



Высокое качество жизни женщины в период менопаузы уже не миф

Уже который год Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова выступает в качестве одной из основных площадок в Украине для проведения крупномасштабных научных мероприятий, которые посещают врачи разных специальностей со всех уголков страны. Научно-практическая конференция с международным участием «Современные аспекты сохранения и восстановления здоровья женщины», которая состоялась 10-11 мая 2018 г., получила статус авторитетного научного собрания, на котором отечественные и зарубежные спикеры освещают наиболее актуальные проблемы современного акушерства и гинекологии. На протяжении двух дней интенсивной работы секционных заседаний все участники мероприятия имели уникальную возможность ознакомиться с новейшей прогрессивной информацией и получить ответ на интересующие вопросы.



В рамках сателлитного симпозиума «Индивидуализация выбора менопаузальной гормонотерапии» со вступительным докладом «Медицина «4П» в ведении пациентов с климактерическим синдромом» выступила **член-корреспондент Национальной академии медицинских наук Украины (НАМН), президент ВОО «Ассоциация гинекологов-эндокринологов Украины», заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук.**

— Согласно отчетам Всемирной организации здравоохранения за 2016 год, мир столкнулся с проблемой глобального изменения демографической ситуации: количество людей пожилого возраста начинает превышать количество детей. Значительное увеличение средней продолжительности жизни человека, вероятно, будет сопровождаться повышением уровня общей заболеваемости и инвалидизации. С целью предупреждения такой ситуации и сохранения социальной активности людей старшего возраста врачам следует изменить свое представление о тактике ведения пациентов от устранения уже существующего заболевания в сторону профилактики патологии и улучшения качества жизни.

Мировые демографические тенденции не обошли и Украину. Согласно данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, в структуре женского населения нашей страны с 2007 по 2017 г. популяция женщин в возрасте старше 50 лет возросла с 37 до 47%. Учитывая те физиологические изменения, которые происходят в организме женщин в этот период, для гинеколога крайне важно позаботиться о качестве их жизни. Реализация этого задания возможна с помощью внедрения в практическую деятельность врача любой специальности концепции пациент-ориентированного консультирования — принятия клинических решений и предоставления медицинской помощи в соответствии с индивидуальными предпочтениями, потребностями, ценностями и пожеланиями пациента. Медицина будущего должна быть прогностической, профилактической, персонализированной и партнерской, что отражено в концепции медицины «4П». В случае оказания помощи женщинам в климактерическом периоде пациент-ориентированное консультирование имеет особое значение. Несмотря на то, что гормональные изменения в организме женщины в период менопаузы носят физиологический характер, клинические проявления и симптомы, сопровождающие этот период, существенно снижают качество жизни. Поэтому задача врача — улучшить самочувствие женщины и подобрать такую тактику лечения, которая в каждом конкретном случае будет эффективной с учетом всех возможных рисков — как при проведении гормональной терапии, так и при ее отсутствии.

Важно понимать, что эстрогены — это не только гормоны женственности. Известно, что рецепторы к эстрогенам есть практически в каждом органе, поэтому эти половые гормоны воздействуют на весь организм, особенно на сердечно-сосудистую систему и костную ткань.

Согласно рекомендациям Международного общества менопаузы (IMS, 2016), золотым стандартом профилактики и лечения климактерических нарушений является

менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Сегодня МГТ является единственным видом терапии с доказанной эффективностью в отношении снижения частоты переломов у пациенток с остеопенией. МГТ также способствует улучшению профиля сердечно-сосудистого риска благодаря своему положительному влиянию на функцию сосудов, обмен липидов и метаболизм глюкозы. Показаниями к проведению МГТ являются климактерический синдром, урогенитальная атрофия, постменопаузальный остеопороз, преждевременная менопауза, совокупность других эстрогендефицитных трофических и метаболических нарушений, снижающих качество жизни женщины.

