



მენოპაუზა და MHT 2024 წელს:

ძირითადი წინააღმდეგობების განხილვა -

მენოპაუზის საერთაშორისო ასოციაციის თეთრი ფურცელი

დოკუმენტი ქართულ ენაზე მომზადებულია საქართველოს რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის ასოციაციის (GREA) მიერ

თარგმანის ავტორები:

გიორგი თევდორაშვილი - საქართველოს რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის ასოციაციის (GREA) დამფუძნებელი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის (თსსუ) მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის პროფესორი, თსსუ-ს უწყვეტი პროფესიული განათლების (უპგ) პროგრამების წარმდგენი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი მეანობა-გინეკოლოგიის მიმართულებით, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის (GOGPA) პრეზიდენტის წევრი და ვიცე-პრეზიდენტი, გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის საერთაშორისო ასოციაციის (ISGE) სერთიფიცირებული პრაქტიკოსი

მარიამ ანდლულაძე - საქართველოს რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის ასოციაციის (GREA) დამფუძნებელი, თსსუ-ს უწყვეტი პროფესიული განათლების (უპგ) პროგრამების ტრენერი, საქართველოს კოლპოსკოპიის ფედერაციის უწყვეტი პროფესიული განათლების (უპგ) პროგრამის ტრენერი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეგიონული ტრენერი ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) ვაქცინაციის მიმართულებით, პრენატალური დიაგნოსტიკის საერთაშორისო ასოციაციის (ISPD) სოციალური მედიისა და წევრობის კომიტეტების არჩეული წევრი, გინეკოლოგიური ენდოკრინოლოგიის საერთაშორისო ასოციაციის (ISGE) წამყვანი პრაქტიკოსი

აბსტრაქტი:

მენოპაუზის საერთაშორისო ასოციაციის (IMS) ხედვა მდგომარეობს იმაში, რომ მთელს მსოფლიოში, ყველა ქალს ექნება მარტივი და თანაბარი წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ცოდნასა და ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც მათ შესაძლებლობას მისცემთ, გააკეთონ სრულად ინფორმირებული არჩევანი შუახნის ასაკის ჯანმრთელობასთან მიმართებაში. წინამდებარე თეთრი ფურცლის მიზანია, უზრუნველყოს კარგად დაბალანსებული საგანმანათლებლო ნარატივის მოწოდება მენოპაუზისა და მენოპაუზალური ჰორმონალური თერაპიის (MHT) შესახებ, მენოპაუზის საერთაშორისო ასოციაციის - IMS-ის ექსპერტებისგან, 2024 წლის მენოპაუზის მსოფლიო დღესთან დაკავშირებით. ეს მიიღწევა მენოპაუზის ანთროპოლოგიისა და ისტორიის, MHT-ის დანიშვნის პრინციპებისა და წინააღმდეგობების შესწავლით და მარეგულირებელ და მენოპაუზის ასოციაციის კონტექსტებში მოთავსებით. თეთრი ფურცელი ასევე აყალიბებს საფუძველს IMS-ის მომავალი, განახლებული რეკომენდაციებისთვის მენოპაუზის პერიოდის შესახებ და იმოქმედებს, როგორც გეგმა, მენოპაუზის პერიოდის მომავალი ეთიკური მენეჯმენტისთვის პრაქტიკული და სამომავლო მისწრაფების პერსპექტივებიდან.

ნაშრომის მნიშვნელოვანი ნაწილია “MHT-ის დანიშვნის 5Ws”: ვისთვის არის MHT; MHT-ის რა ტიპები და დოზირება არსებობს; როდის უნდა დაიწყოს და შეწყდეს MHT; რატომ არის მნიშვნელოვანი MHT; სად არის შესაძლებელი წვდომა MHT-ზე? ამ ინფორმაციის ძირითადი პუნქტების შეჯამება მოწოდებულია ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის და საზოგადოებისთვის. რეზიუმე გთავაზობთ “მარტივად ხელმისაწვდომ” რჩევებს ჯანდაცვისა და მედიის ყურადღების ცენტრში მოქცეულ MHT-ის დანიშვნის რამოდენიმე ბოლოდროინდელ საკამათო საკითხთან დაკავშირებითაც.

შესავალი:

2024 წლის ამ თეთრი ფურცლის მიზანია, წარმოადგინოს მენოპაუზის საერთაშორისო ასოციაციის (IMS) პოზიციის განაცხადი მენოპაუზისა და მენოპაუზალური ჰორმონალური თერაპიის (MHT) შესახებ, და, კერძოდ, გადაწყვიტოს ზოგიერთი ძირითადი წინააღმდეგობა. ნაშრომის მიზანია, იმოქმედოს, როგორც გეგმამ, რომელზედაც დაფუძნებულია მენოპაუზის მომავალი ეთიკური მენეჯმენტი, როგორც პრაქტიკული, ისე სამომავლო მისწრაფების პერსპექტივიდან.

IMS-ის მისიაა, გლობალურად იმუშავოს, რათა ხელი შეუწყოს და მხარი დაუჭიროს ქალთა ჯანმრთელობის საუკეთესო პრაქტიკაზე ხელმისაწვდომობას მენოპაუზაში გარდამავალ პერიოდსა და პოსტ-რეპროდუქციულ წლებში, რაც მათ შესაძლებლობას მისცემს, მიაღწიონ ამას ოპტიმალური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის პირობებში. მენოპაუზის შესახებ ეფექტური კომუნიკაციისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული განათლების საშუალებით, ქალებს შეუძლიათ მიიღონ უფლება, გააკეთონ ინფორმირებული პერსონალიზებული არჩევანი, რომელიც შეესაბამება მათ ინდივიდუალურ მიზნებს.

მრავალი წლის უგულებელყოფის შემდეგ, ჩვენ საბოლოოდ ვიხილეთ დიდი ხნის, უპრეცედენტო ყურადღების გამახვილება მენოპაუზის პერიოდზე პოპულარულ მედიაში, რამაც შესაძლებლობა მისცა ქალებს, აღმოეჩინათ მენოპაუზის სიმპტომები. თუმცა, მედია და აკადემიური ლიტერატურაც კი, წარმოადგენენ პოლარიზებულ შეხედულებებს ამ პერიოდის მართვასთან მიმართებაში. ეს კონტრასტული შეხედულებები ხშირად უტოვებს ქალებს დაბნეულობისა და უძლოურების შეგრძნებას მეტად, ვიდრე მენოპაუზაში გარდამავალი პერიოდის მხარდაჭერის შეგრძნებას და არის მგრძობიარე დაუმტკიცებელი მარკეტინგული პროდუქტების მიმართ.

ძალიან ცოტა თერაპიულმა სამედიცინო ჩარევამ თუ გამოიწვია იმდენი კამათი და ძალიან ცოტა მათგანის პოპულარობა თუ გაიზარდა ან შემცირდა ისე, როგორც ეს MHT-ის შემთხვევაშია. მოსაზრებები MHT-ის შესახებ, როგორც ჩანს, განპირობებულია სოციალ-კულტურალური კლიმატით, ისევე, როგორც კლინიკური კვლევების შედეგებიდან გამოჩენილი მტკიცებულებებით. ეს სოციალ-კულტურალური ფაქტორები მოიცავს დემოგრაფიას, განათლებას, რელიგიას, რწმენას, ღირებულებებს, სოციალურ კლასებს, სექსუალობას და დამოკიდებულებებს.

მენოპაუზის იმპულსის კარგად დაბალანსებული ნარატივის ძიება გრძელდება [1]. ეს ნაშრომი ემსახურება ამ კარგად დაბალანსებული ნარატივის საფუძვლის შექმნას მენოპაუზისა და MHT-ის ისტორიისა და ამჟამინდელი კონტექსტის განსაზღვრით.

წინამდებარე თეთრი ფურცლის მიზანი არ არის თერაპიული ვარიანტებისა და ეფექტურობისა და უსაფრთხოების მტკიცებულებების ყოვლისმომცველი ინსტრუმენტების მოწოდება; ეს საკითხები კარგად არის მოცული რეკომენდაციებით, გაიდლაინებით და კონსენსუსის განაცხადებებით. ნაშრომი, ძირითადად, განკუთვნილია შემდეგი საკითხების შესასწავლად:

- ძირითადი ანთროპოლოგიური, ევოლუციური, ისტორიული, სოციალ-დემოგრაფიული და კულტურული საკითხები, რომლებმაც გავლენა მოახდინეს იმის აღქმაზე, არის თუ არა მენოპაუზა ცხოვრების ბუნებრივი ეტაპი თუ თანამედროვე დაავადება;
- მოლოდინები, იმასთან დაკავშირებით, რომ მენოპაუზის მკურნალობა უნდა განხორციელდეს და როგორ უნდა იქნას ის ნამკურნალევი;

- მოლოდინები, რამდენად ეფექტური და უსაფრთხო იქნება ეს მკურნალობა;
- ფაქტორები, რომლებმაც გამოიწვიეს იმედგაცრუება ქალებში და დაბნეულობა ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის (HcPs)
- რა შეიძლება გაკეთდეს მომავალში, რათა თავიდან იქნას აცილებული შეხედულებების პოლარიზაცია იმისთვის, რომ მივალწიოთ კარგად დაბალანსებულ ნარატივს MHT-თან მიმართებაში, რომელიც გააძლიერებს როგორც HcPs-ებს, ასევე ქალებს მათი ცხოვრების შუა პერიოდში.

ანთროპოლოგიური და ევოლუციური პერსპექტივები მენოპაუზასთან დაკავშირებით

მენოპაუზა და MHT, უამრავი ქალისა და მთლიანად, საზოგადოების საზიანოდ, კვლავ რჩება მნიშვნელოვანი კამათისა და დებატების თემა. მენოპაუზის მიმართ პერსპექტივები და დამოკიდებულებები, რომლებიც იწვევს ამ დაპირისპირებას, შეიძლება გავიაზროთ ანთროპოლოგიური, ევოლუციური, ისტორიული და თანამედროვე მედიცინის პერსპექტივებიდან. მენოპაუზის ეტაპები კარგად არის განსაზღვრული რეპროდუქციული დაბერების სტადიების ვორქშოფის (STRAW)+10 ჯგუფის მიერ [2], რომელიც, ძირითადად, კლასიფიცირებულია მენსტრუაციის რეგულარობის მიხედვით, მეორადად მნიშვნელოვან ჰორმონალურ მარკერებთან ერთად. მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივი მენოპაუზის საშუალო ასაკი ხშირად ციტირებულია ზოგიერთ რეგიონში, როგორცაა ევროპა, რომ შეადგენს 51 წელს, გლობალური მონაცემების მეტა ანალიზი მიუთითებს, რომ ბუნებრივი მენოპაუზის საშუალო ასაკი რეალურად არის 48.8 წელი [3]. კვლევები, როგორებიცაა, აშშ-ის ქალთა ჯანმრთელობის კვლევა მთელს ერში (SWAN) [4] და კვლევები სხვა რეგიონებიდან, მაგალითად, სუბსაჰარული აფრიკიდან [5], აჩვენებს, რომ ეს ასაკი განსხვავდება მრავალი სოციალურ-ეკონომიკური და სხვა ფაქტორის მიხედვით, როგორებიცაა, აივ-ი და შესაძლოა ვითარდებოდეს ადრეულად ან ნაადრევად მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილში [3–5].

შემაშფოთებელი სიმპტომები, როგორც წესი, იწყება პერიმენოპაუზის დროს და ხშირად, ქალებში პერიმენოპაუზალური პერიოდის დაწყებამდეც კი, როგორც ეს განსაზღვრულია STRAW 10+ კრიტერიუმებით. მიუხედავად ამისა, მთავრობის მიერ რეგულირებული თერაპიული სტრატეგიები დამტკიცებულია პოსტმენოპაუზალური ქალებისთვის, პერიმენოპაუზალური ასაკის ქალებისთვის სპეციფიკური, დამტკიცებული თერაპიების გარეშე. მენოპაუზის ჯანდაცვის სისტემებს და მკურნალობებს, რომლებიც უფრო მეტად არის “სიმპტომებზე ორიენტირებული” და არა “ეტაპზე ორიენტირებული”, შეუძლიათ უკეთ დააკმაყოფილონ ქალთა საჭიროებები [6].

უფრო მეტიც, ე.წ. “მიდგომას მთელი სიცოცხლის მანძილზე” შეუძლია გამოავლინოს ადრეული მენოპაუზის და საკვრცხის ნაადრევი უკმარისობის რისკის ქვეშ მყოფი პირები, რაც დაკავშირებულია ოსტეოპოროზის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კოგნიტიური პრობლემების განვითარებასთან. მაგალითად, მოწევა ბავშვობასა და ადრეული სრულწლოვანების პერიოდამდე, დაკავშირებულია ადრეულ მენოპაუზასთან, ხოლო რეგულარული ვარჯიში და ალკოჰოლის მინიმალური მოხმარება დაკავშირებულია ადრეული მენოპაუზის დადგომის შემცირებული რისკის არსებობასთან [7].

უამრავი ქალი, მათი ცხოვრების 50%-ს ახლა პოსტმენოპაუზურ მდგომარეობაში ატარებს და იმის გათვალისწინებით, რომ ჩვენ, ზოგადად, გვყავს დაბერებული მოსახლეობა გლობალურად, მოსალოდნელია, რომ 2025 წლისთვის მსოფლიოში მილიარდზე მეტი ქალი იქნება პერიმენოპაუზის ან პოსტმენოპაუზის ასაკობრივ კატეგორიაში.

ამიტომ, აუცილებელია ჯანმრთელობის სტრატეგიების დანერგვა ცხოვრების ამ ეტაპზე ქალების ჯანმრთელობისა და მათი ცხოვრების ხარისხის ოპტიმიზაციისთვის. მენოპაუზა არის ის ძირითადი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს არაგადამდები დაავადებების განვითარებას ქალებში, მათ შორის, გულ-სისხლძარღვთა, ძვლებისა და

კოგნიტიური ჯანმრთელობის მიმართულებით. ამიტომ, აუცილებელია, რომ მენოპაუზა გათვალისწინებული იქნას გაერთიანებული ერების ჯანსაღი დაბერების ათწლეულის (United Nations Decade of Healthy Aging) ფარგლებში [8, 9].

არის თუ არა მენოპაუზა სრულიად უნიკალური ადამიანის სახეობისთვის?

სამი მანასიათებელი აქცევს “ბუნებრივ” მენოპაუზას უნიკალურად ადამიანი ქალებისთვის. მენოპაუზა უნივერსალურად დგება გვიან წლებში მცხოვრებ ადამიანებში, ვითარდება ჩვენი სახეობის სიცოცხლის მაქსიმალური ხანგრძლივობის ნახევარზე და არის საკმაოდ ასაკ-სპეციფიკური. თუმცა, არსებობს გარკვეული ცვალებადობა პოპულაციისა და გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით, ბუნებრივი მენოპაუზის საშუალო ასაკი 46-დან 52 წლამდე მერყეობს [3].

