DOI: 10.33667/2078-5631-2020-16-26-30

Период менопаузального перехода: риски и их профилактика

Л.В. Ткаченко, д.м.н., проф., заслуженный врач России, зав. кафедрой акушерства и гинекологии
Н.И. Свиридова, д.м.н., доцент, проф. кафедры акушерства и гинекологии

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Menopausal transition: risks and their prevention

L.V. Tkachenko, N.I. Sviridova
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Резюме
Период менопаузального перехода с 40–45 лет и до менопаузы – ответственный период жизни женщины, в котором на фоне нарастающего эстрогенодефицита, кроме появления вазомоторных, психологических, урогенитальных симптомов, возникают осложнения и обострения накопившихся экстагенитальных заболеваний. Утеря закономерного баланса половых гормонов приводит к гиперпластическим процессам в гормонозависимых тканях, что приводит к онкологическим рискам. В решении этой задачи важнейшую роль может сыграть менопаузальная гормонотерапия (МГТ), но это станет возможным, если при выборе препаратов для МГТ предпочтение будет отдаваться наиболее безопасным лекарственным формам, обеспечивающим весь спектр компенсаторных реакций, включая профилактику драматических ситуаций этого возраста.

Ключевые слова: ***перименопауза, МГТ, дидрогестерон, эстрадиол, дидрогестерон.***

Summary
The period of the menopausal transition from 40–45 years to menopause – is the crucial period of a woman's life, in which, against the background of increasing estrogen deficiency, in addition to the appearance of vasomotor, psychological, and urogenital symptoms, complications and exacerbations of accumulated extagenital diseases occur. The loss of the natural balance of sex hormones leads to hyperplastic processes in hormone-dependent tissues, which leads to cancer risks. In solving this problem, menopausal hormone therapy (MHT) can play a crucial role, but this will become possible if, when choosing drugs for MHT, preference will be given to the safest dosage forms that provide the whole spectrum of compensatory reactions, including the prevention of dramatic situations of this age.

Key words: ***perimenopause, MHT, dydrogesterone, estradiol, dydrogesteron.***

Современные достижения медицины и социальные условия в последние годы целенаправленно обеспечивают увеличение продолжительности жизни. Данные экспертов ВОЗ свидетельствуют о том, что к 2025 году почти половина женского населения Земли будет старше 45 (около 46%) лет [1–2]. Обозначенный возрастной рубеж является переломным периодом в жизни женщины, который для многих становится драматичным, изменяющим полностью качество жизни, так как благодаря нарастающему эстрогенному дефициту этот переходный период ассоциирован не только с изменениями репродуктивного здоровья, но и с осложнением и усугублением течения имеющихся экстрагенитальных заболеваний и провоцирует появление новых.

При этом до сих пор недостаточно внимания уделяется значительному снижению качества жизни (quality of life, QoL) женщин в переходном периоде и ранней постменопаузе, несмотря на многостороннее изучение этого вопроса в исследованиях [3–6].

Вопрос снижения качества жизни особенно актуален для работающих женщин вследствие негативного влияния менопаузальных симптомов на продуктивность и экономическую рентабельность труда. В крупном популяционном исследовании финские ученые, изучавшие различные аспекты качества жизни у работающих женщин переходного возраста, пришли к заключению, что более высокий социально-экономический статус, здоровый образ жизни необходимы для высокого QoL женщин в пременопаузе. В этой связи своевременно назначенная МГТ может разрешить это противоречие, ведь она признана самым эффективным методом лечения наиболее распространенных менопаузальных симптомов (50–82%) [7] и убедительно продемонстрировала не только свою эффективность, но и экономическую рентабельность.

Как пройти через жизнь, не переседая границ основных хронических болезней старения и снижения познавательных функций? Как сохранить социальную активность, трудоспособность женщины в пери- и постменопаузе?

В нынешней демографической ситуации при увеличении пенсионного возраста, продолжительности жизни этот вопрос приобретает важное значение не только для женщин, но и для всего человечества.