МГТ — это эффективный путь к улучшению жизни женщин в период менопаузы. Именно это направление требует применения концепции «4П». Гинеколог должен оценить пользу и возможные риски при назначении МГТ, при выборе ее схемы — использовать персонализированный подход к каждой конкретной пациентке, предупредить развитие осложнений путем ежегодного консультирования и создать партнерские отношения с женщиной для достижения максимального эффекта лечения.

Одним из наиболее известных и изученных препаратов МГТ в Украине является препарат Климонорм (фармацевтическая компания «Алвонг ИПКО»), который показал высокую эффективность у женщин с симптомами дефицита эстрогенов. Применение комбинированного лекарственного средства (2 мг эстрадиола валерата и 0,15 мг левоноргестрела) сопровождается быстрым и эффективным купированием основных симптомов, ухудшающих качество жизни пациентки, о чем свидетельствует положительная динамика индекса Купермана. Так, в проведенном нами еще в 1998 году исследовании доказана эффективность препарата Климонорм в отношении купирования таких симптомов, как нарушение сна, приливы, склонность к депрессии, утомляемость и снижение либидо уже через 3 мес лечения, а через 3 года приема МГТ существенно снизилась средняя частота посещаемости пациентами таких специалистов, как терапевт (в 3,5 раза), кардиолог (в 2,1 раза), невропатолог (в 3,1 раза), психиатр (в 2,0 раза), травматолог (в 2,8 раза), а также число госпитализаций и их длительности, 74% женщин отметили существенное повышение трудоспособности.

Следовательно, индивидуальный подход к проведению МГТ с учетом показаний и противопоказаний, грамотное назначение препарата с убедительной доказательной базой его эффективности и безопасности (Климонорм) открывает перед женщиной новые горизонты в реализации ее потенциала даже после менопаузы.



Тему индивидуализации подходов к ведению пациенток в менопаузе продолжила **старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», кандидат медицинских наук Ольга Алексеевна Ефименко.**

— За последние 100 лет средняя продолжительность жизни увеличилась практически в 2 раза (от 40 до 71,8 года), а в 28 странах мира этот показатель превысил 80 лет. Старение является неизбежным процессом, поэтому необходимо научиться наполнять этот период качеством жизни. Особенно это актуально для женщин, у которых возрастные гормональные

изменения негативно сказываются на внешности и состоянии здоровья. Роль эстрогенного дефицита в период менопаузы всем понятна и не требует доказательств. Поэтому особое внимание следует уделить андрогенам, которые до последнего времени рассматривались лишь как причина разных метаболических и функциональных нарушений, однако их роль в женском организме по-прежнему до конца не изучена. Колебания уровня андрогенов в разные периоды жизни женщины, вероятно, влияют на состояние ее организма. У здоровых женщин репродуктивного возраста ежедневно производится 300 мкг тестостерона. Уровень тестостерона достигает своего пика в раннем репродуктивном периоде (20-30 лет), затем с возрастом снижается и в 40 лет составляет 50% от такового у 20-летних женщин (A. Guay et al., 2004; С.Ю. Калинин и соавт., 2010). Мишенями для андрогенов являются практически все органы, поэтому дефицит этих гормонов имеет свои клинические эквиваленты: костно-мышечные изменения (снижение мышечной массы, боль в костях и суставах, остеопения), психоэмоциональные нарушения (утомляемость, лабильность настроения, расстройства памяти, сна, не связанные с приливами, снижение мотивации и самооценки), сексуальные расстройства (снижение либидо и чувствительности эрогенных зон), кожные проявления (сухость кожи, гипотония мимических мышц, гравидарный тип старения, выпадение волос на лобке). Об этом аспекте также нужно помнить при ведении пациенток в период менопаузы.

Сегодня во всем мире говорят о важности искусственного поддержания гормонального фона у женщин в период менопаузы. Согласно рекомендациям IMS, золотым стандартом лечения пациенток в климактерии является МГТ, которая остается наиболее эффективным методом лечения вазомоторных симптомов и урогенитальной атрофии. На фоне МГТ также может также уменьшаться выраженность других признаков, связанных с менопаузой: боли в суставах и мышцах, перепадов настроения, нарушений сна и сексуальной дисфункции (J. Baber et al., 2016).