რეპროდუქციული დაბერება (ბიოლოგიური დაბერება) არ არის უნიკალური ინდივიდებისთვის ცნოველთა სამყაროში. ზოგიერთი რეზუს და მაკაკა მაიმუნე წყვეტს მენსტრუაციას სიცოცხლის მაქსიმალურ ხანგრძლივობამდე 1-2 წლით ადრე და არის მენოპაუზის სპორადული შემთხვევები, რომლებიც აღწერილია ზოგიერთ მაიმუნეში, მათი სიცოცხლის გვიან პერიოდში, როგორცაა, პიგმეი შიმპანზე (Pan troglodytes), ბონობო (Pan Paniscus) და ასევე, ვეშაპის ზოგიერთ სახეობაში [10, 11].

მთავარი განსხვავება დროშია, რეპროდუქციული დაბერება შიმპანზებსა და ვეშაპებში ხდება სიცოცხლის მაქსიმალური ხანგრძლივობის ბოლოს, ადამიანებში - სიცოცხლის შუა პერიოდისგან განსხვავებით.

ერთ-ერთი მთავარი კითხვა არის ის, თუ რას წარმოადგენს მენოპაუზის მიზანი ადამიანებში (Homo sapiens). არსებობს მრავალი ჰიპოთეზა, რომელიც ხსნის ადამიანის მენოპაუზას [12, 13] და ყველაზე ფართოდ აღიარებულია შორისაა შემდეგი:

- ბების ჰიპოთეზა: ხანგრძლივი პოსტ-რეპროდუქციული პერიოდის ევოლუცია, ფოკუსირებულია ბებებზე, რომლებიც თავისი ქალიშვილების შთამომავლობას უფრო მეტად ზრდიან, ვიდრე საკუთარ შთამომავლობას. ეს შესაძლებლობას აძლევს მათ ქალიშვილებს, ჰყავდეთ მეტი შვილი და, შესაბამისად, ბებები გადასცემენ თავის დღეგრძელობის გენებს უფრო მეტ შთამომავლებს, რომელთაც აქვთ სიცოცხლის უფრო გრძელი ზრდასრულობის პერიოდი მათი გენეტიკური უპირატესობის შედეგად. ეს ჰიპოთეზა ხსნის მენოპაუზის ადაპტაციურ მნიშვნელობას, მაგრამ არ ხსნის თავად თვისების წარმოშობას [14].
- პლეიოტროპიული (ბერძნულიდან pleio [‘ბევრი’] და tropic [‘გავლენა’]) ჰიპოთეზა (ბუნებრივი გადარჩევა): სიცოცხლის ადრეულ ეტაპზე, მაღალი ადაპტაციური მნიშვნელობის მქონე თვისებები ბუნებრივად არის შერჩეული, როგორცაა, კვერცხუჯრედის პროდუქცირება და შენახვა. ეს შეიძლება იყოს საუკეთესო დიზაინი გამრავლების ხარისხის ოპტიმიზაციისთვის და დაახლოებით 50 წლიანი ლიმიტი თანდაყოლილია ყველა ძუძუმწოვრის რეპროდუქციისთვის [15].
- ეპიფენომენის (არასელექციური) ჰიპოთეზა: მენოპაუზა შეიძლება იყოს მხოლოდ ჩვენი მზარდი მაქსიმალური სიცოცხლის ხანგრძლივობის თანმხლები ქვეპროდუქტი უკანასკნელი რამოდენიმე საუკუნის განმავლობაში, განსაკუთრებით ინფექციური დაავადებების შემთხვევების რაოდენობის შემცირების გამო [16].

ისტორიული პერსპექტივები მენოპაუზისა და მისი მკურნალობის შესახებ

მენსტრუაციის შეწყვეტა და ქალთა დაორსულების უნარი აღწერილი იყო ჯერ კიდევ ძვ. წ. მეხუთე საუკუნეში ჰიპოკრატეს მიერ, მაგრამ მენოპაუზის განსაკუთრებული მკურნალობა არ იყო შემოთავაზებული.

უძველესი ჩინური სამედიცინო ტექსტი (黄帝内经, ძვ.წ. 475–221), ასევე ცნობილი, როგორც ყვითელი იმპერატორის შინაგანი კანონი, აღწერს ქალთა 7-წლიან ციკლებს ციკლებს. მეხუთე ციკლი, რომელიც დგება 35 წლის ასაკში, არის კანის ბუნებრივი ფერის დაქვეითება და ხშირი შეწყვეტილი ორსულობები, ხოლო მეშვიდე ციკლი, რომელიც 49 წლის ასაკს ემთხვევა, მოიცავს მენსტრუაციის შეწყვეტას, რაც იწვევს

ბავშვის გაჩენის უუნარობას და, შესაბამისად, მენოპაუზის სტადიის დადგომას. ჩვ.წ. პირველ საუკუნეში, რომის იმპერიის ქვეშ მყოფი პლინიუს უფროსის მონათხრობმა თავის “ბუნებრივ ისტორიაში” (Natural History) გააჩინა აზრი, რომ მენსტრუაცია დაკავშირებული იყო ზოგიერთ სპეციფიკურ თვისებასთან, რაც მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს მენსტრუაციის ტაბუს ჩამოყალიბებას [17].

შუა საუკუნეებში ითვლებოდა, რომ უწყსრიგო/მოუსვენარი საშვილოსნო ამაღლდა ან დაეშვა ან ჩაიღინა ძნელად ასატანი ქმედებები, რამაც გამოიწვია გულის დაღლილობა, გულმკერდის შეზოჭილობა, სუნთქვის გაძნელება, სლოკინი და შემამფოთებელი შემთხვევები [18].

მენოპაუზა გახდა სამედიცინო ერთეული მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში და სულ უფრო მეტად ხდებოდა მისი დაკავშირება პათოლოგიასა და დაავადებასთან. საზღვრები ბუნდოვანი იყო მენოპაუზასა და დაბერების შედეგებს შორის და ექიმებმა გამოავლინეს მთელი რიგი უსიამოვნო, თუნდაც ფატალური ჩივილები, რომლებიც დაკავშირებულია “მდგომარეობასთან”. მენოპაუზა ასოცირებული იყო სხვადასხვა დაავადებასთან, რომლებიც იმდროინდელი მამრობითი სქესის ექიმების აზრით, მკურნალობას საჭიროებდა სხვადასხვა სტრატეგიების გამოყენებით, მათ შორის მედიკამენტებით, წურბელებით სისხლის გამოშვებით და ქირურგიული ჩარევებით.

მენოპაუზის დიაგნოზის შემდეგ, ექიმმა ედვარდ ჯონ ტილტმა, ვიქტორიანელმა ექიმმა, რეკომენდაცია გაუწია კარბონირებულ სოდას, ოპიუმს და ბელადონას დიდი პლასტირის მოთავსებას ეპიგასტრულ მიდამოში და ვაგინალურ ინექციებს ტყვიის აცეტატის ხსნარით, რასაც მოჰყვებოდა მორფინის ჰიდროქლორატის, ქლორის ეთერის და დისტილირებული წყლის დანიშვნა [19].

მხოლოდ 1923 წელს, მეცნიერებმა ედგარ ალენმა და ედვარდ ა. დოისიმ პირველად გამოყვეს ესტროგენული სტეროიდები [20] და 1942 წელს პრემარინი (ორსული ცხენის მარდი) პირველად დაპატენტდა.

1966 წელს რობერ უილსონმა თავის წიგნში “ქალური სამუდამოდ” რეკომენდაცია გაუწია ესტროგენს, როგორც “განკურნებას” “მენოპაუზის ტრაგედიისთვის”.

1968 წელს, თავისი დროის ერთ-ერთი ყველაზე გამოჩენილი მეან-გინეკოლოგი, დეიმ ჟოზეფინ ბარნსი შეეხო მენოპაუზაში გარდამავალი პერიოდის ჰორმონალურ ცვლილებებს პოპულარულ ბრიტანულ რადიო პროგრამაში “ქალთა საათი”. ზოგიერთი ნაწილის აზრით, “ძალიან უხერხული” იყო ალების შესახებ მოსმენა შუადღის 2 საათზე! თუმცა, 1970 წლისთვის ფემინისტებმა დაიწყეს მენოპაუზის მართლმადიდებლური სამედიცინო მოდელის გამოწვევა და მას პოზიტიურ ტრანსფორმაციად თვლიდნენ. მისი მედიკალიზაცია აღიქმებოდა, როგორც შეთქმულება გერონტოკრატიის მიერ “დამორჩილებული ქალი პაციენტის წარმოქმნის მიზნით, რომელსაც შეეძლო ნამკურნალევი ყოფილიყო წამლებით”. ჟერმან გრირმა თავის წიგნში “ცვლილება” აღნიშნა, რომ “მენოპაუზა გლოვის დროა”. მენოპაუზალური ქალი უნდა მიეცეს სიმშვიდის დროს და სევდას [21].

თავის პუბლიკაციებში “ცხელი ალები, ცივი მეცნიერება”, 2010 წელს ლუზ ფოქსპროფთმა აღნიშნა, რომ მენოპაუზისადმი ამჟამინდელი დამოკიდებულება მიღწეულია ათასობით წლის გაურკვეველი შოკინიზმის, შეთქმულების, გამოცდის, შეცდომის და საიდუმლოების ფილტრის მეშვეობით [22].

მენოპაუზისა და MHT-ის მართვის შესახებ შეხედულებების დაპირისპირება და პოლარიზაცია კიდევ უფრო გაღრმავდა ახალი ათწლეულის მიჯნაზე MHT-ის შესახებ ძირითადი კვლევების გამოქვეყნების შემდგომ.

MHT-ის ძირითადი კვლევების გავლენა

პირველადმა მოხსენებებმა ქალთა ჯანმრთელობის ინიციატივის (WHI) კვლევიდან შეერთებულ შტატებში 2002 წელს [23] და მილიონი ქალის კვლევამ (MWS) დიდ ბრიტანეთში 2003 წელს [24], შედეგად მოგვცა MHT-ის გამოყენების მნიშვნელოვანი

შემცირება (80%-ით), შეშფოთების გამო, რაც უნებოდდა გულ-სისხლძარღვთა მოვლენებისა და ძუძუს კიბოს მოხსენიებულ რისკებს.

ამ ორი კვლევის შედეგები იყო ერთგვარი შოკი. მანამდე, MTH უაღრესად პოზიტიურად განიხილებოდა ობსერვაციული კვლევების ხელსაყრელი შედეგების გამო, რამაც შედეგად მოგვცა ქალების რეგულარული კონსულტაციები MHT-ის გამოყენებასთან დაკავშირებით, პრევენციული მიზეზების გამო, ასევე სიმპტომატიკის შესამსუბუქებლად [25].

მიუხედავად იმისა, რომ MHT-ის აბსოლუტური რისკები ჯანმრთელობის შედეგებზე WHI-ში საერთო სტანდარტებით იყო იშვიათიდან - ძალიან იშვიათამდე, მედიის მიერ მონაცემები წარმოდგენილი იყო შემაშფოთებლად და ნათქვამი იყო, რომ რისკები ვრცელდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფზე. MHT-ის დანიშვნის მაჩვენებლის დაცვამ, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, გამოიწვია ის, რომ ბევრი ქალი “ჩუმად იტანჯებოდა” და ეძებდა სხვა გამოსავალს მათი სიმპტომებისთვის.

უამრავმა შემდგომმა WHI პუბლიკაციამ, რომელიც მოჰყვა თავდაპირველ მოხსენებას, აჩვენა, რომ პრობლემები, ძირითადად, ხანდაზმულ ასაკობრივ ჯგუფებში იყო გამოვლენილი [26] და, სავარაუდოდ, განპირობებული იყო ჰორმონოთერაპიის იმ კონკრეტული ტიპებითა და დოზირებით, რომელთა გამოყენებაც ხდებოდა WHI-ში. მიუხედავად ამისა, ბევრი ქალი და მათი გამომწერი ჯერ კიდევ ძალიან იყო დაინტერესებული MHT-ზე დაბრუნების საკითხით.

შემდგომმა რანდომიზებულმა კლინიკურმა კვლევებმა, როგორებიცაა, კრონოსის ადრეული ესტროგენით პრევენციის კვლევა (KeepS) [27], ადრეული და გვიანი ინტერვენციის კვლევა ესტრადიოლით (Elite) [28] და დანიის ოსტეოპოროზის პრევენციის კვლევა (DOPS) [29], რომლებიც ფოკუსირებული იყო MHT-ის გამოყენებაზე MHT-ის უფრო თანამედროვე ტიპებით, ქალებში მენოპაუზაში გარდამავალი პერიოდის ჩვეულებრივ ასაკში, აჩვენა რომ არსებობს უფრო მცირე რისკი ამ ასაკობრივ ჯგუფში. სამწუხაროდ, ეს კვლევები არ იყო WHI მასშტაბის და, შესაბამისად, ვერ შეაფასებდა ზეგავლენას ძირითად შედეგებზე, როგორებიცაა, გულ-სისხლძარღვთა მოვლენები, მოტენილობები და დემენცია.

სხვა MHT კვლევებმა აჩვენა დასკვნები, რომლებიც ეწინააღმდეგებოდა WHI-ს, მაგრამ არ იყო ჩართული გავლენიან გაიდლაინებში. მაგალითად, ძირითადად დაკვირვებამ, როგორიცაა, ფრანგული e3N კოჰორტის კვლევა [30], აჩვენა ძუძუს კიბოს უფრო დაბალი რისკი ჩვეულებრივი სხეულისთვის-იდენტური MHT-ის გამოყენების შემთხვევაში [31], მაგრამ ეს მონაცემები გამოირიცხა სარძევე ჯირკვლის კიბოს ჰორმონალური ფაქტორების ერთობლივი ჯგუფის უახლესი ანალიზის მიერ [32]. სამაგიეროდ, ერთობლივმა ჯგუფმა ხაზი გაუსვა ძუძუს კიბოს რისკებთან დაკავშირებით MHT-ის სარგებლიანობის საკითხს და გამორიცხა MHT-ის კვლევების მონაცემების უმრავლესობა, რომლებიც შეიცავს მიკრონიზებულ პროგესტერონს და არა პროგესტინებს.

ზოგიერთი უახლესი გაიდლაინი წარმოდაგენს პერსპექტივებს, რომლებიც ეწინააღმდეგება, განსაკუთრებით, პირველადი პრევენციის საკითხს, ოქროს სტანდარტის - კონსენსუსის მეტა ანალიზის დასკვნებს. მაგალითად, კონსენსუსის მიმოხილვამ აჩვენა, რომ მათ, ვინც დაიწყეს MHT მენოპაუზის დადგომიდან 10 წელზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში, ჰქონდათ სიკვდილიანობის (შეფარდებითი რისკი 0.70, 95% სარმუნობის ინტერვალი [CI] 0.52 - 0.95; საშუალო ხარისხის მტკიცებულება) და გულის კორონარული დაავადების (გულ-სისხლძარღვოვანი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობა და არა-ფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტი) (შეფარდებითი რისკი 0.52, 95%, CI 0.29-0.96, ზომიერი ხარისხის მტკიცებულება) დაბალი მაჩვენებელი, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი კვლავ იმყოფებოდნენ ვენური თრომბოემბოლიზმის (VTE) განვითარების გაზრდილი რისკის ქვეშ (ფარდობითი რისკი 1.74, 95%, CI 1.11-2.73, მაღალი ხარისხის მტკიცებულება) პლაცებოსთან შედარებით ან მკურნალობის გარეშე [33].