Сегодня мы живем дольше, работаем больше и уходим на пенсию в более позднем возрасте. Успешность на работе требует больше рабочих часов, более коротких перерывов на отдых. Именно поэтому сегодня первостепенная задача медицины – помочь женщине справиться с проблемами переходного периода, предупредить отдаленные патологические состояния, сопутствующие менопаузе.

Как сказано выше, в решении этой задачи важнейшую роль может сыграть менопаузальная гормонотерапия. В данной ситуации это станет возможно, если при выборе препаратов для МГТ предпочтение будет отдаваться наиболее безопасным лекарственным формам, обеспечи-

вающим весь спектр компенсаторных реакций, включая защиту головного мозга от старения.

Период менопаузального перехода (ПМП) может варьировать, но в среднем он начинается с 40–45 лет и характеризуется снижением гормональной функции яичников, что клинически проявляется чередованием регулярных менструации, олигоменореи и периодически возникающими аномальными маточными кровотечениями. Заканчивается переходный период прекращением менструаций. Менопауза – это последняя менструация в жизни женщины. Клинические проявления переходного периода представляют собой лишь вершину айсберга, а в основе этого состояния лежат часто повторяющиеся ановуляторные циклы с выраженным дефицитом прогестерона. ПМП характеризуется поочередным снижением стероидогенеза всех половых гормонов, но первым снижается прогестерон. И в ранней фазе ПМП возникает состояние относительной или абсолютной гиперэстрогении, что приводит к повышению вероятности развития гиперпластических процессов эндометрия и заболеваний молочных желез при еще сохраняющемся нормальном уровне эстрогенов.

Перимеопауза как период онкологического риска

Примерно у 14% женщин хроническая ановуляция в пременопаузе приводит к раку эндометрия или возникновению его предшественника – гиперплазии эндометрия с атипией. Гиперплазия эндометрия с атипией в 30% случаев прогрессирует в рак, а у 42,6% женщин с этой патологией обнаруживается ранее не диагностированная сопутствующая аденокарцинома эндометрия [8, 9]. В связи с этим доктрина «перименопауза – период онкологического риска» приобретает значимый смысл.

Согласно последним рекомендациям Международного общества по менопаузе, «в настоящее время недостаточно данных клинических исследований адекватной статистической мощности для точной оценки возможного различия частоты развития рака молочной железы при использовании разных типов, доз и путей введения эстрогенов, типа прогестагена и применения андрогенов». Доступные в настоящее время данные не позволяют четко говорить о различиях риска при применении перорального или трансдермального эстрадиола. В нескольких когортных или «случай – контроль» исследованиях были получены данные, что применение микронизированного прогестерона или дидрогестерона может быть связано с более низким риском этого заболевания [4, 10].

В ранний переходный период при еще отсутствии симптомов дефицита эстрогенов с целью регуляции менструального цикла, профилактики гиперпластических процессов в гормонозависимых тканях возможно применение пероральной монотерапии гестагенами, особенно у женщин, не нуждающихся в контрацепции либо применяющих негормональные способы контрацепции (барьерные, спермициды и другие). Учитывая, что в данный период у большинства женщин нарастают метаболические расстройства, предпочтительно назначение дидрогестерона, обладающего метаболически нейтральными свойствами. Дидрогестерон наряду с прогестероном – предпочтительные гестагены согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе (IMS) [11] и Европейского общества по андро- и менопаузе (EMAS) [12, 13], при этом дидрогестерон имеет бóльшую и более стабильную биодоступность при пероральном приеме при высоком профиле безопасности и переносимости, благодаря чему подходит для длительного применения в переходный менопаузальный период [10, 14]. Именно благодаря высокой биодоступности и предсказуемости эффекта применение дидрогестерона в составе МГТ не повышает риск развития гиперпластических процессов и рака эндометрия в отличие от микронизированного прогестерона, данные по которому противоречивы [15].