Индивидуально подобранная МГТ достоверно улучшает качество жизни женщины в климактерии. Оптимальным препаратом для проведения длительной МГТ является Климонорм, который обеспечивает хороший контроль цикла и надежную защиту эндометрия за счет левоноргестрела. В случае преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) Климонорм является препаратом выбора. Левоноргестрел в составе комбинированного гормонального средства обладает достаточной андрогенностью, что крайне важно для женщин с ПНЯ, имеющих относительный дефицит андрогенов. Ключевые симптомы климактерического синдрома купируются за счет введения натурального эстрогена.

Урогенитальная атрофия в период менопаузы — это та проблема, которая сопровождается крайне деликатными жалобами, а также ухудшением сна и потерей способности получать удовольствие от жизни. Преждевременное возникновение симптомов урогенитальной атрофии на фоне хирургической менопаузы является показанием к назначению МГТ до возраста, соответствующего наступлению естественной менопаузы. В этом аспекте актуальным является гормональный препарат Прогинова («Алвонг ИПКО»), который содержит 2 мг эстрадиола валерата.

К врачам-гинекологам часто обращаются пациентки в период менопаузы, имевшие в репродуктивном возрасте признаки гиперандрогении и синдром поликистозных яичников (СПКЯ). У таких больных

в значительной мере повышается риск возникновения сердечно-сосудистых и метаболических событий. Даже в менопаузе пациентки с СПКЯ имеют повышенный уровень андрогенов (P. Pinola et al., 2015). Для таких женщин целесообразным будет назначение препарата Климен, который способствует улучшению функции β -клеток и снижению содержания гликированного гемоглобина, что особенно важно для пациенток с сахарным диабетом. На фоне терапии лекарственным средством Климен чувствительность к инсулину повышается на 15%, липопротеинов высокой плотности – на 27%, уровень триглицеридов снижается на 16%, гликированного гемоглобина – в среднем на 3% уже после 3 мес терапии (А.М. Borisova et al., 2003; M. Gambacciani et al., 2001).



Доклад о ПНЯ представила заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Ольга Васильевна Булаченко.

– ПНЯ – это прекращение функции яичников в возрасте до 40 лет, характеризующееся нарушением менструальной функции (олиго-, аменорея), повышением уровня гонадотропинов и снижением концентрации эстрадиола. Диагноз устанавливают на основании наличия аменореи более 4 мес у женщины моложе 40 лет и 2 эпизодов выявления уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) >25 мЕД/л⁶ (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE, 2016). Различают первичную (спонтанную) и вторичную (ятрогенную) форму ПНЯ. Только 25% случаев первичной ПНЯ являются следствием генетических заболеваний (хромосомной патологии, моногенных и полигенных заболеваний), в остальных случаях говорят об идиопатической ПНЯ.



Существует несколько патогенетических механизмов развития первичной ПНЯ. При хромосомных аномалиях имеет место редукция количества примордиальных фолликулов на разных стадиях развития. В случае количественных и структурных аномалий хромосом, моногенных мутаций, аутоиммунных болезней ПНЯ развивается в результате повышенного темпа потери фолликулов в постнатальный период или ускоренного истощения фолликулярного резерва. Генетически обусловленный блок рецепторов к гонадотропинам и другие механизмы, которые приводят к неспособности фолликулов к созреванию, также могут обуславливать формирование у женщины ПНЯ. Не стоит забывать и о накоплении токсических метаболитов при синдромах и аутоиммунных процессах: галактоземии, аутоиммунном полигландулярном синдроме и др. (Т.Ф. Татарчук, 2017). Причинами ятрогенной ПНЯ являются оперативные вмешательства на яичниках, заброс эмболов (чаще транзиторные формы), химио- или радиотерапия по поводу злокачественных новообразований различной локализации.