მიმდინარე დაპირისპირების გათვალისწინებით, ნათელია, რომ საჭიროა საბოლოო, გრძელვადიანი რანდომიზებული კლინიკური კვლევის ჩატარება, სადაც

რეგულირებული ბიოიდენტური MHT დაიწყება ქალებში მენოპაუზის დადგომის ჩვეულებრივ ასაკში და გაგრძელდება საკმარისად დიდხანს და საკმარისი რაოდენობის პირობებში, რათა შეფასდეს ძირითადი შედეგების ციფრები, როგორებიცაა, გულ-სისხლძარღვთა და სარძევე ჯირკვლის კიბოს მოვლენები. სამწუხაროდ, ასეთი კვლევის ხარჯები იქნება შეზღუდული, რაც უფრო კრიტიკულს გახდის მიუკერძოებელ რეკომენდაციებს, დაფუძნებულს მიმდინარე ლიტერატურაზე. მაღალი ხარისხის, პროსპექტიული დაკვირვების რეესტრის მონაცემების მუდმივი შეგროვება შეიძლება იყოს საუკეთესო კომპრომისული გამოსავალი.

მენოპაუზის სპეციალისტები ახლა უნდა ცდილობდნენ, მიაღწიონ კოორდინირებულ მიდგომას მონაცემთა შეგროვებისა და გაერთიანების მიმართ. საზოგადოებებს, როგორებიცაა IMS, შეუძლიათ კოორდინაცია გაუკეთონ მონაცემთა კარტირებას. ეს მნიშვნელოვანი წამოწყება შეიძლება დაფინანსდეს IMS-ის განათლებისა და კვლევის ფონდის (eeR) მიერ და IMS შეიძლება იყოს ამ ინფორმაციის გლობალური საცავი. ეს ასევე ხელს შეუწყობს HcPs-ებსა და საზოგადოებაში ინფორმაციის გავრცელებას, რაც, შეიძლება, გამოყენებული იქნას კლინიკურ პრაქტიკაზე დადებითი ზემოქმედებისთვის. იმავდროულად, ჩატარდება ყოველისმომცველი სისტემური მიმოხილვები და მეტა-ანალიზები, რომლებიც დაკავშირებული იქნება 2016 წლის IMS-ის რეკომენდაციების განახლებასთან MHT-თან მიმართებაში [34].

მენოპაუზის მენეჯმენტის დასაბუთება

კარგად არის აღიარებული, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მენოპაუზა არის ცხოვრების ბუნებრივი პროგრესირების პროცესი, შესაძლოა ასოცირებული იყოს შემაშფოთებელი სიმპტომებთან, რომლებიც გავლენას ახდენენ ცხოვრების პიროვნულ, სოციალურ და პროფესიულ ხარისხზე. მიუხედავად იმისა, რომ მენოპაუზის კლინიკური სიმპტომები ვაზომოტორული სიმპტომები (VMS), როგორებიცაა, ალები და ღამის ოფლიანობა და შარდ-სასქესო სისტემის პრობლემები (ვულვარული, ვაგინალური და საშარდე), არსებობს მრავალი სხვა სიმპტომი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ცხოვრების ამ ეტაპის მიმდინარეობის დროს. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ან გამწვავდეს ესტროგენის დონის დაკარგვით, მაგრამ, შესაძლოა, ასევე იყოს დამოკიდებული სხვა ასოცირებულ ფაქტორებზე, მაგალითად, გენეტიკური/ეპიგენეტიკური, ისევე, როგორც გენეტიკური ვარიაცია tAcR3 ლოკუსში, ასოცირდება VMS-ის განვითარებასთან [35]. აწიელი ქალებისთვის, ფიზიკალური სიმპტომები, როგორებიცაა, სხეულის მიდამოს ტკივილი და სახსრების ტკივილი, ისევე, როგორც ფსიქოლოგიური სიმპტომები, აღიარებულია, რომ უფრო გავრცელებულია, ვიდრე VMS [36]. გლობალური გავრცელების მონაცემების ბოლო სისტემურმა მიმოხილვამ და მეტა-ანალიზმა დაადგინა, რომ სახსრებისა და კუნთების დისკომფორტი იყო ყველაზე გავრცელებული მენოპაუზალური სიმპტომი და გამოვლინდებოდა 65.43%-ში (95% CI 62.51–68.29) [37].

იყო მნიშვნელოვანი დაპირისპირება იმის თაობაზე, თუ რას წარმოადგენს მენოპაუზის ნამდვილი სიმპტომი, რამაც გამოიწვია შეუსაბამობა იმასთან მიმართებაში, თუ რომელი შედეგები და საუკეთესო გაზომვები უნდა შეფასდეს კლინიკურ კვლევებში. ამან განაპირობა “ძირითადი შედეგების ნაკრების” ბოლოდროინდელი შემუშავება მენოპაუზასთან დაკავშირებული ვაზომოტორული და გენიტალური სიმპტომებისთვის, რომლებიც დაკავშირებულია COMMA გლობალურ ინიციატივასთან [38, 39].

ასევე, ახლა არსებობს კარგი მტკიცებულება იმისა, რომ მძიმე VMS-სადმი მიდრეკილი ქალებს ასევე აქვთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების უფრო მაღალი სიხშირე [40]. მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ უცნობია, არის თუ არა ეს ასოციაცია მიზეზობრივი, მნიშვნელოვანია, რომ VMS და გულის ჯანმრთელობა შეფასდეს “მენოპაუზის შემოწმების” დროს, რაც არის სკრინინგის შესაძლებლობა და შეიძლება ჩატარდეს სტანდარტული პროტოკოლებისა და ალგორითმების გამოყენებით პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, როგორიცაა, მაგ: IMS-ის მიერ შემოთავაზებული ინსტრუმენტები [41].

მენოპაუზასთან დაკავშირებული სიმპტომების მრავალფეროვნებამ შეიძლება მნიშვნელოვნად იმოქმედოს ინდივიდების ფიზიკურ, ფსიქიკურ და კოგნიტიურ

ჯანმრთელობაზე, ასევე, მათ პირად და პროფესიულ ურთიერთობებზე. სულ ახლახანს გაჩნდა მზარდი აღიარება, რომ ამ სიმპტომებს შეიძლება ჰქონდეს ღრმა გავლენა სამუშაო ადგილზე მუშაობაზე, რაც იწვევს ინდივიდუალური და კორპორატიული პროდუქტიულობის შემცირებას, ეფექტურობის დაკარგვას და დასაქმების დაკარგვასაც კი [42].

ქალების ნაწილი მენოპაუზას გაივლის მხოლოდ მცირედი სიმპტომებით ან სიმპტომების გარეშე და, როგორც ასეთი, არ საჭიროებს მკურნალობას ამ თვალსაზრისით. თუმცა, დენინფორმაციის ფართოდ გავრცელებამ შეიძლება წახალისოს ზოგიერთი ქალი, მოითხოვოს MHT მათი HcP-სგან მხოლოდ კანის, ფრჩხილების და თმის ხარისხის შესანარჩუნებლად და/ან პოტენციური პირველადი პრევენციისთვის, როგორებიცაა, გულ-სისხლძარღვთა და ტვინის ჯანმრთელობა, რაც ამჟამად არ არის მიჩნეული მკურნალობის ჩვენებად. ეს იყო ერთ-ერთი მთავარი საკითხი, რომელმაც გამოიწვია ბოლოდროინდელი კამათი, იმის გათვალისწინებით, რომ MHT ამჟამად არ რის რეკომენდებული მხოლოდ პირველადი პრევენციისთვის, თუმცა, რიგ ქვეყნებში ასევე არსებობს ოსტეოპოროზის პრევენციის ლიცენზია აღნიშნული მკურნალობისთვის.

MHT-ის გამოყენება არ უნდა ჩაითვალოს დაბერების საწინააღმდეგო სტრატეგიად. ეს ხაზს უსვამს ქალთა საჭიროებას, მიიღონ სანდო ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რატომ და რა მიზნით შეიძლება ან არ შეიძლება MHT-ის მიწოდება.

ჰოლისტიკური მენეჯმენტი, ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომის გამოყენებით, ქალის ცხოვრების ამ საკვანძო ეტაპის განმავლობაში იძლევა ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციის საშუალებას ცხოვრების უკეთესი ხარისხისთვის. ეს მიდგომა მოიცავს ქრონიკული დაავადებების პირველად პრევენციას ჯანსაღი კვებით, აქტიური ცხოვრების წესით და პროფილაქტიკური იმუნიზაციით (მაგ: პნევმოკოკი, ზოსტერი), ქრონიკული დაავადებებისა და კიბოს დროული და სათანადო სკრინინგით, მავნე ნივთიერებების გამოყენების თავიდან აცილებით, როგორებიცაა, თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, სოციალურ ჩართულობაში დარჩენით და ფოკუსირებით ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე.

ეს შეიძლება იყოს ყველაფერი, რაც საჭიროა ან ყველაფერი, რაც ხელმისაწვდომია ზოგიერთ ქვეყანასა და რეგიონში ჯანსაღი დაბერების მისაღწევად, და ქალები, რომლებიც ამ არჩევანს აკეთებენ, არ უნდა იყვნენ იმგვარი ზეწოლის ქვეშ, რომ მოხდეს მათი მენოპაუზის მედიკალიზაცია, როგორც ეს აღწერილია მენოპაუზის მართვის ბოლო მიმოხილვაში [43]. თუმცა, თანაბრად მნიშვნელოვანია, რომ შემაშფოთებელი სიმპტომები და მენოპაუზის პოტენციური შედეგები ასევე არ იყოს ტრივიალიზებული [1].

მენოპაუზის ეფექტურად მართვა ასევე შესაძლებელია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შემეცნებითი ქცევითი თერაპიებით, ჰიპნოთერაპიით და არაჰორმონალური ფარმაცოლოგიური მედიკამენტებით, რის შესახებაც ქალებმა უნდა იცოდნენ. ეს ვარიანტები უფრო ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, თუ გავითვალისწინებთ სარგებლობის მზარდ მტკიცებულებებს, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც არ შეუძლია ან არ არჩევს, გამოიყენოს MHT [41, 43-45].

ამჟამად უამრავი დამატებითი თერაპია გამოიყენება ქალების მიერ, როგორც პირველადი მკურნალობა მენოპაუზის მართვისთვის მანამ, სანამ მოითხოვენ პროფესიონალურ დახმარებას, მაგრამ ხშირად - ეფექტურობისა და უსაფრთხოების მცირე მტკიცებულებებით. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პრეპარატებმა, ნაკლებად სავარაუდოა, მიაყენონ ზიანი, ისინი ზოგჯერ შეიძლება ასოცირებული იყვნენ მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენების განვითარებასთან და ხშირად არ აქვთ ეფექტურობა. დამატებითი თერაპიის შესახებ მიმდინარე კვლევა გამართლებულია იმის გათვალისწინებით, რომ არსებობს გარკვეული ხელსაყრელი მონაცემები მცირე კლინიკური კვლევებიდან, მაგრამ ამ პროდუქტების გაყიდვის სათანადო რეგულირება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მენოპაუზის ეთიკური, უსაფრთხო და ეკონომიური მართვისთვის [44-45].

MHT-ის დანიშნის 5Ws

თეთრი ფურცლის ამ ნაწილის მიზანია, გამოიკვლიოს ზოგიერთი ძირითადი საკამათო საკითხი, რომელიც წარმოიშვა ბოლო რამოდენიმე წლის განმავლობაში და გამოიწვია დიდი დაბნეულობა ჯანდაცვის პროფესიონალებში (HCP) და ქალებში, რომლებიც ეძებდნენ გზებს მენოპაუზასთან ასოცირებული პრობლემების სამკურნალოდ. მიზანი არ არის MHT-ის უახლესი პრაქტიკული დანიშვნის მითითებების გამეორება, რომელიც უკვე გვხვდება სხვადასხვა ინსტრუმენტთა ნაკრებებსა და პოზიციის განაცხადებაში [34, 41, 46], და რომელიც ასევე ხელმისაწვდომი იქნება IMS-ის განახლებულ გაიდლაინებში და ასოციაციების გლობალური კონსენსუსის დაგეგმილ შემდგომ განახლებაში [47].

ვისთვის არის MHT?

MHT, ჩვეულებრივ, ნაჩვენებია ბუნებრივი და ქირურგიული მენოპაუზის მქონე ქალებისთვის, რომლებსაც აღენიშნებათ შემაშფოთებელი ვაზომოტორული და/ან ვულვო-ვაგინალური სიმპტომები.

უნდა დაინიშნოს თუ არა MHT სიმპტომების არმქონე ქალებში?

იყო მნიშვნელოვანი კამათი იმის თაობაზე, უნდა დაენიშნოს თუ არა ქალებს, რომლებიც არიან ასიმპტომატურები, MHT. მიუხედავად იმისა, რომ MHT, უპირველეს ყოვლისა, მითითებულია მენოპაუზის შემაშფოთებელი სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ის ხშირად არასწორად გამოიყენება ქალებში, როგორც “ახალგაზრდობის ელექსირი”.

არსებობს კარგი მტკიცებულება იმასთან დაკავშირებით, რომ MHT ამცირებს ოსტეოპოროზის სიხშირეს და ოსტეოპოროზთან დაკავშირებული მოტენილობების განვითარების რისკს და, ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად, აშშ-სა და ავსტრალიაში - ეს ასევე წარმოადგენს MHT-ის დანიშვნის პირველად ჩვენებას.

ასევე არსებობს კარგი მონაცემები, რომლებიც მხარს უჭერენ მის გამოყენებას გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შესამცირებლად, რითაც დადებით გავლენას ახდენენ სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, მაგრამ MHT ამჟამად არ არის ლიცენზირებული გლობალურად არც ერთ ლოკაციაზე აღნიშნული ჩვენებისთვის.

არის ქალთა მრავალი სხვა კატეგორია, რომლებსაც შეუძლიათ ისარგებლონ MHT-ის ბენეფიტებით მაშინ, როდესაც ის არ არის მითითებული ეტიკეტის მიხედვით. მაგალითად, ქალები - საკვრცხეების ნაადრევი უკმარისობით და ადრეული მენოპაუზით, რომლებსაც, შესაძლოა, დასჭირდეთ MHT კლინიკური სიმპტომატიკის შესამსუბუქებლად, მაგრამ ასევე უნდა მიიღონ იგი პირველადი პრევენციის მიზნით.

თუმცა, კვლევის დასკვნები MHT-ის გავლენის შესახებ შემეცნებასა და დემენციაზე გაცილებით ნაკლებად სანდოა და საჭიროებს შემდგომ შესწავლას.

ეს საკითხები ყოვლისმომცველად იქნა მიმოხილული მენოპაუზის ბოლო ოთხი მსოფლიო დღის “თეთრ ფურცლებში” საკვრცხის ნაადრევი უკმარისობის შესახებ [48], ძვლების ჯანმრთელობაზე [49], კოგნიტიურ ჯანმრთელობაზე [50] და გულ-სისხლძარღვთა ჯანმრთელობაზე [51].

