

## Международный консенсус по заместительной гормональной терапии менопаузальных расстройств

*T. J. de Villiers, M. L. S. Gass\*, C. J. Haines†, J. E. Hall‡, R. A. Lobo\*\*, D. D. Pierroz†† и M. M. Rees‡‡*

МедиКлиник Панорама и кафедра акушерства и гинекологии, университет Стелленбоша, Кейптаун, Южная Африка; \*отделение хирургии, Кливлендская клиника 'Медицинского колледжа Лернера Медицинской школы Западного резервного университета Кейза, Кливленд, Огайо, США; †кафедра акушерства и гинекологии, Китайский университет Гонконга, больница Принца Уэльского, Шатин, Новые Территории, Гонконг, специальный административный район КНР; ‡кафедра медицины, Массачусетская больница общего профиля и Гарвардская медицинская школа, Бостон, Массачусетс, США; \*\*Кафедра акушерства и гинекологии, Колумбийский университет, Нью-Йорк, Нью-Йорк, США; ††Женевский университет, Швейцария; ‡‡Заслуженный преподаватель, Оксфордский университет, Великобритания

---

Следующий консенсус одобрен Американским обществом репродуктивной медицины, Федерацией обществ по менопаузе Азиатско-Тихоокеанского региона, Обществом эндокринологов, Европейским Обществом по менопаузе и андропаузе, Международным обществом по менопаузе, Международным фондом остеопороза и Североамериканским обществом по менопаузе.

Последние 10 лет наблюдается большая путаница в вопросах применения заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Новые факты ставят под сомнение утвержденные ранее клинические рекомендации, главным образом в отношении вопросов безопасности и профилактики заболеваний. Это приводит к тому, что многие женщины необоснованно отказываются от использования ЗГТ. Основные региональные общества по менопаузе регулярно обновляли и публиковали детальные рекомендации. Первоначально путаница была вызвана существенными различиями между опубликованными рекомендациями. В последних версиях различия были выражены гораздо меньше. В связи с этим в ноябре 2012 года Международное общество по менопаузе выступило с инициативой организации дискуссии «за круглым столом» между крупными региональными обществами по менопаузе

для достижения консенсуса в отношении основных рекомендаций по ЗГТ. Целью дискуссии являлось создание документа в виде маркированного списка, представляющего собой резюме согласованных решений экспертов. Следует подчеркнуть, что в связи с существованием нормативных ограничений и различий заболевания между странами, представленные ключевые рекомендации не заменяют более детализированных, основанных на опубликованных данных, рекомендаций по ЗГТ, подготовленных отдельными национальными и региональными обществами. Настоящий документ служит подтверждением достигнутого в отношении ЗГТ международного консенсуса и направлен на поддержку надлежащего использования препаратов ЗГТ женщинами и медицинскими работниками.

- ЗГТ является наиболее эффективным средством для лечения вазомоторных симптомов, связанных с менопаузой, в любом возрасте, однако полученные преимущества перевешивают потенциальный риск в первую очередь при применении у женщин с клиническими проявлениями в возрасте моложе 60 лет или в течение 10 лет после менопаузы.
- ЗГТ является эффективным средством профилактики обусловленных остеопорозом переломов у женщин, входящих в группу риска, в возрасте до 60 лет или в первые 10 лет после менопаузы.
- Рандомизированные клинические исследования, данные наблюдательных исследований и мета-анализы подтверждают снижение частоты случаев ишемической болезни сердца и общей летальности у женщин в возрасте до 60 лет или находящихся в постменопаузальном периоде менее 10 лет при использовании ЗГТ стандартными дозами препаратов, содержащих только эстрогены. Данные о применении комбинированных эстроген/гестагенных препаратов в этой группе пациенток показывают аналогичную тенденцию в отношении смертности. Однако, в большинстве рандомизированных клинических исследований не было обнаружено статистически значимого снижения или повышения заболеваемости ишемической болезнью сердца.
- Местная низкодозированная терапия эстрогенами показана женщинам, у которых возрастные изменения ограничиваются сухостью влагалища или связанными с ней неприятными ощущениями при половом акте.
- Системная монотерапия эстрогенами применяются у женщин с гистерэктомией в анамнезе, однако женщинам с сохраненной маткой следует дополнительно назначать прогестаген.

