

А.С. Исаева, к.м.н., ДУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

# Сохранение здоровья женщины в периоде климактерия

По итогам 13 Международного конгресса, г. Рим (Италия)

**8-11** июня 2011 года в г. Риме (Италия) прошел 13-й Международный конгресс, посвященный проблемам менопаузы. На форуме обсуждался широкий круг вопросов, связанных с сохранением здоровья женщины в этот период жизни.



Не вызывает сомнения тот факт, что один из наиболее социально активных и творческих периодов в жизни женщины совпадает с таким неизбежным физиологическим явлением, как менопауза. В различных странах средний возраст наступления менопаузы варьирует (40-58 лет); в Европе, например, он составляет в среднем 51 год. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г. в мире будет 1,2 млрд женщин в возрасте 50 лет и старше, и с каждым годом все большее количество представительниц слабой половины будет жить несколько десятилетий после менопаузы. Так, уже сейчас в развитых странах на постменопаузу приходится более 1/3 жизни женщины, и именно в этот период без хорошего самочувствия соответствовать высоким профессиональным и социальным требованиям последняя не может.

**!** В связи с осознанием социальной важности проблемы во всем мире в последние годы отношение к женскому здоровью значительно изменилось. Очевидно, что сохранить здоровье женщины в менопаузе можно только решая эту проблему комплексно, что требует совместных усилий интернистов, гинекологов, ревматологов, психотерапевтов.

На конгрессе обсуждались вопросы, связанные с особенностями клинических проявлений расстройств, обусловленных менопаузой; возможностями сохранения фертильной функции и программы по репродукции для женщин зрелого возраста; диагностикой и лечением онкопатологии в этом возрастном периоде. **К. Tserotas (Панама)** подчеркнул, что на современном этапе развития медицинской науки все больше учитывается гендерный подход к проблемам, связанным с соматическим здоровьем. Большинство экспертов согласились с тем, что улучшить здоровье женщины в менопаузе невозможно, если исходить только из особенностей репродуктивной системы. Оценка соматического здоровья и его соответствия норме в этот физиологический период позволит повысить качество жизни женщины и снизить риски развития серьезных соматических заболеваний. **W. Utian (США)** предложил рассматривать менопаузу как критический рубеж в жизни женщины, который при правильном терапевтическом подходе позволит сохранить здоровье и снизить смертность.

Выбрать максимально эффективную тактику медикаментозной поддержки в периоде климактерия позволяет индивидуальный подход к каждой пациентке. Его неотъемлемым этапом является оценка факторов риска.

**I. Lambrinoudaki (Греция)** настаивала на существовании гендерспецифичных факторов риска, к которым отнесла возраст наступления менопаузы и систолическое артериальное давление. **Rosano G. (Италия)** показал, что если у мужчин наибольшее значение имеет уровень холестерина, то у женщин особенно важными являются такие показатели, как артериальная гипертензия и сахарный диабет. Соответственно, в связи с различным влиянием факторов риска у мужчин и женщин коррекция их также должна отличаться. В частности, у женщин на первое место должны выступать контроль уровня гликемии и поддержание нормального артериального давления. **К. Tserotas (Панама)** подчеркнул, что важными факторами риска у женщин являются такие показатели, как гестационный диабет и синдром склерополикистозных яичников.

Большое внимание уделялось вопросам физиологии периода климактерия и связи менопаузы со старением организма. Как правило, это два взаимовлияющих процесса в организме женщины, но менопауза развивается несколькими годами позже инициации процессов старения. Особенностью старения женского организма является неотъемлемый период адаптации всех систем и органов к состоянию эстрогендефицита. **Mendelsohn (США)** в докладе указал на наличие рецепторов эстрогенов как в гладкомышечных клетках, так и в миокарде. Безусловно, состояние эстрогендефицита может запускать патологические процессы в сердечно-сосудистой системе, не всегда напрямую

связанные с атеросклерозом или старением организма. В этой ситуации введение экзогенных эстрогенов обладает не только профилактическим, но и лечебным эффектом. Именно в связи с потенциальными возможностями гормональной заместительной терапии (ГЗТ) одним из наиболее широко и активно обсуждаемых вопросов было ее широкое внедрение в клиническую практику. По словам президента конгресса Genazzani, мы переживаем ренессанс ГЗТ. Так, этот вид медикаментозной профилактики и лечения прошел несколько этапов. В 1990-е гг. не вызывало сомнений позитивное влияние ГЗТ на сердечно-сосудистую систему. В 2002 г., после опубликования результатов исследования WHI, к ГЗТ стали относиться очень настороженно, круг показаний значительно сузился и безопасность этого вида лечения начала считаться весьма сомнительной. Изначально исследование проводилось для оценки возможностей ГЗТ для первичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС), при этом средний возраст пациенток составил 63 года (именно в этой возрастной группе все чаще встречается ИБС). В группе изолированной терапии эстрогенами отмечалось увеличение риска инсульта на 39% без повышения риска коронарных событий. Другая ветвь испытания, которая предполагала терапию эстрогеном и прогестероном, сопровождалась повышением уровня сердечно-сосудистых событий на 22%. Исследование было прекращено досрочно. В данный момент его дизайн подвергнут критике, авторов упрекают в неправильном формировании исследуемых групп. Не учитывался возраст участниц, возраст наступления менопаузы и ее продолжительность, наличие ИБС. Следует отметить, что Международное общество менопаузы не согласилось до конца с интерпретацией результатов WHI.

Новый анализ исследований WHI и HERS показал, что начало ГЗТ в период ранней менопаузы и перименопаузы препятствует потере костной и мышечной массы, снижает риск остеопороза, замедляет дегенеративные изменения в сердечно-сосудистой системе, уменьшает колебания настроения и риск развития депрессии, снижает риск развития болезни Альцгеймера.