უნდა დაენიშნოს თუ არა მაღალი სამედიცინო რისკის მქონე ქალებს MHT?

როგორც ყოველთვის ასეთ სიტუაციებში, შემაშფოთებელი სიმპტომების მკურნალობის სარგებელი ქალის ცხოვრების ხარისხზე უნდა შეფასდეს MHT-თან დაკავშირებულ პოტენციურ რისკებთან. “მისაღები რისკის” განმარტება შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს HCP-სა და პაციენტებში.

მაგალითად, MHT პირობითად უკუნაჩვენებია ქალებში, რომლებსაც აქვთ ჰორმონის რეცეპტორ-დადებითი სარძევე ჯირკვლის კიბო და ენდომეტრიუმის კიბო. თუმცა, ცხოვრების ხარისხზე გავლენის ხარისხზე დამოკიდებულების და არა-ჰორმონალური ალტერნატივების ეფექტურობასა და ტოლერანტობაზე დამოკიდებულების მიხედვით, ზოგიერთ ქალს შესაძლოა, ჰქონდეს სურვილი, დაეთანხმოს MHT-ის გამოყენების რისკს

ან დაუბრუნდეს მათ გამოყენებას, განსაკუთრებით ისინი, ვინც მკურნალობდა ადრეული სტადიების ავთვისებიან სიმსივნეს [52].

ქალებში VTE - ვენური თრომბოემბოლიზმის წარსული ანამნეზით, MHT შეიძლება დაინიშნოს იმ შემთხვევაში, თუ VTE პროვოცირებული იყო გარკვეული გარემოებებით, მაგალითად, სერიოზული ქირურგიული ჩარევით ან განაგრძლივებული უმოძრაობით, და, ამ შემთხვევაში, შეიძლება განიხილებოდეს თანმხლები ანტიკოაგულანტების გამოყენება VTE-ს პროფილაქტიკისთვის.

მიმდინარეობს პროექტები MHT-თვის სამედიცინო დასაშვებობის კრიტერიუმების შემუშავების მიზნით, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) კონტრაცეფციის სახელმძღვანელოს მიხედვით, რათა უზრუნველყოფილი იქნას სპეციფიკური ხარისხობრივი სახელმძღვანელოს მოწოდება სხვადასხვა კლინიკური შემთხვევის სცენარისთვის. სამედიცინო დასაშვებობის კრიტერიუმების ეს გაიდლაინები, სავარაუდოდ, სასარგებლო იქნება მომავალში, მაგრამ, ამ ეტაპისთვის, ჯერ კიდევ შემუშავების პროცესშია და მოითხოვს საყოველთაო კონსენსუსსა და გამოყენებას [53, 54].

რა ტიპის და დოზებისაა MHT?

ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ MHT-ის ტიპსა და დოზირებას, რომელიც, ჩვეულებრივ, ინიშნება HCP-ის მიერ, მოიცავს შემდეგს:

- პაციენტის მხრიდან უპირატესობის მინიჭება
- საშვილოსნოს არსებობა ან არარსებობა
- კონტრაცეფციის საჭიროება
- სიმპტომის ტიპი და სიმძიმე
- თანმხლები დაავადებების არსებობა

დანიშნულების ალგორითმები ახლახანს გამოქვეყნებულ ინსტრუმენტთა კომპლექტებში [41] ძალიან მკაფიოდ უთითებს HCP-ს, ამ ფაქტორებთან დაკავშირებული დანიშნულების გაცემასთან მიმართებაში. ამ განყოფილების მიზანია, კრიტიკულად შეისწავლოს ზოგიერთი დაპირისპირება, რომელიც ბოლო დროს წარმოიშვა MHT-ის რეკომენდებულ ტიპსა და დოზასთან დაკავშირებით.

მნიშვნელოვანია ესტროგენის ტიპი?

არსებობს ოთხი ტიპის ესტროგენი, რომლებიც ბუნებრივად გვხვდება ადამიანებში: ესტრონი, ესტრადიოლი, ესტრიოლი და ესტეტროლი. არის გარკვეული პრეტენზიები, განსაკუთრებით მათ შორის, ვინც აპრომოციურებს ბიოიდენტურ ჰორმონალურ თერაპიას, რომ ამ ესტროგენების სწორი პროპორციებით ჩანაცვლება მნიშვნელოვანია MHT-ის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების ოპტიმიზაციისთვის. ეს პრეტენზია არ არის დადასტურებული და რჩება ერთ-ერთად კომბინირებული ბიოიდენტური ჰორმონოთერაპიის უსაფრთხოებასა და ეფექტურობასთან დაკავშირებულ უამრავ საზრუნავში.

რეგულირებული სისტემური MHT, ჩვეულებრივ, შეიცავს კონიუგირებულ ექუან ესტროგენებს (CEE), ესტრადიოლს და ესტრადიოლ ვალერატს. სულ ახლახანს, გამოკვლეული იქნა ესტეტროლი, როგორც VMS-ის სამკურნალო საშუალება კლინიკურ კვლევებში და, სავარაუდოდ, ის ბაზარზე იქნება გამოტანილი, როგორც ეს იყო კონტრაცეფციისთვის. ვაგინალური MHT, როგორც წესი, შეიცავს ესტრადიოლს, ესტრიოლს ან, უახლეს, დეჰიდროეპიანდროსტერონს (პრასტერონს).

ესტროგენების რეცეპტორების სისტემური პერორალური სელექტიური მოდულატორი (ოსპემიფენი) და CO2 და ერბიუმის ლაზერი ასევე შემოთავაზებულია ვულვო-ვაგინალური ატროფიის (VVA) / მენოპაუზის პერიოდის გენიტო-ურინარული

სინდრომის (GSM) სიმპტომებისთვის. მიუხედავად ობსერვაციული და არაკონტროლირებადი კვლევების იმედის მომცემი რეზულტატებისა, ლაზერული თერაპიის გამოყენების მიმართულებით ჩატარებული კონტროლირებადი რანდომიზებული კლინიკური კვლევები, VVA/GSM-ის სამკურნალოდ ჯერ კიდევ არ ადასტურებს სარგებელს ლაზერული თერაპიის იმიტაციასთან შედარებით.

ძალიან ცოტაა თავდაპირველი კვლევები, რომლებიც აფასებენ, ერთი ტიპის MHT-ში საყოველთაოდ გამოყენებული სისტემური ან ადგილობრივი ესტროგენის, როგორცაა, კონიუგირებული ექუაინ ესტროგენის (CEE) ეფექტი ესტრადიოლის წინააღმდეგ, აღემატება თუ არა სხვის ეფექტს - მენოპაუზის სიმპტომების შესამსუბუქებლად. ესტრონი და ესტიოლი ბიოლოგიურად უფრო სუსტი ესტროგენებია, ვიდრე CEE და ესტრადიოლი, მაგრამ ისინი, როგორც წესი, არ იყიდება სისტემური MHT-თვის.

ტრანსდერმალური ესტრადიოლის (პლასტირი/გელი/სპრეი) გამოყენებისკენ ბოლოდროინდელი ნაბიჯი მხარდაჭერილია VTE-ის შემცირებულ რისკზე დაკვირვებით, ობსერვაციული და შემთხვევა-კონტროლირებადი კვლევებით [55]. თუმცა, ხშირად არის მნიშვნელოვანი ცვალებადობა შრატის ესტრადიოლის კონცენტრაციებში ქალებში, რომლებიც მკურნალობენ იგივე ტრანსდერმალური პრეპარატებით (რომლებიც შეიძლება განსხვავდებოდეს 10-ჯერ) და ფიქსირდებოდეს დიდი განსხვავებები ინდივიდებს შორის. შესაბამისად, ქალის რეაქცია იმავე დოზაზე შესაძლოა იყოს რთულად საპროგნოზო.

ტრანსდერმალური MHT-ის ეფექტურობა ემყარება სტეროიდის საკმარის გამტარიანობას კანში. დიეტა, ალკოჰოლი, ნარკოტიკების მოხმარება, მოწევა, ფიზიკური აქტივობა და სტრესი შეიძლება იწვევდეს პერიფერიული სისხლის ნაკადის, აბსორბციისა და მეტაბოლიზმის სწრაფი და გარდამავალი ცვლილებების განვითარებას. ასევე, შესაძლოა არსებობდეს დერმალური სისხლის ნაკადის ცირკულაციური ცვალებადობა, საღამოს უფრო მაღალი დონე, რაც აძლიერებს შეწოვას [56].

ყველა ამ ცვლადის გათვალისწინებით, ტრანსდერმალური პრეპარატი შეიძლება ყოველთვის არ იყოს საუკეთესო ვარიანტი ინდივიდისთვის. თუ არ არსებობს განსაკუთრებული რისკ-ფაქტორები (მაგ: სიმსუქნე, VTE-ს ისტორია), მცირეა მიზეზი იმისა, რომ არ შეიძლებოდეს პერორალური ესტროგენის დანიშვნა. ყოველთვის უპირატეს ადგილას უნდა იყოს პაციენტის არჩევანი.

მნიშვნელოვანია თუ არა პროგესტოგენის ტიპები?

ამჟამად არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულება, რომ მიკრონიზებულ პროგესტერონსა და ბიოლოგიურად მსგავს პროგესტაგენებს (მაგ: დიდროგესტერონს) აქვთ მეტაბოლური და, შესაძლოა, სარქვე ჯირკვლისმწრივი უპირატესობები ანდროგენულ პროგესტინებთან შედარებით [30, 55, 57, 58]. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ჯერ კიდევ არ არის ასახული მარეგულირებელ სახელმძღვანელოში ან რეცეპტის ფურცლებზე, მას შეუძლია მნიშვნელოვანი განსხვავება გამოიწვიოს თერაპიის ინდივიდუალურიზაციაში.

პროგესტოგენის არჩევანი ასევე შეიძლება იყოს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით ქალებში პრემენსტრუალური სინდრომის (PMS/პრემენსტრუალური დისფორიული აშლილობის (PMDD) წარსული ანამნეზით, რომელთაც ხშირად აქვთ პროგესტერონის მიმართ არატოლერანტობა [59]. ამ პაციენტებში, ასევე შესაძლოა საჭირო გახდეს მიკრონიზებული პროგესტერონის დოზისა და ხანგრძლივობის შემცირება, მაგალითად, 7-10 დღე თვეში 100 მგ-ით (ნაცვლად 200 მგ-ისა) თანმიმდევრული MHT სქემებით. თუმცა, პროგესტერონ-ინტოლერანტობის მქონე ქალებისთვის ამ არაოპტიმალურ დოზებსა და სქემებზე, რეგულარული მონიტორინგი ულტრაბერითი კვლევით და/ან ენდომეტრიუმის ბიოფსიის მეთოდებით, გადამწყვეტია ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის ან კარცინომის გამოსარიცხად [60].

მიკრონიზებული პროგესტერონის ვაგინალური ადმინისტრაცია შეიძლება უკეთ ტოლერანტული იყოს “პროგესტერონ-სენსიტიური” პაციენტებისთვის, მაგრამ უმეტეს ქვეყნებში MHT-ისთვის ეს არაეტიკური იქნება. სხვა ვარიანტები მოიცავს პროგესტოგენის (ლევონორგესტრელი) საშვილოსნოსშიდა მიწოდებას და ორალური ქსოვილ-სენსიტიური ესტროგენული კომპლექსის (TSEC) (CEE/ბაზედოქსიფენი) გამოყენებას, თუმცა, ეს უკანასკნელი ამჟამად ლიცენზირებულია მხოლოდ რამოდენიმე ქვეყანაში.

მნიშვნელოვანია ესტროგენისა და პროგესტოგენის დოზები?

ესტროგენი. ბოლო დროს განხილდა შემაშვოთელი შემთხვევები, როდესაც ქალებს უნიშნავდნენ ესტროგენის დოზებს ლიცენზირებული დოზების ფარგლებს გარეთ. არ იყო უჩვეულო, გვენახა სისტემური ესტრადიოლის პლასტირებისა და გელების, მაქსიმალურ რეკომენდებულ დოზასთან შედარებით, სამ-ოთხჯერ მეტი დოზირებით გამოყენება, რომლებიც, ზოგჯერ, გამოიყენება მიწოდების გზების კომბინაციითაც.

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს გარკვეული მტკიცებულება იმისა, რომ საჭიროა უფრო მაღალი დოზები ციკლის ენდოგენური სტაბილიზაციისა და დათრგუნვის მიზნით PMS/PMDD-ს და პერიმენოპაუზალური დეპრესიის მქონე ქალებში [61,62], ან მაშინ, როდესაც აბსორბცია სუსტია, მნიშვნელოვანია, დაცული იქნას პრინციპი მინიმალური სრულად ეფექტური დოზის მიწოდებასთან დაკავშირებით, სადაც ეს შესაძლებელია. ესტროგენის უფრო მაღალი დოზები, როგორც წესი, საჭიროა ქალებში საკვერცხის ნაადრევი უკმარისობით (POI) და ადრეული მენოპაუზით, რათა მივაღწიოთ სიმპტომების სრულ შემსუბუქებას და ძვლის ოპტიმალურ მინერალიზაციას [48].

ესტრადიოლის დოზები, რომლებიც საჭიროა ჩვეულებრივი ვაზომოტორული სიმპტომების ადექვატური შემსუბუქებისა და ძვლების დაცვის მისაღწევად, რეალურად საკმაოდ დაბალია (1-2 მგ. ესტრადიოლი პერორალურად, 25-50 მკგ. პლასტირები ან 1-2 ფამფი ესტროგენის გელის) და სანამ არსებობს დოზა-საპასუხო ეფექტი ორივესთვის - როგორც VMS-თვის, ასევე ძვლის სიმკვრივისთვის, შესაძლოა იყოს კიდევ მიღწეული MHT-ის ულტრა-დაბალი დოზებით ფორმულაციების გამოყენებით, რომლებიც შეიცავს 0.5 მგ. ესტრადიოლს პერორალურად ან 14 მკგ-ს. ტრანსდერმალურად [63-65].

ადექვატური სარგებლის მისაღწევად MHT-ის დაბალი დოზების გამოყენების პრინციპის დასაბუთება არის ესტროგენის არასასურველი ეფექტების დაბალი ალბათობა (მაგ: სარძევე ჯირკვლების მგრძობელობა, შებერილობა, სისხლდენის პრობლემები), რაც მოიცავს VTE-ის დაბალ რისკს მათ შორის ორალური ესტროგენის გამოყენებით და ინსულტს - ტრანსდერმალური ესტრადიოლითაც კი [66].

მიუხედავად იმისა, რომ ჰორმონდამოკიდებული სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკი არ არის დადასტურებული, რომ დოზაზე-დამოკიდებულია, MHT-ის გადაჭარბებულმა გამოყენებამ შეიძლება პოტენციურად გაზარდოს ეს რისკი.

მტკიცებულებების არარსებობა სულაც არ არის არარსებობის მტკიცებულება.