- В том, что касается качества жизни, приоритетов в отношении здоровья, а так же персональных факторов риска, таких как возраст, продолжительность постменопаузы, риск развития венозной тромбозной эмболии, инсульта, ишемической болезни сердца и рака молочной железы, решение о ЗГТ в каждом случае принимается индивидуально.
- Риск развития венозной тромбозной эмболии и ишемического инсульта при приеме пероральной ЗГТ возрастает, при этом абсолютный риск у женщин моложе 60 лет остается низким. Наблюдательные исследования свидетельствуют о снижении риска при трансдермальной терапии.
- Связь применения ЗГТ у женщин старше 50 лет с риском рака молочной железы остается сложным вопросом. Повышенный риск развития рака молочной железы в первую очередь ассоциируется с присоединением к эстрогенной терапии прогестагенов и зависит от длительности использования гормональных препаратов. Вероятность развития рака молочной железы, обусловленного ЗГТ, мала и она снижается после прекращения лечения.
- Длительность приема и дозы препаратов ЗГТ следует подбирать индивидуально в зависимости от целей лечения. При назначении ЗГТ необходимо учитывать вопросы безопасности.
- У женщин с преждевременной недостаточностью яичников рекомендуется продолжать системную ЗГТ, по крайней мере, до достижения ими среднего возраста наступления естественной менопаузы.
- Не рекомендуется применение индивидуально подобранной биоидентичной гормональной терапии.
- Современные данные по безопасности не поддерживают проведение ЗГТ у женщин, перенесших рак молочной железы.

Представленные основные рекомендации будут пересмотрены в будущем при появлении новых данных.

#### **Авторы/члены согласительной группы**

Международное общество по менопаузе: Tobie J. de Villiers, *президент* (МедиКлиник Панорама и кафедра акушерства и гинекологии, университет Стелленбоша, Кейптаун, Южная Африка); David F. Archer, *казначей* (Институт репродуктивной медицины им. Джонса, Медицинская школа Восточной Виргинии, Норфолк, Вирджиния, США); Rodney J. Baber, *генеральный секретарь* (Сиднейская медицинская школа, университет Сиднея, Новый

Южный Уэльс, Австралия); Mary Ann Lumsden, *член правления* (Гинекология & репродуктивная медицина, школа медицины, университет Глазго, Глазго, Великобритания); Amos Pines, *директор по просветительской работе и развитию* (Медицинская школа Саклера, Тель-Авивский университет, Тель-Авив, Израиль); Федерация обществ по менопаузе Азиатско-Тихоокеанского региона: Christopher J. Haines, *почетный секретарь* (кафедра акушерства и гинекологии, Китайский университет Гонконга, больница Принца Уэльского, Шатин, Новые Территории, Гонконг, специальный административный район КНР); Американское общество репродуктивной медицины: Rogério A. Lobo, *бывший президент* (кафедра акушерства и гинекологии, Колумбийский университет, Нью-Йорк, Нью-Йорк, США); Международный фонд остеопороза: Dominique D. Pierroz, *менеджер по науке* (Женевский университет, Швейцария); Европейское Общество по менопаузе и андропаузе: Margaret Rees, *президент* (Заслуженный преподаватель, Оксфордский университет, Великобритания); Florence Tremollières, *член правления* (Центр менопаузы, клиника больница Поль-де-Вижора, Тулуза, Франция); Общество эндокринологов: Janet E. Hall, *бывший президент* (кафедра медицины, Массачусетская больница общего профиля и Гарвардская медицинская школа, Бостон, Массачусетс, США); Североамериканское общество по менопаузе: Margery L. S. Gass, *исполнительный директор* (отделение хирургии, Кливлендская клиника Медицинского колледжа Лернера Медицинской школы Западного резервного университета Кейза, Кливленд, Огайо, США).

#### *Источник финансирования*

Заседание согласительной группы проходило при финансовой поддержке только обществ, делегировавших экспертов для участия в заседании.