

## Обновленные рекомендации Североамериканского общества по менопаузе (NAMS) по вопросам гормональной терапии: данные 2022 г.



**П**оследняя официальная позиция ведущих специалистов Североамериканского общества по менопаузе (North American Menopause Society – NAMS) по вопросам назначения менопаузальной гормональной терапии (МГТ) была опубликована в 2017 г. Спустя 5 лет в документ были внесены важные изменения, раскрывающие аспекты пользы и риска гормональной терапии симптомов менопаузы. Новый документ, опубликованный в июльском номере 2022 г. Menopause, подготовлен на основе результатов глобального анализа научной литературы и включает основные выводы, озвученные ведущими экспертами в процессе дискуссии. Позицию Общества разделяют специалисты других международных организаций: Американского общества по репродуктивной медицине (American Society for Reproductive Medicine), Европейского общества по менопаузе и андропаузе (European Menopause and Andropause Society), Американской ассоциации клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinologists), а также других обществ по менопаузе из многих европейских стран.

Ключевые пункты обновленного документа представлены ниже.

- До настоящего времени гормональная терапия остается наиболее эффективным лечением вазомоторных симптомов и проявлений генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС); как было показано, она предотвращает также потерю костной массы и снижает риск переломов.
- Риски гормональной терапии различаются в зависимости от типа, дозы, продолжительности применения, способа введения препарата, времени начала лечения и того, входит ли в состав прогестаген.
- В возрасте моложе 60 лет или в течение 10 лет после наступления менопаузы женщинам, не имеющим противопоказаний, назначение гормональной терапии для лечения вазомоторных симптомов и предотвращения потери костной массы представляется благоприятным в свете баланса пользы и риска от проводимой терапии.
- У женщин, которые начинают гормональную терапию в возрасте более 10 лет с момента наступления менопаузы или стар-

ше 60 лет, соотношение пользы и риска менее благоприятно из-за более высоких рисков развития ишемической болезни сердца, инсульта, венозной тромбоэмболии (ВТЭ) и деменции.

● При устойчивом ГУМС, симптомы которого не купируются на фоне негормональной терапии, вагинальные эстрогены или другие методы гормональной терапии могут быть рассмотрены в любом возрасте и в течение более продолжительного времени в случае необходимости.

● Трансдермальный путь введения и сниженные дозы гормональной терапии могут способствовать снижению риска ВТЭ и инсульта.

● Необходимо назначать самую низкую эффективную дозу системных гормональных препаратов, соответствующую целям лечения, которая обеспечивает максимальный спектр преимуществ и минимизирует риски для конкретной пациентки.

● У некоторых женщин, выживших после рака молочной железы и рака эндометрия, в случае неэффективности негормональной терапии симптомов ГУМС можно назначать низкие дозы

**Назначение гормональной терапии одобрено Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) по следующим показаниям:**

- лечение умеренных и тяжелых вазомоторных симптомов;
- профилактика остеопороза у женщин в постменопаузе;
- лечение гипоэстрогемии, вызванной гипогонадизмом, двухсторонней овариоэктомией или преждевременной недостаточностью яичников;
- лечение умеренных/тяжелых вульвовагинальных симптомов.

Согласно рекомендациям FDA, для лечения мочеполовых менопаузальных симптомов при отсутствии показаний для системной терапии предлагается использование низкодозированной локальной вагинальной терапии эстрогенами.

вагинальных эстрогенов, это представляется безопасным и значительно улучшает качество жизни.

● При непродолжительном приеме эстроген-прогестагенной терапии риск рака молочной железы не увеличивается значительно и может быть снижен при приеме одних эстрогенов.

● Гормональную терапию не следует отменять всем принимающим ее пациенткам в возрасте 60–65 лет: у женщин старше 65 лет в случае продолжающихся вазомоторных симптомов, ухудшения качества жизни или для профилактики остеопороза можно рассмотреть вопрос о пролонгации лечения после оценки результатов обследования и анализа соотношения пользы и риска терапии.

## Гормональная терапия и сопутствующие заболевания

● Сахарный диабет 2-го типа не является противопоказанием для МГТ у здоровых в остальном женщин; с точки зрения контроля гликемии МГТ может быть полезной.

● Наиболее благоприятные эффекты отмечаются у женщин с максимально сохранной когнитивной функцией перед началом терапии. Однако МГТ не должна назначаться с целью профилактики или лечения снижения когнитивной функции или деменции.

● Перед началом гормональной терапии необходимо рассмотреть личный и семейный риск сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, ВТЭ и рака молочной железы.

● Данные литературы показывают сниженный риск ишемической болезни сердца у женщин, которые начинают гормональную терапию в возрасте моложе 60 лет или в течение 10 лет постменопаузы.

● Женщины, которые начинают принимать гормональную терапию в возрасте старше 60 лет или после 10 или 20 лет постменопаузы, сталкиваются с более высокими рисками развития ишемической болезни сердца, ВТЭ и инсульта по сравнению с женщинами, начинающими гормональную терапию в ранней постменопаузе.

### Литература

1. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2022; 29 (7): 767–94. DOI: 10.1097/GME.0000000000002028
2. Материалы Межрегиональной общественной организации «Ассоциация гинекологов-эндокринологов».

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.