ესტროგენის სუპრაფიზიოლოგიური დოზა ასევე იწვევს მკურნალობის ეფექტურობის უეცარი შემცირების “ტაქიფილაქსიის” რისკს, ესტროგენების რეცეპტორების მგრძობელობის გამო. თუმცა, არ არის გავრცელებული, ეს შეიძლება მოხდეს ტრანსდერმალური ესტროგენის მაღალი დოზებითაც კი [67], ისევე, როგორც იმპლანტირებული ესტროგენის პელეტებით. ეს რისკი შეიძლება შემცირდეს მინიმალური (სრულად) ეფექტური დოზებით ესტროგენის დანიშვნით. ესტროგენის პელეტები არალიცენზირებულია და საჭიროებს უკეთეს რეგულირებას, მაგრამ ესტროგენის დონის ფრთხილად მინიტორინგით შეიძლება იყოს ვარიანტი ზოგიერთ ქვეყანაში იმ ერთეული ქალებისთვის, რომელთა სიმპტომები არ რეაგირებს ორალურ და ტრანსდერმალურ პრეპარატებზე.

პროგესტოგენი. მნიშვნელოვანია გავიმეოროთ, რომ გამოყენებული პროგესტოგენის დოზა უზრუნველყოფს ენდომეტრიუმის ადექვატურ დაცვას სტანდარტული გაიდლაინების მიხედვით [41], გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც აბსოლუტურად

აუცილებელი არ არის დოზის შემცირება პროგესტოგენის მიმართ არატოლერანტობის მქონე ქალებში [68]. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თანმიმდევრული კომბინირებული MHT-ის სქემებისთვის, სადაც ჰიპერპლაზიის სინშირე უფრო მაღალია ხანგრძლივი გამოყენებისას, თუნდაც სტანდარტული დოზების სქემებით [69]. ტიპური დოზები, რომლებიც გამოიყენება MHT-ში ესტროგენის სტანდარტულ დოზებთან ერთად, მოიცავს 200 მგ. მიკრონიზებულ პროგესტერონს/10 მგ. დიდროგესტერონს 12-14 დღის განმავლობაში თანმიმდევრული რეჟიმით ან 100 მგ. პროგესტერონის/5მგ. დიდროგესტერონის უწყვეტი რეჟიმით.

ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოს შიდა საშუალება კიდევ ერთი გზაა ენდომეტრიუმის ეფექტური დაცვისა და კონტრაცეფციის უზრუნველსაყოფად, თუმცა ის არ არის ლიცენზირებული ენდომეტრიუმის დაცვისათვის ყველა ქვეყანაში. პროგესტერონის მიმართ არატოლერანტობის თავიდან აცილების ან მინიმიზაციის სხვა შესაძლო ვარიანტები მოიცავს TSEC-ის გამოყენებას, რომელიც შეიცავს CEE/ბაზედოქსიფენის კომბინაციას [70] და შერჩევითი ქსოვილის ესტროგენული აქტივობის რეგულატორის (STEAR) ტიბოლონის გამოყენებას [71]. სამწუხაროდ, MHT-ის პერსონალიზაციისთვის მეტი ვარიანტის საჭიროების მიუხედავად, ეს პროდუქტები ლიცენზირებულია მხოლოდ რამოდენიმე ქვეყანაში.

ელიტური კვლევის უახლესი შედეგები მიუთითებს, რომ შეიძლება იყოს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის გაზრდილი რისკი თანმიმდევრული ვაგინალური პროგესტერონის გელით, თუნდაც ესტრადიოლის შედარებით დაბალ - მხოლოდ 1 მგ. დოზასთან ერთად [72]. მიუხედავად იმისა, რომ ვაგინალური პროგესტერონის გელი აღარ არის ლიცენზირებული ენდომეტრიუმის დასაცავად, თუ პროგესტერონი შეყვანილია ვაგინალურად, როგორც არ უნდა იყოს ფორმულირება, უნდა იქნას გამოყენებული პერორალური პროგესტერონის მსგავსი დოზები და დაუყოვნებლივ მოხდეს ნებისმიერი დაუგეგმავი სისხლდენის მონიტორინგი, როგორც ადრე იყო აღწერილი.

თუ ესტროგენის დოზა გაიზარდა, მნიშვნელოვანია, რომ პროგესტოგენის დოზაც პროპორციულად გაიზარდოს ენდომეტრიუმის საკმარისი დაცვის უზრუნველსაყოფად, თუმცა, მცირე მტკიცებულებაა ქალების მხრიდან, რომლებიც იყენებდნენ პროდუქტის ლიცენზიის მიღმა უფრო მაღალ დოზებს [73]. საჭიროა მეტი კვლევა პროგესტოგენის სწორი დოზირების უზრუნველსაყოფად, როდესაც გამოიყენება ესტროგენის უფრო მაღალი დოზები, როგორცაა, POI-ის მქონე ქალებში.

MHT-ის დოზების მონიტორინგი

დანიშვნის პრინციპი აქ არის ის, რომ ჩვენ უნდა “უპირველეს ყოვლისა ვუმკურნალოთ პაციენტს და არა შედეგს”. როგორც ასეთი, თუ ჩვეულებრივ ასაკში მენოპაუზის მქონე პაციენტი იყენებს MHT-ს მხოლოდ სიმპტომების შესამსუბუქებლად და ისინი აღწევენ სიმპტომების სრულ შემსუბუქებას ყოველგვარი გვერდითი ეფექტების გარეშე, მაშინ ზედმეტია მათი ჰორმონების დონის რეგულარული შემოწმება.

სიტუაციები, სადაც ჰორმონის პროფილი შეიძლება იყოს სასარგებლო “MHT-ის მონიტორინგისთვის”, არის შემდეგი:

- სიმპტომების არაადეკვატური შემსუბუქება MHT-ის დაწყებიდან 6-12 კვირის შემდეგ;
- მუდმივი გვერდითი ეფექტები MHT-ის დაწყებიდან 6-12 კვირის შემდეგ;
- MHT-ის გამოყენება ქალებში POI-ით და ადრეული მენოპაუზის დროს (განსაკუთრებით ზემოთ ჩამოთვლილი ერთი ან ორივე საკითხით, ან თუ არსებობს შეშფოთება ძვლის არაადეკვატური მინერალიზაციის შესახებ ორმაგი ენერჯის X-სნივების შთანთქმის სკანირებაზე)

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ესტრადიოლის დონე საუკეთესოდ არის ინტერპრეტირებული ტრანსდერმული პრეპარატებით, რადგან პერორალური ესტროგენი მეტაბოლიზდება ნაწილობრივ ესტრონად. მასის სპექტრომეტრია

საუკეთესო მეთოდია ესტრადიოლის დონის გასაზომად, მაგრამ, შესაძლოა, ყოველთვის არ იყოს ხელმისაწვდომი.

რატომ მიმართავენ ქალები ჯერ კიდევ შერეულ ბიოიდენტურ MHT-ს ზოგიერთ ქვეყანაში?

საგანგაშო მანერით, რომლითაც საჯაროდ იყო მოხსენებული MHT-ის რისკები WHI-სა და სხვა კვლევებში, საჯაროდ გავრცელდა ინფორმაცია, რომ ქალები მიმართავდნენ სხვა ვარიანტებს მენოპაუზის შემაწვლელი სიმპტომების სამართავად, მიუხედავად იმისა, რომ WHI-ში ქალები საშუალოდ 10 წელზე მეტით აღემატებოდნენ მენოპაუზის ჩვეულებრივ ასაკს, როდესაც ისინი შეიყვანეს კვლევაში (საშუალო ასაკი 63 წელი) [23].

ერთ-ერთი ასეთი გახლდათ ბიოიდენტური ჰორმონოთერაპია, რომელიც ბაზარზე არსებითად განსხვავებული და უფრო მეტად ბუნებრივია ჩვეულებრივ, რეგულირებად MHT-თან შედარებით და პრომოცირებულია სხვადასხვა მედია სელექტიუებისა და ფუნქციონალური მედიცინის ექიმების მიერ.

ამ არალიცენზირებული პრეპარატების პოპულარიზაცია, ხშირად, ფოკუსირებულია მოსაზრებებზე, რომ მათი დოზისა და მრავალფეროვნების ზუსტი პერსონალიზაცია შესაძლებელია სხვადასხვა ჰორმონების შრატისა და ნერწყვის დონის წინასწარი ტესტირების გზით. ეს მოსაზრება არ არის მხარდაჭერილი ემპირიული კვლევებით, რომლებიც აჩვენებს, რომ ქალის საკვრცხის ჰორმონის დონეები, განსაკუთრებით პერიმენოპაუზის პერიოდში, შეიძლება არსებითად განსხვავდებოდეს მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში [74]. გარდა ამისა, არ არის დადგენილი სასქესო სტეროიდების სანერწყვე ტესტირების სიზუსტე და სანდობა.

კონვენციურად რეგულირებული ჰორმონოთერაპიის მიმართ ბოლო დროს გაუმჯობესებული ნდობის მიუხედავად, შერეული სახესხვაობების დანიშვნა გრძელდება რიგ ქვეყნებში, განსაკუთრებით აშშ-ში, დიდ ბრიტანეთში, სამხრეთ აფრიკასა და ავსტრალიაში.

შესწორებულ გლობალური კონსენსუსის განცხადებაში MHT-ის შესახებ ნათქვამია, რომ “მორგებული ჰორმონალური თერაპიის გამოყენება არ არის რეკომენდებული რეგულაციის ნაკლებობის, უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის მკაცრი ტესტირების, სერიული სტანდარტიზაციისა და სისუფთავის ზომების გამო” [47, გვ.314].

ცოტა ხნის წინ, ენდოკრინული საზოგადოებისა და მეცნიერებათა, ინჟინერიისა და მედიცინის ეროვნული აკადემიის სამეცნიერო განცხადებამ დაადგინა, რომ არ არსებობდა დასაბუთება დაურეგულირებელი, შეუმოწმებელი და პოტენციურად საზიანო, მორგებული ბიოიდენტური ჰორმონული თერაპიების რუტინული გამოწერისთვის და ენდომეტრიუმის კიბოს შემთხვევები დაფიქსირდა არაადექვატური პროგესტოგენის გამო [75–77].

ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ მარეგულირებლემ, სამედიცინო საზოგადოებებმა და HCPs-მა აცნობონ ქალებს, რომ MHT-ის შერეული სახეობების სარგებელი შეიძლება მიღწეული იქნას სხეულისთვის იდენტური MHT-ის ჩვეულებრივი რეგულირებადი სახეობებით, რომლებიც მკაცრად შემოწმებულია ეფექტურობისა და უსაფრთხოების კუთხით.

ტესტოსტერონის დანიშვნა ქალებში ზედმეტად მონდომებული განდა?

ცოტა ხნის წინანდელ პერიოდამდე, ტესტოსტერონი განიხილებოდა ექსკლუზიურად, როგორც მამრობითი ჰორმონი, მიუხედავად იმისა, რომ ის ასევე ენდოგენურად წარმოიქმნება ქალებში და არ იყო რეკომენდებული ქალებში გამოყენებისთვის.

ფაქტობრივად, არ არსებობდა ლიცენზირებული პრეპარატები მენოპაუზის დროს ქალებში გამოსაყენებლად, სანამ ავსტრალიის თერაპიული პროდუქტების ადმინისტრაციამ ლიცენზირებული არ განადა ტესტოსტერონის 1%-იანი კრემის გამოყენება ჰიპოაქტიური სექსუალური ლტოლვის დარღვევის (HSDD) მქონე ქალებისთვის, რაც იწვევს დაბალი ლიბიდოს არსებობას.

გლობალურად, ქალებში ტესტოსტერონის დანიშნულების გაცემის უმეტესობა ჯერ კიდევ არ არის ეტიკეტირებული, მამრობითი ტესტოსტერონის პრეპარატების ტიტრირებით ქალის დოზებში, როგორც წესი, 1/10 განკუთვნილია საერთო ტესტოსტერონის მაჩვენებლის მისაღწევად ქალის ნორმალურ დიაპაზონში.

ახლა არის კარგი მონაცემები HSDD-ის ტესტოსტერონით მკურნალობის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესახებ ბუნებრივი და ქირურგიული მენოპაუზის დროს, როგორც “სტანდარტული E + P MHT”-ით, ასევე მის გარეშე რიგი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან და სისტემური მიმოხილვებიდან და მეტა-ანალიზებიდან [78, 79].

მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს მტკიცებულება მენოპაუზის დროს დამოუკიდებლად გამოყენებული ტესტოსტერონის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესახებ, ზოგადად, რეკომენდებულია, რომ ჩვეულებრივი MHT დაიწყოს მანამ, სანამ მოხდება ტესტოსტერონის განხილვა პერსონალური HSDD-ის სიმპტომებისთვის, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ის, რომ ქალები არიან კარგად ესტროგენიზებული, განსაკუთრებით ვაგინალურად, სანამ მათი ლიბიდო გაძლიერდება. ქალებისთვის ტესტოსტერონის შესახებ გლობალური კონსენსუსის განცხადება რეკომენდაციას უწევს ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომის დაცვას იმის გადასაწყვეტად, არის თუ არა მითითებული ტესტოსტერონის დანიშვნა [80].

თუმცა, ჯერ კიდევ არსებობს მტკიცებულებების ნაკლებობა ტესტოსტერონის პოტენციური სარგებლის შესახებ ქალებში, რომელთაც აქვთ მენოპაუზასთან ასოცირებული სხვა პრობლემები ისეთი მიმართულებებით, როგორებიცაა, შემეცნება, განწყობა, ენერჯია და ცხოვრების ზოგადი ხარისხი, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ასევე პრომოცირებულია მედიის მიერ, როგორც ტესტოსტერონის პოტენციური სარგებელი [81]. სანამ ჩვენ ველოდებით სათანადოდ შემუშავებული კვლევების მონაცემებს ამ შედეგების უკეთ შესაფასებლად, ქალებში ტესტოსტერონის დანიშვნის პირველადი მითითება უნდა დარჩეს HSDD-სთვის და ნებისმიერი სხვა სარგებელი, რომელიც დაფიქსირდება, უნდა ჩაითვალოს მეორადად [82].

როდის უნდა დაიწყოს ან შეწყდეს MHT?

MHT-ის დაწყების დრო ასევე საკამათო საკითხია მენოპაუზის მოვლის საქმეში. MHT, ძირითადად, გამოკვლეული იყო ქალებში, რომლებიც ან პოსტმენოპაუზალურები არიან (ანუ ჩვეულებრივ, მენსტრუაციის ბოლო პერიოდებიდან 12 თვის შემდგომ) ან, ზოგიერთ კვლევაში, გვიანი პერიმენოპაუზის პერიოდის (ანუ 6 თვიანი ამენორეის შემდეგ FSH-ის მნიშვნელოვნად მომატებული დონეებით).

უნდა დაიწყოს თუ არა MHT მენოპაუზის დაწყებამდე?