Клинические проблемы при ПНЯ в основном связаны с ухудшением качества жизни (половая дисфункция, снижение либидо, приливы, болевые ощущения внизу живота), потерей фертильности, увеличением числа неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, остеопороза), деменций.

При диагностике ПНЯ важно исключить другие возможные причины олиго- или аменореи (гипогонадотропная аменорея, неклассическая фенотипическая форма СПКЯ, неклассическая форма врожденной гиперплазии коры надпочечников, гиперпролактинемия, гипотиреоз, гипертиреоз, маточная форма аменореи, синдром гиперторможения яичников после приема комбинированных гормональных контрацептивов). В пользу диагноза ПНЯ свидетельствуют олигоменорея или отсутствие менструаций в течение 4 мес, уровень ФСГ >25 МЕ/мл в 2 исследованиях с интервалом не менее

4 недели, снижение уровня эстрогенов, антимюллерова гормона, ингибина В и подсчет антральных фолликулов (L. Webber et al., 2016).

На глобальном консенсусе по гормональной терапии менопаузы с участием ведущих мировых сообществ, работающих в этом направлении, было сделано заявление, что женщинам с синдромом истощенного яичника независимо от наличия или отсутствия симптомов эстрогенодефицита рекомендуется заместительная гормональная терапия до середины естественной возрастной менопаузы (Т. Дж. де Вильер, М.Л. Гласс и соавт., 2013). В рекомендациях IMS отмечено, что женщины со спонтанной или ятрогенной менопаузой в возрасте до 45 лет (особенно до 40 лет) имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза и могут подвергаться повышенному риску развития аффективных расстройств и деменции. Использование гормонотерапии в период менопаузы может снизить этот риск, уменьшить симптомы и сохранить плотность костной ткани.

Принципы применения МГТ зависят от нескольких факторов. При отсутствии матки назначают только эстрогены (исключение – эндометриоз, при котором применяют комбинированные препараты), при ее наличии – комбинацию эстрогенов и гестагенов. До наступления менопаузы назначают циклический режим, в постменопаузальный период – монофазный.

Продолжение на стр. 26.

[illegible]

Высокое качество жизни женщины в период менопаузы уже не миф

Продолжение. Начало на стр. 24.

После гистерэктомии применяют МГТ чистыми эстрогенами. Гормональная мототерапия у пациенток после удаления матки существенно снижает риск развития рака молочной железы. В таких клинических ситуациях рекомендован непрерывный режим лечения препаратом Прогинова, который содержит 2 мг эстрадиола валерата. Доза препарата рассчитывается согласно возрасту пациентки: до 50 лет – 2 мг эстрадиола валерата, после 50 лет – 1 мг, после 55 лет возможен перевод на 0,5 мг.

Продолжительность МГТ при менопаузе в среднем составляет 2-3 года. Но терапия может быть продлена до тех пор, пока она оказывает благоприятное воздействие на состояние здоровья пациентки путем уменьшения выраженности симптомов.



С докладом «Хирургическая менопауза: современный взгляд на проблему» выступила заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Вера Ивановна Пирогова.

— Современные возможности медикаментозной терапии при гинекологической патологии позволили существенно снизить количество хирургических вмешательств на органах малого таза у женщин позднего репродуктивного возраста. Но проблема хирургической менопаузы остается актуальной и сегодня. Если в случае естественного наступления менопаузы каскад симптомов климактерического синдрома проявляется постепенно, то при хирургической менопаузе наблюдается одномоментное «выключение» стероидной функции яичников, что сопровождается резким ухудшением состояния женщины. Гормональные нарушения при хирургической менопаузе имеют плюригландулярный характер, что обусловлено нарушением тесных анатомических взаимосвязей между репродуктивными органами, расстройством прямых и обратных нейроэндокринных связей, изменением функционального состояния щитовидной железы и надпочечников и нарастающими метаболическими расстройствами. Гормональная картина у женщины при полном «выключении» функции яичников выглядит следующим образом: резкое снижение уровня эстрадиола (E2), повышение уровня гонадотропинов (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов), тиреотропного гормона. Все последствия эстрогенодефицита у пациенток с хирургической менопаузой более выражены, чем у женщин с естественным наступлением менопаузы, что сопровождается резким ухудшением качества жизни.

