования СЕЕ + МРА у женщин с предыдущим применением ЗГТ сопоставима с уровнем заболеваемости РГЖ с диетой (сравнивались диеты обезжиренная, направленная на профилактику РГЖ и обычная).

Частоту заболевания ИБС можно соотносить с возрастными различиями патофизиологии атеросклеротической бляшки, которые не определялись в начале исследования WHI. После этого исследования данный параметр начали учитывать, что стало одним из важных достижений WHI.

Дальнейшее изучение вопроса о ЗГТ позволило сделать вывод, что у женщин при уже имеющемся клинически выраженном атеросклеротическом поражении сосудов влияние гормонов будет противоположным протекторному. В таких ситуациях не следует ожидать положительного влияния на манифестирующий атеросклероз, более того, применение ЗГТ приводит лишь к нарушению целостности атеросклеротической бляшки. Именно поэтому у женщин, которые начали принимать ЗГТ за 10 лет до наступления менопаузы, риск ИБС не повышался, и наоборот, у женщин, которые начали применять гормоны в возрасте старше 70 лет, наблюдалось увеличение этого риска. Таким образом, средний возраст участниц WHI составлял 62 года,

в то время как проведение ЗГТ наиболее безопасно и эффективно у женщин в возрасте до 60 лет с длительностью менопаузы не более 10 лет.

Кроме того, Роберт Лангер отметил, что фобия к ЗГТ, обусловленная некорректной интерпретацией WHI и ставшая причиной безосновательного отказа женщин с КС от гормонотерапии на протяжении нескольких лет, осталась в истории. Медицинскому сообществу удалось правильно объяснить результаты исследования WHI и вернуться к применению ЗГТ.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

- Не следует обращать внимание на дезинформацию, которая может возникнуть в результате неправильной интерпретации результатов WHI.
- ЗГТ эффективна для лечения симптомов менопаузы у женщин, не имеющих значительных противопоказаний.
- Риск РГЖ является несущественным, нет подтверждающих фактов причинно-следственной связи.
- В течение 40 лет фундаментальных клинических исследований и наблюдений, в которые входило исследование WHI, было доказано значительное преимущество ЗГТ над рисками у женщин, которые начали терапию с продолжительностью менопаузы менее 10 лет.
- Помимо облегчения вазомоторных симптомов, потенциальные преимущества ЗГТ включают профилактику остеопороза и ИБС.

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Валентин Александрович Потапов акцентировал внимание аудитории на вопросах диагностики, профилактики и лечения метаболических нарушений, связанных с хирургической менопаузой.



— Гистерэктомия — наиболее распространенная операция в гинекологии. Средний возраст пациенток, подвергающихся данной операции, составляет 40,5 года.

Рост гинекологической заболеваемости, является главной причиной увеличения количества пациенток с хирургической менопаузой. Этому также способствует необоснованное расширение объема хирургического вмешательства, решение о котором принимается под давлением сложных или непредвиденных обстоятельств. Следует отметить, что экстирпация матки с сохранением одного яичника, также как и с сохранением обоих яичников, впоследствии приводит к развитию посткастрационного синдрома.

Метаболические нарушения, развивающиеся в результате хирургического удаления яичников, имеют глобальные последствия для организма женщины вследствие резкого прекращения влияния половых стероидов на обменные процессы. По данным В.И. Кулакова, клинические проявления хирургической менопаузы существенно отличаются от естественной: более выражены эмоционально-психические расстройства, значительно выше риск развития ССЗ и остеопороза. Посткастрационный синдром характеризуется более тяжелым течением и требует более длительной терапии («Гормональная реабилитация женщины при выпадении функции яичников», 2000 г.). Вазомоторные и эмоционально-психические проявления посткастрационного синдрома проявляются уже через 7-30 дней после билатеральной овариэктомии. Генитальные и уретральные симптомы появляются у 23,1% женщин через

3 мес и у 49,2% женщин через полгода. В течение года происходит потеря от 5 до 15% костной ткани, что проявляется болями в костях и суставах позвоночника, ограничением движений, нарушением осанки, хрупкостью костей. Лечение остеопороза, начатое спустя 6 лет после операции, оказывается малоэффективным. Ситуация усугубляется «молчаливой атрофией» слизистой влагалища и сексуальной дисфункцией (диспареунией, снижением частоты и интенсивности оргазма).