ბოლო მენსტრუალურ პერიოდამდე 10 წლით ან მეტად ადრე დაწყებული პერიმენოპაუზა არის ქალის ცხოვრების კურსის ხშირად უგულვებლყოფილი და ცუდად მართული ეტაპი. პერიმენოპაუზალურ ქალებს ხშირად აღენიშნებათ მენოპაუზალური და ციკლოთან-ასოცირებული სიმპტომების ერთდროული გაჩენა, რომელიც შეიძლება დაიწყოს 30-იანი წლების შუა პერიოდში საკვერცხის რეზერვის შემცირების გამო. ბოლოდროინდელმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ქალებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სიმპტომები “არადროულად”, რაც არის პერიმენოპაუზასთან-ასოცირებული მენსტრუალური ციკლის ცვლილებები ან სიმპტომები იმ დროში, მანამ პიროვნება მოელის მათ გამოვლინებას, შეიძლება იწვევდეს უარყოფით შეფასებას სტრესის, კმაყოფილების და ჯანმთელობის საზომების კუთხით [83].

MHT-ის დანიშვნა პერიმენოპაუზის პერიოდში შესაძლოა იყოს რთული, რადგან ჰორმონალური დონეების რყევებმა შესაძლოა შედეგად მოგვცეს ესტროგენ-დეფიციტის ეპიზოდები, რასაც მოჰყვება ესტროგენის სიჭარბის ეპიზოდები. მენოპაუზაში გარდამავალ პერიოდში ესტრადიოლისა და ციკლის არარეგულარობის მატება შესაძლოა გამოწვეული იყოს ლუთეინური ფაზის გარე მოვლენებით, რომლებიც, როგორც ჩანს, გამოწვეულია ფოლიკულ-მასტიმულირებელი ჰორმონის (FSH) გაზარდული მატარებელი მატარებელი ფოლიკულური ფაზის დონეზე რამოდენიმე ფოლიკულის ერთდროულად რეკრუტირებით [84].

MHT რჩება ვარიანტად ამ ქალებისთვის, თუ ისინი არიან სიმპტომატურები, იმის აღიარებით, რომ MHT ცნოვრების ამ ფაზაში არის ეტიკეტის გარეშე. გაცილებით მეტი კვლევაა საჭირო პერიმენოპაუზის პერიოდში მყოფი ქალებისთვის MHT-ის ოპტიმალური რეჟიმის დასადგენად. სასურველია თანმიმდევრული თერაპია, მაგრამ ამ სახის თერაპიამაც კი შეიძლება გამოიწვიოს არარეგულარული სისხლდენა.

კიდევ ერთი ვარიანტი პერიმენოპაუზალურ ქალებში, რომელთაც აქვთ უკუჩვენებები, არის ჩვეულებრივ ეთინილ-ესტრადიოლზე დაფუძნებული კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება ან უფრო ახალი, ესტრადიოლზე ან ესტეტროლზე დაფუძნებული ორალური კონტრაცეპტივები. ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობა არის კიდევ ერთი ძალიან სასარგებლო ვარიანტი ამ დროს და შეიძლება გამოყენებული იქნას ესტროგენთან ერთად, თუ MHT არის საჭირო.

შემდგომი ვარიანტი შეიძლება იყოს გონადოტროპინ რილიინგინგ ჰორმონის (GnRH) აგონისტის ან ანტაგონისტის კომბინაცია საკვერცხის რეზიდუალური აქტივობის დასათრგუნად MHT-ის “დამატებით”. ასეთი კომბინირებული პროდუქტები უკვე არსებობს ფიბროიდებთან და ესდომეტრიოზთან დაკავშირებული სისხლდენის პრობლემების სამკურნალოდ, თუმცა, შესაძლებელია ცალკეული კომპონენტების შეყვანაც [85].

არაჰორმონალური ალტერნატივები, მაგალითად, ნეიროკინინის (NK) რეცეპტორის ანტაგონისტები, თეორიულად, შესაძლოა განიხილებოდეს, მაგრამ ისინი ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული პერიმენოპაუზალურ ქალებში და არ ითვალისწინებს მენსტრუალური ციკლის დარღვევებს ან კონტრაცეფციის საჭიროებას.

უნდა დაიწყოს თუ არა MHT ხანდაზმულ ქალებში კარგად გადალახული მენოპაუზაში გარდამავალი პერიოდის შემდეგ?

ასოციაციების რეკომენდაციების უმეტესობა გვიჩვენებს სიფრთხილეს, როდესაც საქმე ეხება MHT-ის დე-ნოვო დანიშვნას 60 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში [34, 46]. ეს რჩევა მომდინარეობს კვლევებიდან, როგორებიცაა WHI, სადაც ქალებს, რომლებიც იწყებენ MHT-ს 60-იან წლებში და, განსაკუთრებით, 70-იან წლებში, აღენიშნებოდათ გულ-სისხლძარღვთა და ვენური თრომბოემბოლიური მოვლენების, ინსულტის და ძუძუს კიბოს უფრო მაღალი სიხშირე, ვიდრე ქალებში, მათ 50-იან წლებში [23].

ამ ხანდაზმული ასაკის ქალების უმეტესობას აქვს მცირედ გამოხატული ან საერთოდ არ აქვს გამოხატული VMS და ნებისმიერი VVA/GSM სიმპტომი შეიძლება ეფექტურად იყოს ნამკურნალევი ვაგინალური ესტროგენური თერაპიებით. ამავდროულად, მნიშვნელოვანია გვესმოდეს, რომ 60-იან წლებში ქალების 30-40%-მდე და 70-იან წლებში 10-15%-მდე აღნიშნავენ შემაშფოთებელ VMS-ს [86, 87]. ამ ასაკობრივ ჯგუფებში ახალი დაწყებული VMS უნდა იყოს გამოკვლეული კლინიკური გამოვლინების მიხედვით, რათა გამოირიცხოს ისეთი ეტიოლოგიები, როგორებიცაა, ჰიპერთირეოზი და ფეოქრომოციტომა. ზოგიერთი ქალი არატრადიციულად ეძებს ოსტეოპოროზის მკურნალობას MHT-ით 60 წელზე უფროსი ასაკის კატეგორიაში, რადგან მათ სურთ, თავიდან აიცილონ არაჰორმონალური ძვლის შემნახველი პრეპარატები მათი გვერდითი ეფექტების გამო; ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებისას, ყველა პრეპარატის სარგებელი-რისკის ბალანსი გულდასმით უნდა იქნას აწონილი [49].

პრობლემები წარმოიქმნება განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ქალები, რომლებიც შეიძლება იყვნენ ან არ იყვნენ სიმპტომატურები, სთხოვენ მათ HCP-ს, დაიწყონ MHT, რადგან ფიქრობენ, რომ ხელიდან გაუშვებენ MHT-ის გამოყენების შესაძლებლობას 50-იან წლებში, WHI/MWS კვლევებით გამოწვეული შეშფოთების გამო ან იმის გამო, რომ მათ შეწყვიტეს MHT “ნაადრევად” მათი HCP-ის გამო.

ასეთ ქალებს უნდა მიეცეთ რჩევა, რომ MHT-ის დე-ნოვო დაწყება, ჩვეულებრივ, არ არის რეკომენდებული. თუმცა, თუ MHT უნდა დაიწყოს, მნიშვნელოვანია, რომ დაინიშნოს ძალიან დაბალი დოზები, იდეალურია ტრანსდერმალური ესტროგენით, რათა თავიდან იქნას აცილებული გვერდითი მოვლენები; მაგ: 25 მკგ, ესტრადიოლის პლასტირები, 1 ტუმბო ესტრადიოლის გელი ან ესტრადიოლის 1 სპრეი

ტრასდერმალოურად, მიკრონიზებული პროტეინი 100 მგ. ან დიდროგესტერონი 5 მგ. ენდომეტრიუმის დაცვისთვის.

როდის უნდა შეწყდეს MHT?

მარეგულირებელი ორგანოების უმეტესობა, როგორცაა, მედიკამენტებისა და ჯანდაცვის პროდუქტების მარეგულირებელი სააგენტო (MHRA), ევროპის მედიკამენტების სააგენტო (EMA) ან აშშ-ის სურსათისა და წამლის ადმინისტრაცია (FDA) კვლავ გვიჩვენებს, რომ MHT უნდა იქნას გამოყენებული ყველაზე დაბალი დოზით უმოკლესი ხანგრძლივობით, რაც საჭიროა სიმპტომების შესამსუბუქებლად, რადგან MHT-მ შეიძლება გაზარდოს ზოგიერთი კიბოს, VTE-ისა და ინსულტის რისკები და რადგან, რისკები იზრდება MHT-ის ხანგრძლივი გამოყენების პირობებში.

თუმცა, ახლა არსებობს საყოველთაო შეთანხმება მენოპაუზის ეროვნულ და საერთაშორისო საზოგადოებებს შორის, რომ არ უნდა დაწყდეს თვითნებური შეზღუდვები MHT-ის გამოყენების ხანგრძლივობაზე [34,46,47].

IMS-ის მარეგულირებელი პრინციპები MHT-ზე წერს: “არ არსებობს MHT-ის ხანგრძლივობაზე სავალდებულო შეზღუდვების დაწესების მიზეზი”. “თერაპია გაგრძელდება თუ არა, უნდა გადაწყდეს კარგად ინფორმირებული ქალისა და მისი HCP-ის შეხვედრებისამებრ, რაც დამოკიდებულია კონკრეტულ მიზეზებზე და მიმდინარე ინდივიდუალური სარგებლისა და რისკების ობიექტურ შეფასებაზე” [34, გვ.111].

ამრიგად, მენოპაუზის თანამედროვე მენეჯმენტი უნდა მოიცავდეს პერსონალიზაციას MHT-ის გამოყენების ხანგრძლივობასთან მიმართებაში.

რატომ არის მნიშვნელოვანი MHT?

ვანდენტო თუ არა მენოპაუზის ზედმეტად მედიკალიზაციას?

მენოპაუზა თავისთავად არ საჭიროებს მკურნალობას, მაგრამ შემადრწუნებელი სიმპტომები და მდგომარეობები, რომლებიც, შესაძლოა, ასოცირებული იყოს მასთან, მოითხოვს მკურნალობას. MHT-ის გამოყენების ამჟამინდელი ჩვენება არის VMS-ისა და VVA/GSM-ის მკურნალობა. შეფასებულია, რომ ქალების 80% განიცდის VMS-ის არსებობას, ქალების 25% განიცდის მძიმე VMS-ის არსებობას და სიმპტომების გამოვლენის საშუალო ხანგრძლივობა 8-10 წელია (რაც ნიშნავს, რომ ქალების ნახევარი განიცდის ამ სიმპტომების არსებობას 8-10 წელზე მეტხანს) [88]. MHT-ს ასევე აქვს მეორე რიგის ჩვენება ოსტეოპოროზის სამკურნალოდ ზოგიერთ ქვეყანაში და 80 წლის ასაკში 50%-მდე ქალებს ექნებათ ოსტეოპოროზი, მკურნალობის გარეშე დატოვების შემთხვევაში.

მნიშვნელოვანია თავიდანვე მივცეთ კონსულტაცია ქალებს, რომ მენოპაუზის სიმპტომები, როგორცაა, VMS და ძილის დარღვევები [89], განწყობის ცვალებადობა და მენსტრუების პრობლემები, ჩვეულებრივ, გაუმჯობესდება დროთა განმავლობაში და შეიძლება არ საჭიროებდეს მკურნალობას [50]. სირთულე არის იმის ცოდნა, თუ როდის გაუმჯობესდება ეს სიმპტომები და მნიშვნელოვანია, რომ ქალებთან არ დავუშვათ განუსაზღვრელი ტანჯვა, თუ კონსერვატიული მიდგომა იქნება მიღებული.

კარგად არის აღიარებული, რომ მენოპაუზაში გარდამავალი პერიოდი ხშირად შეიძლება ასოცირებული იყოს სხვა უსიამოვნო სიმპტომებთან, როგორცაა, ენერჯის დაქვეითება და ძვალ-კუნთოვანი ტკვილები, და რომ MHT-ს ასევე შეიძლება ჰქონდეს დადებითი გავლენა ამ სიმპტომებზე. დანიშვნამდე უნდა მოხდეს უპირატესი სიმპტომების იდენტიფიცირება და რეალისტური მიზნების დასახვა მოსალოდნელო გაუმჯობესების ხარისხთან დაკავშირებით და ასევე, თუ რა ვადებშია მოსალოდნელო მკურნალობაზე პასუხის მიღება. საბოლოო მიზანია, ქალები გააძლიერონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით, რათა გააკეთონ მათთვის სწორი ინდივიდუალური არჩევანი.

უნდა ვურჩიოთ თუ არა არაპორმონალური ალტერნატივები MHT-ის ნაცვლად ან დამატებით?

რაც უფრო ფართოა მკურნალობის ვარიანტების შეიარაღება, მით უფრო ადვილია მკურნალობის ინდივიდუალიზაცია/პერსონალიზაცია. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ნებისმიერი სამედიცინო მკურნალობა უნდა ეფუძნებოდეს ცხოვრების წესის, დიეტის, ვარჯიშის ოპტიმიზაციას, ალკოჰოლის მინიმუმამდე შემცირებას და მოწვევის თავიდან არიდებას ან შეწყვეტას.

ყველა ქალს, რომელსაც აღენიშნება მენოპაუზასთან დაკავშირებული პრობლემები, უნდა შესთავაზონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, უსაფრთხო, ეფექტური არაპორმონალური და ასევე, პორმონალური ვარიანტები, როგორც მკურნალობის ინსტრუმენტების ნაწილი [41]. ვარიანტები უნდა იყოს მორგებული ინდივიდის სურვილებზე და სამედიცინო ისტორიაზე - ზოგიერთმა ქალმა, შესაძლოა, მოინდომოს პორმონალური თერაპიის თავიდან აცილება ან შეიძლება ამ ტიპის მკურნალობის გამოყენება მათთვის იყოს უკუჩვენებები.

სირთულე არის ლიცენზირებული არაპორმონალური თერაპიული ვარიანტების ნაკლებობა, რაც იწვევს ისეთი სამკურნალო საშუალებების გამოყენებას, როგორებიცაა, ანტიდეპრესანტები VMS-სთვის. 2015 წლის NICE გაიდლაინმა ძალიან ნათლად აჩვენა, რომ სეროტონინის უკუმითაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები და სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის უკუმითაცების ინჰიბიტორები არ უნდა იქნას გამოყენებული, როგორც VMS-ის პირველი რიგის მკურნალობა ქალებში, რომელთაც არ აქვთ MHT-ზე უკუჩვენებები [90].

უახლესმა კვლევამ შედეგად მოგვცა მედიკამენტების ახალი კლასი, NK რეცეპტორების ანტაგონისტები, რომლებიც უკვე ლიცენზირებულია ზოგიერთ ქვეყანაში VMS-ის სამკურნალოდ [91,92]. ეს უზრუნველყოფს სხვა ლიცენზირებულ ალტერნატივას მიზნობრივად მენოპაუზის სიმპტომებისთვის, რითაც ხელს უწყობს თერაპიის პერსონალიზაციას.