Одной из ключевых задач современной медицины является улучшение качества жизни пациенток. В случае хирургической менопаузы применение МГТ характеризуется высокой эффективностью. Уже на предоперационном этапе следует проконсультировать пациентку касательно применения МГТ до и после операции. Так как МГТ сопряжена с повышенным

риском развития диспластических заболеваний молочных желез, женщины должны систематически проходить маммографию по системе BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). BI-RADS – это стандартизация описания результатов лучевых исследований, применяемая в развитых странах Европы и Америки. У многих гинекологов возникают сомнения при назначении МГТ женщинам с дисфункцией щитовидной железы, но, как показывают клинические исследования, эта патология не является противопоказанием к назначению МГТ (R.A. Lobo et al., 2014; G.D. Mishra et al., 2012).

Научные данные указывают на взаимосвязь времени появления и выраженности вазомоторных симптомов с частотой развития ишемической болезни сердца и смертности от нее (R.J. Baber et al., 2016). Учитывая кардиопротективное действие эстрогенсодержащих препаратов, женщины должны начать получать МГТ при первом появлении приливов и преимущественно в течение первых 10 лет постменопаузы.

Доверие гинекологов завоевали два гормональных препарата фармацевтической компании «Алвонген ИПКО» – Климонорм и Прогинова. Они на протяжении многих лет неоднократно подтверждали свою клиническую эффективность, в частности при лечении хирургической менопаузы. Климонорм – это двухфазный эстроген-гестагенный препарат для циклической или непрерывной МГТ, который применяется в случае субтотальной гистерэктомии. Левоноргестрел в составе препарата характеризуется 100% биодоступностью, что обеспечивает стабильность эффектов препарата Климонорм, которые не зависят от особенностей питания женщины, наличия патологии желудочно-кишечного тракта и активности печеночных ферментов. В случае тотальной гистерэктомии потребности в применении гестагенов нет, поэтому таким женщинам в качестве МГТ рекомендовано использовать эстрогены (Прогинова) в непрерывном режиме.

Таким образом, в случае хирургической менопаузы раннее начало МГТ позволяет достичь как краткосрочных (снижение интенсивности или полное устранение вазомоторных и психических симптомов, урогенитальных нарушений), так и долгосрочных (профилактика развития или прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, метаболического синдрома, остеопороза, когнитивных нарушений, деменции) результатов.



Климактерический синдром – это междисциплинарная проблема, и участие в спутном симпозиуме врачей смежных специальностей позволило более детально рассмотреть патологические состояния, связанные с менопаузой. В частности, об урогенитальных расстройствах в период менопаузы рассказал заведующий кафедрой урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук Игорь Михайлович Антонян. Как отметил спикер, генитоуринарный синдром менопаузы объединяет

атрофические и дистрофические процессы в эстрогензависимых тканях и структурах, а именно в нижних отделах мочевого тракта, мочевом пузыре и уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Клинические проявления этого синдрома (учащенное мочеиспускание, уретральный дискомфорт, недержание мочи, рецидивирующие цистит и вагинит, сухость слизистых оболочек вульвы и влагалища, трещины вульвы, снижение либидо, боль при половом акте, посткоитальные кровянистые выделения из вульвы) хоть и не представляют существенной угрозы жизни пациентки, но полное отсутствие удовлетворенности уже является весомым показанием к врачебному вмешательству. Лечение генитоуринарного синдрома включает поведенческую, медикаментозную (в том числе и МГТ), хирургическую терапию, лечебную гимнастику.