Молниеносность развития нарушения всех видов гормонального обмена, приводящих к инвалидизации пациентки, требует безотлагательного восполнения дефицита эстрогенов, не дожидаясь проявления классической картины посткастрационного синдрома; терапия фитоестрогенами в данном случае не может

считаться адекватной (К.М. Newton et al., 2006). Препаратом, успешно применяемым в лечении посткастрационного синдрома, является Фемостон®.

Начало ЗГТ рекомендуется начинать с низкодозированной формы Фемостон® 1/10. Показанием к переходу на более высокие дозы (Фемостон® 2/10) будет появление симптомов климакса в течение 3 мес. Препарат назначается в непрерывном режиме. Иная тактика применяется у женщин репродуктивного возраста — лечение стоит начинать с препарата Фемостон® 2/10 (контроль через 3 мес), а через год перейти на Фемостон® 1/10.

Таким образом, восполнение дефицита эндогенных половых гормонов после хирургической кастрации предотвращает развитие преждевременного климактерического синдрома и улучшает качество жизни женщины.

Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 Одесского национального университета, доктор медицинских наук Татьяна Алексеевна Ермоленко посвятила доклад проблеме применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в перименопаузальный период.



— Менопауза — это генетически детерминированный процесс. Возраст менопаузы в значительной степени предопределен при рождении. Кроме истощения фолликулярного аппарата яичников с возрастом уменьшается экспрессия рецепторов

уменьшается экспрессия рецепторов

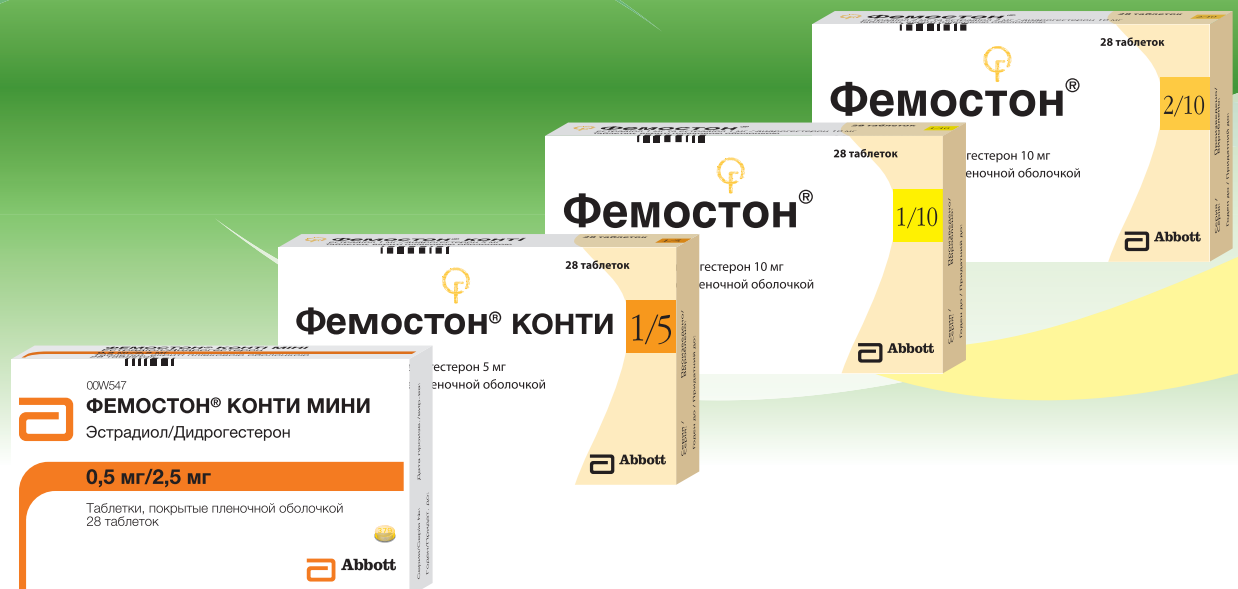
Продолжение на стр. 28.