MHT-ის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების თერაპიული სფეროები

მენოპაუზის მედიცინაში კვლავ რჩება დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების მნიშვნელოვანი სფეროები, სადაც MHT შეიძლება იყოს დიდი სარგებელი, ან იმიტომ, რომ სუბიექტები განიხილება, როგორც ტაბუ ან იმიტომ, რომ კვლევა და განვითარება არ იყო ორიენტირებული ამ სფეროებზე:

- **VVA/GSM/სექსუალური ჯანმრთელობა:** მიუხედავად იმისა, რომ ახლა უამრავი პროდუქტია ხელმისაწვდომი VVA/GSM-ის სამართავად, ჯერ კიდევ არსებობს საკმაოდ უხალისობა ქალებისთვის, გამოთქვან სურვილი ამ სიმპტომების მკურნალობასთან დაკავშირებით ჰაციენტის უხერხულობის, HCP-ის უმოქმედობის გამო, რომ მათ განხილეს საუბარი და ამ სიმპტომების გავლენის ტრივიალიზაციის გამო [93]. თანაბრად მნიშვნელოვანია სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხების მართვა, როგორებიცაა, HSDD და ადექვატური ექსპერტიზისა და რესურსების უზრუნველყოფა ამ საკითხების სამართავად ბიო-ფსიქო-სექსუალური მიდგომის გამოყენებით ანდროგენული პროდუქტებით, რომლებიც ლიცენზირებულია ქალებისთვის, საჭიროების შემთხვევაში [94].
- **POI/ადრეული მენოპაუზა:** ეს რჩება შეშფოთების სფეროებად საზოგადოებისა და ზოგადად, HCP-ების არასაკმარისი ინფორმირებულობის გამო იმ ზეგავლენის შესახებ, რომელიც ამ მდგომარეობებს შეიძლება ჰქონდეს არა მხოლოდ ცხოვრების ხარისხზე, არამედ გრძელვადიან ჯანმრთელობაზეც. წარსულში POI-ს მქონე ქალებს მოიხსენიებდნენ, როგორც “დაკარგულ ტომებს”. აუცილებელია, რომ ქალებთან, რომელთაც შეიძლება ჰქონდეთ POI/ადრეული მენოპაუზის პრობლემები, წახალისონ ადრეული გამოვლინება, რათა შესაძლებელი იყოს მათი დიაგნოსტიკა და ეფექტური მართვა MHT-ით, თუ სამედიცინო უკუჩვენებები არ არის. თეთრი ფურცლები და განახლებული გაიდლაინები მნიშვნელოვანია, მაგრამ ეფექტური მხოლოდ იმ შემთხვევაშია, თუ იქნება ინფორმაციის ადექვატური გავრცელება და თარგმნა გლობალურად. ადამიანის რეპროდუქციისა და ემბრიოლოგიის ევროპის

საზოგადოების (ESHRE) POI გაიდლაინი ამჟამად განახლებულია და მალე გავრცელდება [95].

- პერიმენოპაუზა: მიუხედავად იმისა, რომ ეს უკვე განხილულია, მნიშვნელოვანია ხაზგასმით აღვნიშნოთ, რომ მენოპაუზის სიმპტომების გარდა, ქალის ცხოვრების ეს პერიოდი ასევე შეიძლება ასოცირებული იყოს მენტრუალური ციკლის შემაშფოთებელ დარღვევასთან, MPS/PMDD-სთან და სექსუალური ჯანმრთელობის რთულ საკითხებთან, რომლებიც საჭიროებენ კარგად გააზრებულ სამკურნალო რეჟიმებს [96].
- იატროგენული მენოპაუზა გამოწვეული:
 - კეთილთვისებიანი მიზეზებით/არა-ჰორმონ-დამოკიდებული კიბოთი - შემაშფოთებელია, რომ ბევრ ქალს, რომელთაც შეეძლოთ MHT-ის გამოყენება კეთილთვისებიანი ან არა-ჰორმონ-დამოკიდებული, იატროგენული მენოპაუზის შემდეგ, ჯერ კიდევ არ სთავაზობენ მას. POI-ს და ადრეული მენოპაუზის მოკლევადიანი რისკები ცხოვრების ხარისხზე, მულტიმორბილობასა და სიკვდილიანობაზე ახლა კარგად არის აღიარებული, განსაკუთრებით, ორმხრივი ოოფორექტომიის შემდეგ [97]. ძალიან დიდი ხნის განმავლობაში, კიბოს მკურნალობა მხოლოდ სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაუმჯობესებაზე იყო ორიენტირებული. მიუხედავად იმისა, რომ დღევანდელი მნიშვნელოვანია, ის ძალიან ცოტას ნიშნავს ცხოვრების ოპტიმალური ზოგადი და სექსუალური ხარისხის გარეშე [98].
 - ჰორმონ-დამოკიდებული ავთვისებიანი სიმსივნეები - დიდი ხანია მომწიფდა აუცილებლობა მკურნალობის ვარიანტებთან დაკავშირებულ იმ კვლევებზე, რომლებიც შეიძლება გამოყენებული იქნას ჰორმონ-დამოკიდებული ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობის შემდგომ [98]. გამამხნეველია, რომ ახლა კვლევა ტარდება ზოგიერთი არაჰორმონალური თერაპიული ვარიანტებით, მაგალითად, NK რეცეპტორების ანტაგონისტებით, რომლებიც, პოტენციურად შეიძლება გამოყენებული იქნას ქალებში, ჰორმონის რეცეპტორ-პოზიტიური ავთვისებიანი სიმსივნეების წარსული ისტორიით, რომლებთანაც უკუნაჩვენებია MHT-ის გამოყენება.

სად შეიძლება წვდომა MHT-ზე?

ქალებს დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში შეზღუდული აქვთ ან არ აქვთ წვდომა MHT-ზე - რა შეიძლება გაკეთდეს?

ბევრი რამ, რაც წერია MHT-ზე, ვარაუდობს, რომ ის უნივერსალურად ხელმისაწვდომია, რაც, რა თქმა უნდა, ასე არ არის. რიგ ქვეყნებში MHT-ის რამოდენიმე ვარიანტი არსებობს ან საერთოდ არ არის ის ხელმისაწვდომი. მაშინაც კი, როდესაც MHT ხელმისაწვდომია, ხშირად არ არის ექსპერტიზა მის ეფექტურად, უსაფრთხოდ და ეთიკურად განსაზღვრისთვის. როგორც ასეთი, მნიშვნელოვანია, რომ გამოყენებული იქნას პრაგმატული, რეგიონის/ქვეყნის/კულტურაზე მგრძობიარე მიდგომები მენოპაუზის მართვისთვის [99].

მენოპაუზის ეროვნული და საერთაშორისო ასოციაციები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ MHT-ის და მენოპაუზის მოვლის ტრენინგების კუთხით. IMS-ს ამჟამად აქვს წვდომა მენოპაუზის 64 აფილირებულ ასოციაციასთან მენოპაუზის აფილირებული ასოციაციების საბჭოს (CAMS) და წევრების მეშვეობით 90 ქვეყანაში, რომელთაც შეუძლიათ რჩევების მიცემა ოპტიმალური მიდგომების შესახებ, რაც შესაძლოა გამოყენებული იქნას ეროვნულ და რეგიონულ გარემოში მენოპაუზის მართვისთვის.

CAMS გთავაზობთ ინოვაციურ ინსტრუმენტთა კომპლექტს მენოპაუზის ასოციაციის დასაწყებად, ისევე, როგორც ხელის ჩაკიდების პროგრამას, რომელშიც მცირე საზოგადოებებს მხარს უჭერენ უფრო დიდი საზოგადოებები. ყოველთვის იური "მენოპაუზის საათი"-ს ვებინარები უზრუნველყოფს ადგილობრივ ენებზე განათლებას ეროვნული და რეგიონული მნიშვნელობის საკითხებზე. ამ პროგრამებმა

უზრუნველყო კრიტიკული სახელმძღვანელო მენოპაუზის ასოციაციების ჩამოყალიბებისა და ზრდისთვის მთელს მსოფლიოში.

მენოპაუზის ასოციაციები ახლა იწყებს ფუნქციონირებას მსოფლიოს ისეთ რეგიონებში, როგორებიცაა, აფრიკა და ახლო აღმოსავლეთი, სადაც მენოპაუზის მხოლოდ რამოდენიმე საზოგადოება არსებობდა ან საერთოდ არც არსებობდა. მენოპაუზის ასოციაციების მუდმივი ზრდა მთელს მსოფლიოში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია HCP-ების ტრენინგის კრიტიკული დაუკმაყოფილებელი საჭიროების დასაკმაყოფილებლად მენოპაუზის მოვლის სფეროში და შუაწლის ასაკის ქალების განათლებაზე, მათ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე მენოპაუზის გავლენის შესახებ.

არიან ინფლუენსერები (სამედიცინო, პოლიტიკური და სოციალური), რომლებიც ქმნიან არარეალურ მოლოდინებს თუ აღადგენენ ბალანსს იქ, სადაც უნდა იყოს?

მენოპაუზის მენეჯმენტში ბოლო დროს მოხდა “აღორძინება” მთელს რიგ ქვეყნებში, განსაკუთრებით, დიდ ბრიტანეთში, სადაც მენოპაუზის პოტენციური გავლენის აღიარებამ საბოლოოდ მოიტანა საზოგადოების, HCP-ის და, მეტად მნიშვნელოვანი, პოლიტიკოსების მხრიდან ყურადღების მიქცევა.

დიდ ბრიტანეთში, მენოპაუზისა და MHT-ის პოლიტიკური “ცარები” და ქალთა ჯანმრთელობის ელჩები დაინიშნენ MHT-ის ხელმისაწვდომობის ზედამხედველობის მიზნით, რათა უზრუნველყონ, რომ ის თანაბრად გადანაწილდეს საზოგადოებისთვის სამართლიანი ხარჯებით.

მიუხედავად იმისა, რომ ქალების ეს უფლებამოსილება, მოიძიონ დახმარება მენოპაუზის დროს, ძირითადად, დადებითი მოვლენაა, იყო რამოდენიმე მოულოდნელი შედეგი, რომელიც ნაკლებად სასურველია, რაც მოიცავს შემდეგს:

- არარეალური მოლოდინები იმის შესახებ, რისი მიღწევაა შესაძლებელი ამჟამად ხელმისაწვდომი მკურნალობის ვარიანტებით, MHT-ის ჩათვლით;
- იმედგაცრუება, თუ MHT არ მიაღწევს სასურველ ეფექტს სიმპტომების შემსუბუქების კუთხით, განსაკუთრებით, გუნება-განწყობასა და შემეცნებასთან დაკავშირებული პრობლემების დროს;
- იმედგაცრუება, თუ არსებობს მოულოდნელი გვერდითი მოვლენები;
- MHT-ზე წვდომის სირთულე ან MHT-ის მიწოდების შეწყვეტა;
- მენოპაუზის პირველადი ან მეორადი დონის ჯანდაცვაზე წვდომის სირთულე რესურსების ნაკლებობის ან ექსპერტიზის ნაკლებობის გამო;
- მენოპაუზის მენეჯმენტის კომერციალიზაცია, რაც იწვევს ზედმეტ გამოკვლევას და ზედმეტ მკურნალობას;
- დაურეგულირებელი რჩევები და მხარდაჭერა თვითდანიშნული ექსპერტებისგან, რომელთაც აქვთ მცირე ან საერთოდ არ აქვთ შესაბამისი ტრენინგი;

მთლიანობაში, ეს შედეგები, ნაწილობრივ, წარმოიშვა იმის გამო, რომ ეს “აღორძინება” გამოწვეული იყო საზოგადოებისა და მედიის ცნობილი ადამიანების მიერ და არა - ჯანდაცვის სამთავრობო დეპარტამენტის მიერ. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ მენოპაუზის მართვის კოორდინირებული მიდგომები სრულად იყოს შემუშავებული ჯანდაცვის დეპარტამენტების მიერ, რათა უზრუნველყონ შესაბამისი კლინიკური და საგანმანათლებლო რესურსები და თანაბარი ხელმისაწვდომობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ რჩევებზე, MHT-სა და ალტერნატივებზე.

ინტერესთა პოტენციური კონფლიქტი:

ინტერესთა პოტენციური კონფლიქტის საკითხი და ფარმაცევტული ინდუსტრიის როლი განსაკუთრებით მწვავე საკითხია მენოპაუზის მედიცინაში - შესაძლოა უფრო მეტადაც, ვიდრე მედიცინის ბევრ სხვა დარგში. ფარმაცევტული კომპანიების გავლენა მენოპაუზის მოვლაზე განსაკუთრებით რთულია მათ შორის, ვინც ფიქრობს, რომ მენოპაუზა ბუნებრივი ეტაპია ქალის ცხოვრების კურსში და არ საჭიროებს მკურნალობას თავისთავად, და მათ შორისაც კი, ვინც აღიარებს, რომ შემაშფოთებელი სიმპტომები, რომლებიც ასოცირდება მენოპაუზასთან, მოითხოვს მკურნალობას.

მიუხედავად იმისა, რომ გასაგებია, რატომ შეიძლება ზოგიერთმა მიიჩნიოს ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან თანამშრომლობა არაეთიკურად, რეალისტურად, სახელმწიფო ჯანდაცვის დეპარტამენტები და კვლევითი სააგენტოები ვერ უზრუნველყოფენ ყველა რანდომიზებული კვლევების ხარჯებს. მედიცინის კვლევისა და განვითარების მნიშვნელოვანი რაოდენობა და არაპრომოციული განათლება არ მოხდებოდა, რომ არა ფარმაცევტული ინდუსტრია.

IMS-ის და მენოპაუზის უმეტესი საზოგადოებების შეხედულება არის ის, რომ ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან თანამშრომლობა შეიძლება იყოს ეთიკური, სანამ ძირითადი მიზნები შემდეგია:

- თანამშრომლობის პირველადი ბენეფიციარი ქალი/პაციენტი/საზოგადოება;
- ნებისმიერი თანამშრომლობა სრულიად გამჭვირვალეა ყველა შესაძლო ინტერესთა კონფლიქტის გამოცხადებით;
- მედიკამენტების კვლევა და განვითარება ენება დაუკმაყოფილებელ თერაპიულ საჭიროებებს და არ არის შექმნილი მხოლოდ ფინანსური მოგების გასაზრდელად;
- ნებისმიერი საგანმანათლებლო მხარდაჭერის მიმართულება არის შეუზღუდავი, არაპრომოციული და შემუშავებული მენოპაუზის ასოციაციების მიერ და არა ფარმაციის მიერ.

თუ ნაკლები იქნება დამოკიდებულება კომერციული ორგანიზაციების მხადაჭერაზე, რა თქმა უნდა, აუცილებელია, რომ ჯანდაცვის სამთავრობო დეპარტამენტებმა გლობალურად უზრუნველყონ ადეკვატური რესურსები დამოუკიდებელი მკვლევარის მიერ ჩატარებული კვლევისა და განვითარებისთვის და HCP-ების განათლებისთვის მენოპაუზასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვის მიმართულებით [100].

რეგულატორების როლი

მარეგულირებელი სააგენტოების, როგორებიცაა, EMA (ადამიანისთვის გამოყენებადი სამკურნალო პროდუქტების კომიტეტი), FDA და MHRA როლი არის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და გაუმჯობესება. ახალი მედიკამენტების დანერგვისას, უსაფრთხოების კარიბჭის როლის შესრულებისას მნიშვნელოვანია, რომ მათ ჰქონდეთ ან გამოიყენონ საკმარისი გამოცდილება, რათა შეძლონ დაბალანსებული განსჯის გაკეთება იმ პროდუქტებზე, რომლებსაც ისინი აფასებენ.