Метаболические проблемы

В репродуктивном периоде протективное воздействие эстрогенов на сердечно-сосудистую систему и метаболизм обеспечивает молодым женщинам отсутствие сердечно-сосудистых катастроф. В менопаузальном переходе последующее истощение фолликулярного резерва приводит к эстрогендефициным клиническим проявлениям – вазомоторным, психологическим, метаболическим, урогенитальным симптомам. Из-за дефицита эстрогенов страдает регенерация и тормозятся процессы восстановления в костной ткани, эндотелии и стенках сосудов, ЦНС. Гормональный дисбаланс эстрогенов и андрогенов, приводящий к относительной гиперандрогении, способствует возникновению метаболических нарушений, в первую очередь приводящих к накоплению жировой массы, в особенности висцерального жира, что ведет к увеличению образования провоспалительных цитокинов и реактивных молекул кислорода, уровня свободных жирных кислот в кровотоке, что в комплексе способствует развитию инсулинорезистентности (ИР) [16]. С другой стороны, биодоступность андрогенов выше на фоне снижения уровня глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС) в ПМП. Кроме того, у женщин в перименопаузе происходит уменьшение мышечной массы и значительное сокращение энергетических расходов, что еще больше повышает ИР и риск развития сахарного диабета второго типа. ИР лежит в основе патогенеза метаболического синдрома (МС), который характеризуется абдоминальным ожирением, нарушением метаболизма глюкозы, артериальной гипертензией и дислипидемией. Распространенность МС в постменопаузе резко увеличивается и колеблется в диапазоне 30–70% по сравнению с 14–45% у женщин репродуктивного возраста [16, 13].

Результаты исследования Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) показали, что снижение концентрации эстрадиола (Е2) коррелировало с повышением риска СД второго типа в переходном периоде на 47%. Важность роли дефицита эстрогенов подтверждают результаты исследования женщин после овариэктомии, показавшие увеличение риска СД второго типа на 57% по сравнению с женщинами, которые не подвергались такой операции.

МГТ оказывает благоприятный эффект на различные метаболические параметры: снижение накопления абдоминального жира; усиление окисления липидов; повышение расхода энергии и улучшение чувствительности к инсулину благодаря прямому влиянию эстрогенов на эстрогеновые рецепторы в печени, мышцах и жировой ткани. Метаанализ 107 исследований показал, что МГТ снижала резистентность к инсулину на 13 % и число новых случаев СД второго типа – на 30 %.

Несмотря на общеизвестные благоприятные метаболические эффекты эстрогенов, частота использования МГТ среди женщин с СД второго типа примерно на 50 % ниже, чем в популяции в целом. Ранее наличие СД второго типа приравнивалось по своему значению к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) [11], что до сих пор удерживает некоторых клиницистов от назначения МГТ таким пациенткам. По мнению экспертов EMAS, женщины с СД второго типа могут быть хорошими кандидатами для назначения МГТ после тщательной оценки имеющихся у них факторов риска ССЗ [13, 16–19]. Однако при выборе МГТ у женщин с СД второго типа надо соблюсти два условия, касающиеся эстрогенного (путь введения) и прогестагенного (тип прогестагена) компонентов.

У женщин в пери- и ранней постменопаузе с СД второго типа и низким риском ССЗ предпочтение следует отдавать пероральным эстрогенам. В отличие от трансдермальных эстрогенов, оказывающих минимальный эффект на углеводный обмен, пероральные эстрогены усиливают секрецию инсулина поджелудочной железой и его выделение, производят более благоприятное влияние на ИР и подавление образования глюкозы в печени. Поэтому непременным условием является использование прогестагена с минимальными эффектами на метаболизм глюкозы, например прогестерона или дидрогестерона [17, 18].

В новых международных рекомендациях 2018 года по менопаузе и сахарному диабету четко констатировано: МГТ имеет положительный эффект на гликемический профиль как у женщин без СД, так и с СД второго типа; своевременно начатая МГТ может отложить развитие СД; предпочтительна пероральная МГТ, кроме абсолютных противопоказаний; при наличии высокого риска тромбозов можно попробовать использовать трансдермальные формы МГТ; из доступных и исследованных гестагенов в составе пероральной МГТ предпочтительны прогестерон и дидрогестерон [13].