Фемостон®

Эстрадиол/Дидрогестерон

- Устраняет симптомы менопаузы у женщин¹
- Снижает частоту всех переломов костей^{2, 3}
- Улучшает качество жизни⁴



Краткая информация о препаратах ФЕМОСТОН®, ФЕМОСТОН® КОНТИ, ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ

ФЕМОСТОН®, ФЕМОСТОН® КОНТИ. Регистрационные удостоверения. № UA/4836/01/01, № UA/4836/01/02, UA/4837/01/01 от 13.07.11. **ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ.** Регистрационное удостоверение. № UA/13464/01/01 от 13.02.14. **ФЕМОСТОН®.** Состав. Таблетка эстрадиола: 1 таблетка содержит эстрадиола 1 или 2 мг; таблетка эстрадиола/дидрогестерона: 1 таблетка содержит эстрадиола 1 или 2 мг, дидрогестерона 10 мг. **ФЕМОСТОН® КОНТИ, ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ.** Состав. 1 таблетка содержит эстрадиола 1 или 0,5 мг, дидрогестерона 5 или 2,5 мг. Лекарственная форма. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа. Гормоны половых желез и препараты, применяемые при патологии половой сферы. Комбинированные препараты, содержащие гестагены и эстрогены для последовательного применения. Код АТС G03G B08. **Показания.** **ФЕМОСТОН®.** Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) для устранения симптомов, обусловленных дефицитом эстрогенов, у женщин в постменопаузальный период не ранее, чем через 6 месяцев с момента последней менструации. Профилактика остеопороза у женщин в постменопаузальный период при высоком риске переломов в случае непереносимости или наличии противопоказаний для применения других лекарственных препаратов для профилактики остеопороза. **ФЕМОСТОН® КОНТИ.** Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) для устранения симптомов, обусловленных дефицитом эстрогенов у женщин в постменопаузальный период, не ранее, чем через 12 месяцев с момента последней менструации. Профилактика остеопороза у женщин в постменопаузальный период при высоком риске переломов в случае непереносимости или наличии противопоказаний для применения других лекарственных средств для профилактики остеопороза. **ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ.** Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) для устранения симптомов, обусловленных дефицитом эстрогенов у женщин в постменопаузальный период, не ранее, чем через 12 месяцев с момента последней менструации. Противопоказания. Диагностированный в прошлом или подозреваемый рак молочных желез; диагностированные в прошлом или подозреваемые эстрогензависимые злокачественные опухоли (например рак эндометрия); установленные или подозреваемые прогестагензависимые новообразования; вагинальные кровотечения неясного генеза; нелеченная гиперплазия эндометрия; имеющаяся венозная тромбоэмболия (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочных артерий) или венозная тромбоэмболия в прошлом; известные тромбфилические расстройства (например, дефицит протеина С, протеина S или антитромбина); активные или недавние тромбэмболические заболевания артерий (например, стенокардия, инфаркт миокарда); острые заболевания печени, а также наличие заболеваний печени в прошлом, если показатели функции печени не нормализовались; известная гиперчувствительность к действующим веществам или к любому из вспомогательных веществ препарата; порфирия. **Способ применения и дозы.** Для приема внутрь. Эстроген принимают постоянно. Прогестаген добавляют последовательно в течение последних 14 дней 28-дневного цикла. Лечение начинается с приема одной таблетки, содержащей 1 или 2 мг эстрадиола, 1 раз в сутки, ежедневно в течение первых 14-ти дней 28-дневного цикла; после чего в течение следующих 14 дней принимают по 1 таблетке, содержащей 1 или 2 мг эстрадиола и 10 мг дидрогестерона, 1 раз в сутки, как указано на 28-дневной календарной упаковке. После окончания 28-дневного цикла следует сразу же начинать новый цикл. **ФЕМОСТОН®, ФЕМОСТОН® КОНТИ, ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ** следует принимать без перерывов между упаковками. Для начала и продолжения лечения постменопаузальных симптомов необходимо назначать минимальные эффективные дозы в течение минимального периода времени. Побочные реакции. В клинических исследованиях и в постмаркетинговый период сообщалось о побочных эффектах терапии со следующей частотой: частые > 1/100, < 1/10, нечастые > 1/1000, < 1/100, редкие > 1/10000, < 1/1000, очень редкие < 1/10000, в том числе отдельные сообщения. Частые: головная боль, мигрень, тошнота, боль в животе, метеоризм, судороги в нижних конечностях, боль/чувствительность молочных желез, метроррагия и кровянистые выделения в постменопаузе, боль в области таза, астения, уменьшение или увеличение веса тела. Особенности применения. Для лечения симптомов, связанных с постменопаузой, ЗГТ следует начинать только при наличии таких симптомов, которые неблагоприятно влияют на качество жизни. Во всех случаях необходимо проводить тщательный анализ рисков и пользы, как минимум, ежегодно, и ЗГТ целесообразно продолжать, только если польза превышает риск. Доказательства относительно рисков, связанных с ЗГТ при лечении преждевременной менопаузы, ограничены. Однако, благодаря низкому уровню абсолютного риска соотношение преимуществ и рисков у женщин молодого возраста может быть более благоприятным, чем у старших женщин. **Причины для немедленного прекращения терапии.** Терапию необходимо прекратить в случае выявления противопоказаний, а также в следующих ситуациях: появление желтухи или нарушения функции печени; значительное повышение артериального давления; появление впервые мигреноподобной головной боли; беременность. **ФЕМОСТОН®, ФЕМОСТОН® КОНТИ, ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ** не относятся к средствам контрацепции. Опыт лечения женщин старше 65 лет ограничен.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата. Сообщить в «Абботт Лабораториз ГмБХ» о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобе на качество препарата Вы можете по телефонам (круглосуточно): в Украине (и странах СНГ) +380 44 498 6080; в Республике Беларусь +375 17 256 7920, в Республике Узбекистан + 998 71 129 0550.