**H. Hodis (Великобритания)** предложил не оценивать изолированное влияние ГЗТ на снижение смертности и риск развития ИБС, а сопоставить эффект этого лечения с другими общепринятыми видами терапии. Докладчик проанализировал результаты метаанализов и показал, что первичная профилактика статинами (относительный риск 0,89; 95% доверительный интервал 0,69-1,09) и аспирином (ОР 0,91; 95% ДИ 0,8-1,03) не имеет у женщин достоверного влияния на смертность и частоту сердечно-сосудистых событий. В то же время назначение ГЗТ таким пациенткам позволяет снизить общую смертность (ОР 0,61; 95% ДИ 0,39-0,95) и риск развития ИБС (ОР 0,68; 95% ДИ 0,48-0,96). **F. Chantaine (США)** показал, что прекращение ГЗТ способствует росту толщины комплекса интима-медиа. **Maria (Италия)** продемонстрировала, что назначение ГЗТ имеет положительный эффект при сердечной недостаточности благодаря улучшению эндотелиальной функции и сердечного выброса. Основным условием грамотного применения ГЗТ является ее начало в период ранней менопаузы. Также существуют группы высокого риска, которым такая терапия противопоказана (пациентки с ИБС, с артериальным и/или венозным тромбозом в анамнезе, неопластическим процессом, наличием опухолевого процесса в молочной железе или высоким риском его развития).

**!** Следует подчеркнуть, что назначение ГЗТ должно быть частью общей стратегии, включающей модификацию образа жизни (прекращение курения, умеренное потребление алкоголя и увеличение физической активности).

Основным современным требованием к проведению ГЗТ является индивидуальный подход к каждой пациентке. В целом у женщин моложе 60 лет, находящихся в периоде перименопаузы или менопаузы без подтвержденной ИБС, назначение ГЗТ способствует снижению

сердечно-сосудистой смертности. Неоправданно назначение такого лечения женщинам старше 60 лет и в том случае, если женщина более 10 лет находится в периоде постменопаузы. Таким образом, безопасность ГЗТ зависит от возраста, в котором она начата, и от того периода климактерия, в котором находилась женщина. В связи с этим особую актуальность приобретает оценка маркеров менопаузы — антральных фолликулов при вагинальном ультразвуковом исследовании, ингибина В, антимюллерова гормона, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола. Использование этих показателей в клинике позволяет вовремя определить перименопаузу и, соответственно, начать прием ГЗТ в оптимальные сроки. Эксперты также выделили группу пациенток, которым назначение такой терапии необходимо. Это женщины с ятрогенной (чаще всего хирургической) менопаузой в возрасте до 45 лет, особенно моложе 40 лет. Риск развития сердечно-сосудистой патологии, остеопороза и деменции в этой группе крайне высок. Кроме того, ГЗТ является единственным способом лечения приливов и урогенитальных расстройств. На сегодняшний день не вызывает сомнений тот факт, что не следует использовать ГЗТ для лечения ИБС. Эксперты настаивают и на том, что риск, связанный с развитием рака молочной железы, невелик и в целом ниже, чем риск, обусловленный такими факторами, как ожирение или злоупотребление алкоголем. Снизить риски, связанные с ГЗТ, позволит применение минимально возможных доз эстрогенов и прогестинных, трансдермальных форм, индивидуальный учет факторов риска и комплексная оценка здоровья женщины.

Несмотря на то что споры о применении ГЗТ еще продолжаются, определяются показания и противопоказания, разрабатываются схемы терапии, количество пациенток, нуждающихся в медикаментозной поддержке после наступления естественной или хирургической менопаузы, растет. Климактерический период продолжает оставаться серьезным испытанием для организма женщины.

Нами проведено исследование оценки повреждения миокарда у пациенток в постменопаузе с ИБС и без таковой. В испытание были включены 77 пациенток в возрасте 50±6,2 года, из них 32 женщины имели верифицированную ИБС. У 21 женщины без ИБС была установлена дисгормональная кардиомиопатия. Оценка повреждения миокарда проводилась на основании подсчета индекса миокардиального повреждения (ИМП) по методике, описанной R.T. van Domburg (1998). Эта методика основана на измерении ширины и амплитуды зубцов Q, R, T, а также соотношения амплитуд этих зубцов по стандартной ЭКГ. Каждому полученному показателю присваивали значение в баллах, общая сумма которых составила ИМП. Для оценки гормонального статуса женщины определяли уровень ФСГ при трех последовательных измерениях с промежутками не менее недели (с 9.00 до 11.00). Состояние менопаузы и ранней постменопаузы диагностировали, если уровень ФСГ превышал 32 мМЕ/мл. Вне зависимости от наличия подтвержденной ИБС выявлены более высокие значения ИМП у пациенток с ФСГ >32 мМЕ/мл. Так, у женщин с ФСГ >32 мМЕ/мл ИМП был 35,5±9,1, у пациенток с ФСГ <32 мМЕ/мл — 27,4±13,5. Односторонний тест ANOVA показал, что повышение ФСГ >32 мМЕ/мл, наличие кардиалгии и инфаркта миокарда в анамнезе являются факторами, достоверно влияющими на повышение ИМП. Приведенные данные демонстрируют, что сама менопауза и связанное с ней состояние эстрогендефицита может являться фактором повреждения миокарда.

Очевидно, что для решения проблем, связанных со здоровьем женщины в периоде менопаузы и постменопаузы, все шире будут привлекаться врачи общей практики. Это обуславливает необходимость разработки стандартных схем оценки общего состояния организма женщины и стандартных схем терапии и профилактики как симптомов менопаузы, так и основных патологий в этот период.