Менопаузальный переход – скрытая угроза формирования сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета второго типа и метаболических нарушений

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной инвалидизации и смертности женщин в постменопаузе. Под сердечно-сосудистыми событиями (cardiovascular events) в настоящее время понимают любое коронарное или цереброваскулярное событие – инсульт, острую ишемию миокарда, венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) или острый тромбоз периферических артерий. Именно поэтому в случаях, когда у женщин после естественной или хирургической менопаузы возникает дефицит половых гормонов, приводящий к ослаблению функции эндотелия, становится актуальным восстановление их содержания посредством менопаузальной гормональной терапии (МГТ) [19, 20].

Рекомендации Международного общества по менопаузе (International Menopause Society, IMS) 2016 года однозначно указывают на снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний благодаря положительному влиянию МГТ на сосудистую функцию, уровни липидов и метаболизм глюкозы [11]. Эстрогены благодаря биологическим механизмам регуляции активности эндотелиальных и гладкомышечных клеток кровеносных сосудов и миокарда положительно влияют на функцию эндотелия, снижая уровни молекул адгезии как сосудистых, так и воспалительных клеток [11], что в целом тормозит развитие атеросклероза. Эстрогены могут оказывать благоприятное локальное и системное воздействие, обусловленное рецептор-опосредованными эффектами, путем взаимодействия с α- и β-эстрогеновыми рецепторами, обнаруженными в эндотелиальных, гладкомышечных клетках и кардиомиоцитах.

Большинство проведенных исследований посвящены влиянию МГТ на развитие ИБС как наиболее значимого проявления атеросклероза. Существуют четкие и надежные доказательства того, что терапия эстрогенами может оказывать кардиопротективное действие, если она начата в менопаузальном переходе. Рандомизированное исследование датских ученых, длившееся 10 лет, показало снижение смертности и количества случаев инфаркта миокарда примерно на 50 % при раннем начале МГТ [21]. Но, как и в случае с сахарным диабетом, преимущество в отношении благоприятного влияния на сердечно-сосудистые заболевания и их факторы риска отмечается именно у пероральной терапии, что связано с супрафизиологическими концентрациями в печени и, как результат, положительным влиянием на синтез липидов, чего невозможно достичь при применении трансдермальных форм эстрогенов. Это положение отражено в рекомендациях Европейского общества по андро- и менопаузе 2020 года [12].

Вопросы возможного повышения риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ) при использовании МГТ также волнуют клиницистов, однако в последних рекомендациях Международного общества по менопаузе подчеркивается, что абсолютный риск у женщин в возрасте менее 60 лет, когда обычно назначается эта терапия, в целом низок. Поскольку риск ВТЭ повышается с возрастом и при наличии других факторов риска, включая врожденные или приобретенные тромбофилические нарушения и ожирение; перед назначением МГТ следует тщательно изучить личный и семейный анамнез ВТЭ, а также клинические характеристики пациентки.

Но в данных условиях также важен состав препарата МГТ, то есть входящие в него эстрогенный и гестагенный компоненты. Аналоги натуральных эстрогенов, например 17β-эстрадиол, наиболее предпочтительны в составе МГТ. Следующий

момент – тип гестагена, входящего в состав препарата МГТ. Поскольку задача гестагена в составе МГТ – только антипролиферативное действие на эндометрий в условиях эстрогеновой стимуляции, оптимально, если гестаген будет обладать высокоселективным действием и не станет влиять на другие виды рецепторов, кроме прогестероновых. Для этих условий опять предпочтителен дидрогестерон, поскольку он имеет минимальную антиминералокортикоидную активность и не влияет на водноэлектролитный обмен, не приводит к выведению жидкости из организма и не способствует сгущению крови (это один из факторов риска развития сердечно-сосудистых катастроф). В целом дидрогестерон оказывает селективное действие на прогестероновые рецепторы с очень высокой афинностью, что способствует профилактике гиперпластических процессов, не увеличивая риск венозных и артериальных тромбозов [22, 23].