1. Инструкция по медицинскому применению препаратов ФЕМОСТОН®, ФЕМОСТОН® КОНТИ, ФЕМОСТОН® КОНТИ МИНИ.
2. Адаптировано: В.П. Сметник. Остеопороз и остеопатии // Медицинский научно-практический журнал, 1998, № 2.
3. Адаптировано: Г.Т. Сухих, В.П. Сметник. Практические рекомендации по применению заместительной гормональной терапии у женщин в пери- и постменопаузе // Изд-во «Литера», г. Ярославль, с. 42.
4. Адаптировано: Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health // Climacteric 2013;16:316-337.

За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство «Абботт Лабораториз ГмБХ» в Украине: 01032, г. Киев, ул. Жиланская, 110.
Тел.: +38 044 498 60 80, факс: +38 044 498 60 81.

PR-UA-FEM-06(04/14)



Abbott
A Promise for Life

Фемостон в профилактике и лечении климактерических нарушений

Продолжение. Начало на стр. 26.

к гонадотропинам, что способствует снижению их чувствительности к собственным гонадотропным стимулам и частоты овulatoryных циклов. К периоду менопаузы гормональные изменения отражают уменьшение количества фолликулов в яичниках. Снижение показателей ингибина и повышение уровня ФСГ считаются лабораторными маркерами наступления климактерического периода. Появление приливов — главного симптома КС, проявляющегося в более поздней стадии пременопаузы, — вполне возможно при регулярном менструальном цикле и сохраненном стероидогенезе. Это объясняется чувствительностью лимбической системы и гипоталамуса не только в отношении дефицита эстрогенов, но и к гормональным колебаниям, характерным для этого периода.

Наличие симптомов КС на фоне сохраненного менструального цикла нередко требует решения вопроса контрацепции. Сегодня на рынке представлены современные контрацептивы, назначение которых в данной клинической ситуации может трактоваться как элемент ЗГТ. Однако следует учитывать, что переходный период — это период рисков ССЗ и развития метаболического синдрома, при котором назначение КОК является некорректным. Эстрогенный компонент КОК этинилэстрадиол наряду с положительным влиянием (улучшение липидного профиля и связывания избытка андрогенов) будет оказывать и негативное действие на организм женщины, увеличивая риск тромбозов и способствуя задержке жидкости в организме. Исключением являются современные низкодозовые препараты, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола и гестагены последнего поколения, которые лишены негативного влияния. Более того, в арсенале гинекологов имеется КОК, который содержит натуральный эстроген. Однако если мы говорим о современных тенденциях ведения пациенток в перименопаузе, то согласно действующим рекомендациям женщинам с КС следует назначать минимально возможные дозы натуральных эстрогенов. Этим критериям соответствуют исключительно препараты, предназначенные для лечения КС. Поэтому женщинам в перименопаузе использовать КОК в качестве ЗГТ не рекомендовано. Препаратом для лечения КС, профилактики ССЗ, остеопороза и урогенитальных расстройств с высоким профилем безопасности является Фемостон (Фемостон 1/10, Фемостон 2/10, Фемостон Контини мини, Фемостон Контини).

Заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета им. Данилы Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Вера Ивановна Пирогова рассказала о современных тенденциях коррекции ранних и преждевременных гипоестрогенных состояний.



— Обсуждения проблемы эстрогенодефицита не ограничиваются рамками КС. Есть категории женщин, у которых имеет место не просто недостаток эстрогенов, а практически их полное отсутствие начиная с периода полового созревания. Прежде всего, речь идет о пациентках

с первичной аменореей и первичной яичниковой недостаточностью, которые сопровождаются задержкой полового развития.

Следующая группа женщин, которая также далека от возраста природной менопаузы и испытывающая недостаток половых гормонов, — это пациентки с синдромом резистентных яичников (СРЯ), синдромом истощения яичников (СИЯ), постгистерэктомическим и постовариэктомическим синдромами. Очень часто приходится сталкиваться с ситуациями, когда постовариэктомический синдром возникает уже в 18 лет по причине неоправданного хирургического вмешательства. СИЯ является последствием субтотальной резекции яичников по поводу цистаденом, удаления кистозно измененных яичников, диатермокоагуляции капсулы яичника. Доказано также, что рассчитывать на компенсаторные возможности единственного яичника, оставленного при экстирпации матки, не приходится.

Выбирая тактику лечения ранних и преждевременных гипоестрогенных состояний, следует избегать следующих ошибок: назначения КОК при вторичной аменорее; проведения витаминотерапии; стимуляции овуляции. При первичной яичниковой недостаточности без анатомических нарушений (аплазия матки/влагалища) не дискутируется назначение ЗГТ до возраста природной менопаузы. ЗГТ также показана женщинам с ранней менопаузой. Всем пациенткам с преждевременными гипоестрогенными состояниями рекомендована долгосрочная гормонотерапия. Игнорирование этого правила приводит к тяжелым обменным нарушениям.

Традиционные требования к эффективности и безопасности комбинированных гормональных препаратов должны сочетаться с вариативностью дозировок. На украинском рынке единственным препаратом, отвечающим этим требованиям, является Фемостон. Фемостон 2/10 назначается пациенткам, страдающим первичной/вторичной недостаточностью функции яичников в возрасте <35-40 лет с дальнейшим назначением препарата Фемостон 1/10. Пациенткам с преждевременным угасанием функции яичников терапия начинается с Фемостона 1/10 с дальнейшим переходом на Фемостон Контини либо Фемостон Контини мини.

Таким образом, можно рекомендовать следующее применение препарата Фемостон:

- ➔ женщинам репродуктивного возраста назначаются только циклические формы препарата — Фемостон® 2/10; препарат следует назначать непрерывно;
- ➔ как правило, последовательную комбинированную ЗГТ, начинают с препарата Фемостон® 2/10; в дальнейшем дозу гормонов можно поменять в индивидуальном порядке в соответствии возрастом;
- ➔ прекращение менструаций на фоне Фемостон® 1/10 является сигналом наступления менопаузы и возможности перехода на Фемостон® Контини 1/5;
- ➔ ограничение по длительности приема Фемостона не существует;
- ➔ продолжительность лечения определяется патологией, по поводу которой назначена ЗГТ.

Подготовила **Наталья Карпенко**



Синдром поликистозных

М.Ю. Сергиенко, к.м.н., Э.Б. Яковлева, д.м.н., профессор.

По данным консенсуса Европейского общества репродукции человека и эмбриологии и Американского общества репродуктивной медицины (ESHRE/ASRM) 2012 г., 45% женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) страдают бесплодием, 65% случаев эндокринного бесплодия приходится на долю этой патологии. Тесная ассоциация синдрома с метаболическими нарушениями влечет за собой развитие таких осложнений, как ожирение, в 10 раз повышает риск возникновения сахарного диабета 2 типа, в 7 раз — прогрессирования артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, в том числе инфаркта миокарда, более чем в 2 раза — риск появления онкологических заболеваний яичников, эндометрия, молочной железы [6].

Существует мнение о том, что СПКЯ является терминальной стадией хронической ановуляции, звеньями этого процесса могут быть нарушения ритма секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) и гонадотропинов, особенно лютеинизирующего гормона (ЛГ), гиперандрогения (ГА), инсулинорезистентность (ИР) и гиперинсулинемия, нарушение липидного обмена, гиперпролактинемия. Установить, какой из перечисленных факторов является первичным, не всегда представляется возможным [2, 5].