Не менее важным аспектом климактерического синдрома являются психические расстройства, которые представляют существенные трудности не только для женщины и ее лечащего врача, но и для ее близких друзей и родственников. Профессиональную точку зрения касательно психической сферы у женщин в период менопаузы осветила заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Галина Яковлевна Пилягина. Профессор обратила внимание присутствующих на особую составляющую менопаузы – климактерическую депрессию, развивающуюся наряду с вегетососудистыми и обменно-эндокринными расстройствами. Типичными признаками этого состояния являются подавленное и безрадостное настроение, плаксивость, снижение активности, интереса к собственной личности и окружению, неприятие возрастных изменений, страх перед надвигающейся старостью и тревожное опасение за свое здоровье. Эти симптомы могут также сопровождаться соматическими нарушениями. Причиной климактерической депрессии является дефицит эстрогенов и нарушение адаптационных механизмов в нейроэндокринной системе. При ведении пациенток в период менопаузы необходимо учитывать эту сторону климактерического синдрома и направлять усилия не только на устранение соматических симптомов, но и на восстановление психического здоровья женщины.

Современные методы профилактики и лечения климактерического синдрома позволяют женщинам в возрасте 50 лет и старше оставаться активными и жизнерадостными, независимо от гормональных колебаний. Страх перед менопаузой уже неуместен, поскольку индивидуальный подход к МГТ и использование проверенных лекарственных средств (Климонорм и Прогинова) – это ключ к продлению молодости, красоты и насыщенной жизни.

Подготовила Илона Цюпа



Індивідуалізація підходів до ведення пацієнток у період менопаузального переходу

Висновки резолюції експертної ради

(10-11 травня 2018 р., м. Вінниця)

1. Клінічний дефіцит статевих гормонів (естрогенів, прогестерону й тестостерону) у жінок є показанням для призначення їм МГТ відповідними гормонами. Робити це слід якомога раніше (у період менопаузального переходу) і персоналізовано – з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток. Такий підхід дозволяє зміцнити жіноче здоров'я. Призначення МГТ має відповідати симптоматиці та цілям профілактики різних захворювань, так само, як і анамнезу, результатам досліджень, уподобанням і очікуванням жінки.

2. Жінкам, які потребують корекції симптомів менопаузи й адекватного контролю ендометрія, слід призначати комбінацію естрогену та гестагену. За наявності факторів ризику гіперпроліферації оптимальним вибором є комбінація естрогену та гестагену з антипроліферативною активністю, наприклад, левоноргестрелу. Левоноргестрел може бути призначений як у складі комбінованої менопаузальної терапії, так і у формі внутрішньоматкової системи з цим гестагеном. Така терапія забезпечує адекватну корекцію симптомів патологічного клімаксу і має властивість оптимального контролю циклу завдяки сильній прогестагенній і антипроліферативній активності левоноргестрелу.

3. Особливу категорію являють собою пацієнтки, у яких, крім характерних симптомів естрогенодефіциту, спостерігаються клінічні прояви дефіциту андрогенів у клінічній ситуації:

- пацієнтки з артралгіями, болем у м'язах і високим ризиком розвитку остеопорозу;

- астено-депресивна симптоматика (зниження самооцінки, зниження когнітивних функцій, зниження лібіді, порушення сну, млявість, пригніченість настрою, зниження турбору шкіри);
- хірургічна менопауза в молодому віці (до 45 років);
- генитоуринарний синдром у поєднанні з вазомоторними симптомами й іншою загальною симптоматикою;
- передчасна недостатність яєчників.

У пацієнток цієї категорії перевагу слід віддавати препарату, що містить у своєму складі левоноргестрел, який забезпечує адекватний контроль ендометрія, має залишкову андрогенну активність, а також додаткові переваги щодо профілактики остеопорозу, ПНЯ та зниження когнітивних функцій.

Т.Ф. Татарчук, чл.-кор. НАМН України, д. мед. н., професор

В.І. Пирогова, д. мед. н., професор

О.О. Єфименко, к. мед. н.

О.В. Булаченко, д. мед. н., професор

І.М. Антонян, к. мед. н.

Г.Я. Пилягіна, д. мед. н., професор