Немаловажным позитивным эффектом МГТ является ее воздействие на ЦНС, работу которой нарушает возрастной эстрогеновый дефицит; в результате повышается частота депрессивных состояний и ухудшаются когнитивные функции. Например, по данным систематического обзора и метаанализа (2015), по сравнению с пременопаузальным периодом, риск депрессии возрастает в перименопаузе в 1,9, а в постменопаузе – в 4,3 раза [24]. Исследователи установили, что на фоне своевременно начатой МГТ (средний возраст участниц эксперимента составлял 48,7 года) риск деменции снижается на 26 %, а вот позднее начало терапии, напротив, повышает его на 48 % [17]. Однако и данный эффект, возможно, зависит от выбора препарата для МГТ. Так, в другом исследовании, где сравнивали эффективность комбинации конъюгированных лошадиных эстрогенов и микронизированного прогестерона с плацебо какого-либо (положительного или отрицательного) влияния МГТ на когнитивные функции обнаружить не удалось. Кроме того, есть данные, что МГТ не улучшает познавательные способности при болезни Альцгеймера, а вероятность деменции при непрерывной комбинированной гормональной терапии, начатой в возрасте 65 лет или старше, даже несколько возрастает [1, 24].

Наиболее выраженные климактерические симптомы возникают в период менопаузы – именно в это время назначение МГТ способно максимально улучшить качество жизни.

При назначении МГТ в молодом возрасте (50–60 лет) гормональная терапия при существенном повышении качества жизни не приводит к росту смертности от всех причин, более того, снижает ее на 31 %. МГТ снижает смертность от сердечно-сосудистых (в том числе тромбозов) и онкологических заболеваний [25], а также может предотвращать поздние нарушения (генитоуринарный синдром, остеопороз). При старте гормональной терапии в возрасте более 70 лет риск превышает пользу МГТ [1–2, 6].

Таким образом, МГТ должна быть назначена как можно раньше каждой женщине с появлением климактерических симптомов при отсутствии противопоказаний к гормональной терапии.

Назначая МГТ, у женщин в перименопаузе необходимо достичь двух основных целей: эффективно купировать менопаузальные симптомы (эмоционально-психические, вазомоторные и урогенитальные); предотвратить метаболические сдвиги, которые повышают риск развития остеопороза, атеросклероза и кардиоваскулярных заболеваний [26].

При назначении МГТ показана консультация гинеколога с необходимым скрининговым обследованием не реже раза в год согласно порядку оказания медицинской помощи женщинам (приказ Минздрава РФ № 572н) [1, 21].

Для коррекции нерегулярных менструаций и аномальных маточных кровотечений при отсутствии атипических изменений эндометрия применяют дидрогестерон (Дюфастон) в дозе 10 мг два раза в день с 11-го по 25-й день менструального цикла.

При появлении климактерических симптомов (приливов) необходимо добавление эстрогенов с заместительной целью, то есть переход к МГТ в циклическом режиме. Уникальная линейка препаратов циклической МГТ Фемостон-1 и Фемостон-2 (эстрадиол + дидрогестерон) обеспечивает плавное мягкое восполнение половых гормонов в период перименопаузы [22, 23].

Менопаузальный переход – окно терапевтических возможностей [24–27]. Так, отдаленные результаты даже неоднозначно принятого исследования WHI (2012) свидетельствовали о значимых положительных результатах у пациенток, получавших МГТ, что привело к снижению общей смертности на 31 % (p = 0,01; ОР = 0,69; 95 % ДИ: 0,51–0,94). Последующее наблюдение показало тенденцию к снижению онкологической смертности на 10 % (p = 0,05; ОР = 0,90; 95 % ДИ: 0,75–1,09); кроме того, в период наблюдения было отмечено значимое снижение смертности от болезни Альцгеймера на 15 % (p = 0,03; ОР = 0,85; 95 % ДИ: 0,74–0,98) [28].

Таким образом, пути снижения возможных рисков периода менопаузального перехода заключаются:

- в своевременном назначении менопаузальной гормональной терапии (МГТ) и соблюдении мер дополнительной профилактики драматичных событий менопаузального перехода, о которых говорилось выше, что позволит добиться максимального эффекта и свести к минимуму возможные осложнения;
- и конечно в правильном подходе к выбору того или иного препарата МГТ. Риск венозных тромбозов и метаболических событий при пероральной МГТ с дидрогестероном такой же низкий, как и при трансдермальной терапии. В то же время именно пероральные комбинации для МГТ с дидрогестероном предпочтительны с точки зрения комплексного снижения сердечно-сосудистых рисков, что продемонстрировано в многочисленных рандомизированных исследованиях и метаанализах.