Формирование и манифестация клинических проявлений синдрома часто начинаются с подросткового возраста.

Диагностика СПКЯ в подростковом возрасте по-прежнему вызывает много вопросов. Проблема состоит в том, что характеристики нормального полового созревания часто совпадают с симптомами СПКЯ, поэтому ряд исследователей предлагают к постановке диагноза применять более жесткие требования. Так, Sultan i Pars считают, что при диагностике необходимо наличие четырех из пяти критериев: олиго- или аменореи на протяжении двух лет после менархе, клинической ГА, лабораторной ГА, резистентности к инсулину или гиперинсулинемии, поликистозной трансформации яичников по результатам УЗИ. По данным последнего консенсуса ESHRE/ASRM, можно придерживаться Роттердамских критериев, однако для постановки окончательного диагноза в подростковом возрасте должны быть в наличии все три критерия. Иные исследователи допускают, что девушкам, у которых выявлены только два из трех критериев, вполне можно ставить диагноз СПКЯ с целью более тщательного наблюдения за ними [9].

По нашему мнению, следует с осторожностью подходить к постановке окончательного диагноза СПКЯ с учетом его трактовки как глобальной проблемы соматического здоровья — эндокринно-метаболического статуса, сердечно-сосудистого и онкогенного риска. Кроме того, одним из основных способов терапии СПКЯ является прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), которые нежелательно назначать девочкам-подросткам в случае олиго- и аменореи без тщательного обследования и использования всех возможностей витаминно-, фитотерапии и гестагенов.

В течение первых лет после менархе ановуляция сопровождает 80% менструальных циклов, при этом регулярный характер менструаций наблюдается у 75-80% девочек. При этом в 20-25% случаев у подростков на протяжении 2 лет с менархе отмечаются задержки менструаций, иногда сменяющиеся кровянистыми выделениями, превышающими по длительности 8 дней.

Регулярные овulatoryные циклы регистрируются к 14-16 годам у 75% девочек, но окончательное формирование пика ЛГ и лютеиновой фазы происходит только к 17-18 годам [4]. Основным механизмом действия большинства КОК является подавление овulatoryного пика ЛГ, что в условиях незрелости регуляторных механизмов в системе гипоталамус-гипофиз-яичники может только усугубить ситуацию, приводя к стойкой аменорее.

Предлагаем на начальных этапах наблюдения использовать термин «формирующийся СПКЯ», что позволяет полностью реализовать все возможности негормональной терапии, и только в случае ее неэффективности — назначать КОК.

Поводом для врачебной настороженности в отношении девочек-подростков должно быть отсутствие тенденции к формированию устойчивого менструального цикла в течение 1,5-2 лет после менархе или его нарушение после «успешного старта».

Различную диагностическую значимость имеют и варианты дерматитов в качестве критериев СПКЯ. У большинства женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в анамнезе присутствуют ГА. У девочек-подростков клинические проявления в виде акне или гирсутизма свидетельствуют об избыточном влиянии андрогенов и служат основанием для начала обследования с целью своевременной диагностики его этиологии. Распространенность акне среди подростков очень велика, что может быть симптомом базовой ГА и часто имеет транзиторный характер. У более 90% 18-летних женщин отмечаются разные формы акне, а у 23% — пустулезно-папулезные высыпания, которые требуют медикаментозного лечения. Наличие тяжелых форм высыпаний у подростков коррелирует с уровнем ДГЭА-с, в меньшей степени — общей секрецией тестостерона [9].

Гораздо более весомым признаком ГА является гирсутизм, его выявляют примерно у 60% женщин с СПКЯ. Гирсутизм часто менее выражен у подростков в сравнении с женщинами репродуктивного возраста, у которых вследствие длительного влияния андрогенов характерный рост волос становится более очевидным. По мнению Адамян Л.В. и соавт. (2014), определение только секреции тестостерона (общего и свободного) мало эффективно в силу того, что тестостерон связывается тестостерон-эстрогенсвязывающим глобулином (ТЭСГ), а свободный тестостерон концентрируется в более биологически активный дигидротестостерон (ДГТ). Методы определения этих параметров не всегда заслуживают доверия. Традиционно одним из важнейших критериев диагностики СПКЯ у подростков считается увеличение коэффициента