Список литературы

1. *Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина.– 2-е изд., перераб. и доп.–М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.– 1008 с.*

2. Юренева С. В., Ильина Л. М., Якушевская О. В Менопаузальная гормональная терапия в постменопаузе: качество жизни сегодня и в долгосрочной перспективе. // Гинекология.– 2016.– Том 18, № 1.– С. 24–29.
3. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. // Menopause.– 2009.– Vol. 16.– P. 860–869.
4. Moilanen J, Aalto A-M, Hemminki E et al. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middleaged women. // Maturitas.– 2010.– Vol. 67.– P. 368–374.
5. Savolainen-Peltonen H, Hautamaki H, Tuomikoski P et al. Health-related quality of life in women with or without hot flashes: a randomized placebo-controlled trial with hormone therapy. // Menopause.– 2014.– Vol. 21.– P. 732–739.
6. Woods NF. Assessing menopause-specific quality of life in studies of the menopausal transition and early postmenopause. // Menopause.– 2014.– Vol. 21 (8).– P. 792–793.
7. Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA et al. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. // Menopause.– 2002.– Vol. 9 (6).– P. 402–410.
8. Андреева Е. Н., Бриль Ю. А. Менопауза: выйти из пике. // Status Presens, Гинекология, акушерство, бесплодный брак.– 2019.– Том 59. № 4.– С. 67–72.
9. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста. Клинические рекомендации (протокол лечения) / под ред. В. П. Сметник.– М., 2016.
10. WHO International Agency for Research on Cancer. CI5plus. Cancer Incidence in Five Continents Time Trends. Graphs: time trends by age (accessed May 19, 2019).
11. Baber R. J., Panay N., Fenton A.; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016; 19 (2): 109–50. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166.
12. Anagnostis P, Bitzer J, Cano A, et al. Menopause symptom management in women with dyslipidemias: An EMAS clinical guide. Maturitas. 2020; 135: 82–88. DOI: 10.1016/j.maturitas.2020.03.007.
13. Slopiena R. et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. Maturitas 117 (2018). 6–10.
14. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. // JAMA.– 2004.– Vol. 291. P. 1701–1712.
15. Sjögren LL, Mørch LS, Løkkegaard E. Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: A systematic review. Maturitas. 2016 Sep; 91: 25–35.
16. Stefanska A, Bergmann K, Sypniewska G. Metabolic syndrome and menopause: pathophysiology, clinical and diagnostic significance. // Adv. Clin. Chem.– 2015.– Vol. 72 (1).– P. 75.
17. Janssen I, Powell LH, Crawford S, et al. Menopause and the metabolic syndrome: the Study of Women's Health Across the Nation. // Arch. Intern. Med – 2008.– Vol. 168.–P. 1568–1575.
18. Mauvais-Jarvis F, Manson JE, Stevenson JC, Fonseca VA. Menopausal hormone therapy and type 2 diabetes prevention: evidence, mechanisms, and clinical implications. // Endocr. Rev.– 2017.– Vol. 38.– P. 173–188.
19. Rosano G. M.C., Vitale C. Window of opportunity for the vascular effect of estrogens: implications for HT. // Menopause management.– 2009.– Vol. 18 (4).– P. 27–29.
20. Boardman H. M., Hartley L., Eisinga A., Main C., Roqué i Figuls M., Bonfill Cosp X. et al. Hormonal therapy for the prevention of cardiovascular disease in postmenopausal women. // Cochrane Database Syst. Rev.– 2015.– Vol. 10 (3): CD002229. DOI: 10.1002/14651858.CD002229.pub4.
21. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 октября 2015 г. № 15–4/10/2–5804.
22. Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г. Проблемы климактерия и заместительная гормональная терапия у женщин в постменопаузе с использованием препарата Фемостон (1/5). // Русский медицинский журнал.– 2003.– № 14.– С. 808–812.
23. Бутовская О. Н. Клинический опыт использования препарата Фемостон 2/10 у женщин позднего репродуктивного возраста с преждевременным истощением функции яичников. // Русский медицинский журнал.– 2006.– № 2.– С. 1958–1960.
24. Тапильская Н. И., Глушаков Р.И Возможности менопаузальной гормональной терапии в профилактике старения головного мозга //Status Presens, Гинекология, акушерство, бесплодный брак.–2019.– № 4 (59).– С. 74–76.
25. JoAnn E. Manson, Aaron K. Aragaki, Jacques E. Rossouw, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality. The Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 2017; 318 (10): 927–938.
26. Хамошина М. Б., Бриль Ю. А. Менопаузальные расстройства – вариативность терапевтических подходов.– Москва, 2014.– 19 с.
27. Балан В. Е., Тихомирова Е. В. Менопаузальная гормонотерапия: максимальная польза при минимальных рисках. // Медицинский алфавит.– 2018.– Т. 3, № 6 (343).– С. 6–9.
28. Joann E. Manson, Aaron K. Aragaki, Jacques E. Rossouw, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific MortalityThe Women's Health Initiative Randomized Trials. // JAMA.– 2017.– Vol.– 318 (10).– P. 927–938.

Для цитирования: Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И. Период менопаузального перехода: риски и их профилактика. Медицинский алфавит. 2020 (16): 26–30. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-26-30.

For citation: Tkachenko L. V., Sviridova N. I. Menopausal transition: risks and their prevention. Medical alphabet. 2020 (16): 26–30. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-26-30.

Дискуссионный клуб «Новые аспекты диагностики и лечения акушерско-гинекологической патологии»

19–20 июня 2020 года ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта» (НИИ АГиР) впервые провел заседание дискуссионного клуба на тему «Новые аспекты диагностики и лечения акушерско-гинекологической патологии». Мероприятие из образовательного цикла «Школа Отта» состоялось в онлайн-формате.

Клуб привлек внимание к наиболее актуальным и дискуссионным проблемам научной программы. Такой образовательный подход способствует более глубокому разбору спорных тем, касающихся диагностики и лечения акушерско-гинекологической патологии.

Особенность дискуссионного клуба — повышенное внимание к вопросам, поступившим со стороны практикующих врачей и их пациенток. Преподавание в рамках «Школы Отта» всегда отличали серьезная глубина подачи актуальных тем и сконцентрированность на определенном направлении в рамках одной встречи.

Программа первого дня онлайн-встречи была посвящена большим акушерским синдромам. Участники подробно разберут темы:

- невынашивание беременности и преждевременные роды;
- акушерская диабетология;
- преэклампсия;
- проблемы перинатологии.

Второй день встречи был посвящен актуальным вопросам гинекологии. Специалисты обсудили темы:

- ВРТ и бесплодие;
- гормональная контрацепция;
- МГТ – глобальная стратегия поддержания качества жизни.

Опытные лекторы прояснили сложные аспекты современной медицинской науки. Модераторы и спикеры дискуссионного клуба – ведущие специалисты Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта:

- Игорь Юрьевич Коган, д.м.н., проф., член-корр. РАН, директор НИИ АГиР им. Д. О. Отта;
- Мария Игоревна Ярмолинская, д.м.н., проф., проф. РАН, зав. отделом гинекологии и эндокринологии НИИ АГиР им. Д. О. Отта, проф. кафедры акушерства и гинекологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;
- Олеся Николаевна Беспалова, д.м.н., зам. директора по научной работе НИИ АГиР им. Д. О. Отта;
- Александр Мкртичевич Гзгзян, д.м.н., зав. отделом репродуктологии НИИ АГиР им. Д. О. Отта, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии СпбГУ;
- Роман Викторович Капустин, к.м.н., ученый секретарь НИИ АГиР им. Д. О. Отта.

Мероприятия образовательного цикла «Школа Отта» традиционно отличает гармоничный сплав фундаментальной теоретической информации и богатейшего клинического опыта, накопленного в стенах научно-исследовательского института.

Ссылка на трансляцию: https://clck.ru/NnWN5.