აქედან გამომდინარე, ძალიან მომგებიანი იქნება, თუ ეს ორგანოები რეგულარულად ითანამშრომლებენ მენოპაუზის ეროვნულ და საერთაშორისო საზოგადოებებთან, რომლებიც წარმოადგენენ HCP-ებს, რომლებიც ზრუნავენ ქალებზე, ვისთვის სარგებლობისთვისაც არის ეს პროდუქტები შექმნილი.

მენოპაუზის მედიცინაში ამ თანამშრომლობის მაგალითები მოიცავს შემდეგს:

- შერეული ბიოიდენტური ჰორმონების გამომწერების/კლინიკების გავრცელება ზოგიერთ ქვეყანაში, მიუხედავად ჩვეულებრივი რეგულირებადი MHT-ის ხელმისაწვდომობისა;
- ზოგიერთ ქვეყანაში “სტანდარტული” შავი ყუთის გამაფრთხილებელი ეტიკეტების მოხსნაზე უარის თქმა (მაგ: გულ-სისხლძარღვთა დარღვევები/დემენცია/ძიძუს კიბო/

ენდომეტრიუმის კიბო) დაბალი დოზებით ადგილობრივი ესტროგენის თერაპიებიდან წიანის არარსებობის მიუხედავად;

- გლობალური მარეგულირებლების არათანმიმდევრული მიდგომა პროდუქტის ლიცენზირების მინიჭების მიმართ, მაგალითად, ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობა არ არის ლიცენზირებული, როგორც MHT-ის ნაწილი აშშ-სა და კანადაში;
- ქალის გამოყენებისთვის ტესტოსტერონის ლიცენზირებაზე უარის თქმა, რომელიც ამჟამად ლიცენზირებულია მხოლოდ ავსტრალიაში;
- MHT-ის რისკის ერთ ასპექტზე ფოკუსირების ტენდენცია, თუმცა, არ არის გათვალისწინებული სარგებელი-რისკის საერთო ბალანსი [101]. თუ არ არსებობს კონკრეტული მიზეზები, როს გამოც უნდა არსებობდეს ეროვნული/რეგიონული განსხვავებები, ამ და სხვა საკითხებთან გლობალურად თანმიმდევრული მიდგომა მნიშვნელოვანია ნდობის გასაღვივებლად და უსაფრთხო და ეფექტური პროდუქტების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის გასაადვილებლად, გეოგრაფიული ან ეთნიკური დისკრიმინაციის გარეშე.

IMS-ისა და სხვა მენოპაუზის საზოგადოებების მნიშვნელობა

მენოპაუზის საზოგადოებები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მენოპაუზისა და შუახნის ასაკის ქალების ჯანმრთელობის გაგების, მკურნალობისა და მენეჯმენტის წინსვლის მიმართულებით. ამ საზოგადოებების მუშაობა მოიცავს შემდეგს:

- კვლევის წინსვლა
- განათლების განვითარება და გავრცელება HCP-ს, ქალებსა და თემებში;
- მთავრობის პოლიტიკისა და დაფინანსების ადვოკატირება;
- თანაბარი ჩართვისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობა;
- დეზინფორმაციისა და სტიგმის განხილვა.

არსებობს ეროვნული და რეგიონული საზოგადოებები, რომლებიც ფოკუსირებულია ადგილობრივ საკითხებზე და მიწოდებაზე, და IMS - როგორც ერთადერთი გლობალური მენოპაუზის საზოგადოება - აერთიანებს მათ CAMS-ის მეშვეობით, რათა მხარი დაუჭიროს თავისი ხედვის განხორციელებას.

როგორც CAMS-ის წევრები, საზოგადოებები ერთად მუშაობენ რესურსების განსავითარებლად, ინფორმაციის გასაზიარებლად და ერთმანეთის პოპულარიზაციისთვის, რათა მათი სასიცოცხლო საქმიანობა იყოს სარგებლიანი HCP-თვის და ქალებისთვის მათი ერების/რეგიონების მიღმა. IMS, CAMS-ის ხელის ჩაჭიდების პროგრამის მეშვეობით, მუშაობს HCP-თან, რათა ჩამოაყალიბოს მენოპაუზის საზოგადოებები იმ ადგილებში, სადაც არ არსებობს.

IMS, CAMS-ის წევრებთან პარტნიორობით, ქმნის თანამედროვე საგანმანათლებლო რესურსებს და ღონისძიებებს. ეს რესურსები, რომლებიც შემუშავებული და მხარდაჭერილია მსოფლიოს წამყვანი ექსპერტების მიერ მენოპაუზისა და შუახნის ასაკის ქალთა ჯანმრთელობის შესახებ, უზრუნველყოფს უახლესი მეცნიერების და განვითარებადი ტენდენციების პოპულარიზაციას და მისაწვდომობას HCP-თვის და ქალებისთვის.

ღონისძიებებისა და საგანმანათლებლო რესურსების ეს ვრცელი პორტფოლიო, თარმნილია მრავალ ენაზე და ბევრი მათგანი ხელმისაწვდომია უფასოდ, რაც ზრდის ცოდნას, ხელს უწყობს კულტურებს შორის ცნობიერების ამაღლებას და აძლიერებს ხელმისაწვდომობას დაუცველ ადგილებში. MHT არის მთავარი თემა ამ პორტფოლიოში, რომელიც მოიცავს შემდეგს:

- ყოველ ორ წელში მსოფლიო კონგრესი მენოპაუზის შესახებ;
- მენოპაუზის მსოფლიო დღე;
- ორ თვეში ერთხელ საზოგადოების ჟურნალი Climacteric;
- IMPART, უფასო ონლაინ კურსი HCPs-თვის;
- ძირითადი სამეცნიერო ნაშრომების საექსპერტო მიმოხილვა (Menopause Live);
- ყოველთვიური ვებინარების სერია;
- ყოველთვიური ინტერვიუების სერია;
- ყოველთვიური CAMS ვებინარი;
- კლინიკური კოლოქვიუმების სერია - აქტუალური მრგვალი მაგიდის დისკუსიები მენოპაუზის მომავლის ექსპერტებსა და წამყვან ექსპერტებს შორის;
- IMS-ის რეკომენდაციების განახლება ქალთა შესახებ შუახნის ჯანმრთელობასა და მენოპაუზაზე, რის შემდეგაც გამოქვეყნდება MHT-ზე გლობალური კონსენსუსის განცხადების შემდგომი გადახედვა;
- IMS-ის პარტნიორობა ESHRE-თან, ამერიკის რეპროდუქციული მედიცინის საზოგადოებასთან (ASRM) და Monash-ის ჯანმრთელობის კვლევისა და განხორციელების ცენტრთან (MCHRI), რამაც ხელი შეუწყო ESHRE-ს POI გაიდლაინის ბოლო განახლებას;
- ინფორმაცია მენოპაუზაზე, რომელიც უზრუნველყოფს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და სანდო ინფორმაციას ქალებისთვის.

მნიშვნელოვანია, რომ მენოპაუზის ყველა საზოგადოებამ და ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ეროვნულ და გლობალურ დონეზე პარტნიორობით იმუშაოს მენოპაუზის შესახებ პოლარიზებული შედეგებების მოსაგვარებლად, რაც ხშირად უტოვებს ქალებს დაბნეულობისა და უძლიერების შეგრძნებას. მენოპაუზის მომავალი ეთიკური მენეჯმენტის განვითარებისა და ხელშეწყობის ერთადერთი გზა, როგორც პრაქტიკული, ისე მისწრაფების პერსპექტივიდან, არის ერთად, როგორც მენოპაუზის ერთ საზოგადოებად მუშაობა.

სამომავლო იმედები მენოპაუზის მოვლისთვის

ჩვენ დიდი გზა გავიარეთ პირველი, კომერციულად ხელმისაწვდომი ესტროგენებისა და პროგესტოგენების მიღების შემდეგ. ამჟამად, ჩვეულებრივი ლიცენზირებული ბიო-ინდენტური MHT, როგორც ჩანს, გვთავაზობს გარკვეულ უპირატესობებს კონიუგირებული ესტროგენებისა და სინთეზური ანდროგენული პროგესტოგენების მიმართ. გულდასაწყვეტია, რომ მარეგულირებელი სახელმძღვანელო არ ცნობს განსხვავებებს ბიოლოგიურ და კლინიკურ ეფექტებში ტრადიციულად რეგულირებული MHT-ის უფრო “ბუნებრივ” ტიპებთან. მენოპაუზის კვლევის გაფართოებული დაფინანსება გადამწყვეტია MHT-ის თანამედროვე ტიპების სარგებლობისა და უსაფრთხოების შემდგომი შეფასებისთვის და მკურნალობის ახალი ვარიანტების შემუშავებისა და ინდეტიფიცირებისთვის, რომლებიც მინიმუმამდე ამცირებენ არასასურველ ეფექტებს და გვთავაზობენ მაქსიმალურ სარგებელს. კვლევის მთავარი პრიორიტეტია ზოგიერთი სააგენტოსა და მედიის მიერ განხორციელებული მოსაზრების კრიტიკული შეფასება იმის შესახებ, რომ ყველა ტიპის MHT-ს აქვს იდენტური გავლენა მენოპაუზის ჯანმრთელობის საკითხებზე.

ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან კვლევის პარტნიორობით, TSECS და ესტროგენის რეცეპტორების სელექტიური მოდულატორები შემუშავდა, როგორც მკურნალობის მიდგომები, რომლებიც ინარჩუნებენ სარგებელს და მინიმუმირებენ არასასურველ ეფექტებს. დამატებითი, შემეცნებითი და ლიცენზირებული არაჰორმონალური

მიდგომების უწყვეტი კვლევა და განვითარება გადამწყვეტია იმ ქალებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ ან არ ირჩევენ, გამოიყენონ MHT. ინდივიდუალურად თანამშრომლობის კიდევ ერთი მაგალითია, ჰიპოთალამუსის პათოფიზიოლოგიური პროცესების გაუმჯობესებული გაგება, რაც იწვევს მენოპაუზის შემაფოთებელი სიმპტომების წარმოქმნას. ამ თანამშრომლობამ შედეგად მოგვცა ახალი თერაპიული ვარიანტების წარმოქმნა, როგორცაა NK რეცეპტორების ანტაგონისტები, რომლებიც შეიძლება გამოიყენონ ქალებმა, რომლებიც ან არ გამოიყენებენ MHT-ს ან აქვთ უკუჩვენება MHT-ზე და ელოდებიან შედეგებს მიმდინარე კვლევებიდან, ასევე ქალებისთვის, რომელთაც ანამნეზში აქვთ ჰორმონისადმი მგრძობიარე ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომელთაც, ამ მკურნალობის, სავარაუდოდ, ყველაზე დიდი საჭიროება აქვთ.

ფარმაცოგენეტიკის გაუმჯობესებული გაგება ხელს შეუწყობს ჭეშმარიტად ინდივიდუალურ თერაპიულ ვარიანტებს მენოპაუზასთან დაკავშირებული სიმპტომების მართვისთვის და ასევე შეცვლის სარგებელი-რისკის თანაფარდობას პირველადი პრევენციის სასარგებლოდ ქალებში, რომლებიც მიჩნეულნი არიან ბუნებრივი მენოპაუზის გრძელვადიანი გართულებების განვითარების რისკის ქვეშ. საკონსულტაციო ორგანოები, როგორცაა, შეერთებული შტატების პრევენციული სერვისების სამუშაო ჯგუფი (USPSTF), ამჟამად არ უწევს რეკომენდაციას MHT-ს პირველადი პრევენციისთვის [102], მიუხედავად ძვლებისა და გულ-სისხლძარღვთა სარგებლის ხელსაყრელი მტკიცებულებებისა და მენოპაუზის ექსპერტების ხანგრძლივი კრიტიკისა [103, 104].

დასკვნები:

მენოპაუზა მნიშვნელოვანი საფეხურია ქალის ცხოვრების გზაზე და შეიძლება ჰქონდეს ევოლუციური მნიშვნელობა ჰომო საპიენსში. მიუხედავად იმისა, რომ აღიარებული ეტაპი იყო ჰიპოკრატეს დროიდან, მენოპაუზამ უფრო დიდი მნიშვნელობა მიიღო იმის გამო, რომ იგი უამრავი ქალისთვის შუახნის სტადიად იქცა და ამიტომ არ უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ დაბერების პროცესის ნაწილად.

მიუხედავად იმისა, რომ ბოლო აქცენტი გაკეთდა ქალების გაძლიერებაზე, რათა პროაქტიურად მართონ მათი მენოპაუზის უსიამოვნო სიმპტომები, ასევე მნიშვნელოვანია მენოპაუზის პოზიტიური ხედვის, როგორც ქალის ცხოვრებაში ბუნებრივი ეტაპის ხელშეწყობა და არსებული და მომავალი ჯანმრთელობის პრობლემების ხელახალი შეფასებისა და განხილვის შესაძლებლობა.

საკვერცხების აქტივობის შეწყვეტამ შეიძლება გაათავისუფლოს ქალები ციკლთან დაკავშირებული ისეთი შემაფოთებელი სიმპტომებისგან, როგორცაა PMS/PMDD, მენსტრუალური შაკიკი და მტკივნეული, ჭარბი მენსტრუაცია [105]. ეს ასევე არის შესაძლებლობა, გაათავისუფლდეთ ორსულობის შესახებ შეშფოთებისგან, რაც ქალებს სთავაზობს შესაძლებლობას, გამოიკვლიონ ახალი შესაძლებლობები თავის ცხოვრებაში.

გლობალურად, არსებობს კრიტიკული დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება მტკივნეულებზე დაფუძნებულ ინფორმაციაზე მარტივი წვდომისა და უსაფრთხო და ეფექტური მკურნალობის ვარიანტებისთვის მათთვის, ვისაც მკურნალობა ესაჭიროება. მუდმივი პროგრესი ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგში და შუახნის ასაკის ქალების განათლებაში გაუმჯობესებს არა მხოლოდ ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ ჯანმრთელობას და პროდუქტიულობას და შეამცირებს არაგადამდები დაავადებების ტვირთს, რომლებიც ჯანმრთელობის ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ოცდამეერთე საუკუნეში.

მენოპაუზის მოვლისა და განათლების გლობალურ განვითარებას ასევე შეუძლია გააქარწყლოს მცდარი წარმოდგენები და შეამციროს სტიგმა მენოპაუზისა და ზოგადად, ქალის დაბერების შესახებ, და ამით წაახალისებს უფრო მეტ ქალს, მოიძიონ დახმარება, რომელიც მათ სჭირდებათ ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციისთვის შუახნის ასაკში და მის მიღმა. ჯანდაცვის პროვაიდერებს მთელს მსოფლიოში ევალუებათ, უზრუნველყოთ დამხმარე, ინფორმაციული გარემო, სადაც ქალებს შეუძლიათ თავისუფლად განიხილონ მენოპაუზა, რადგან ის გავლენას ახდენს მათზე ინდივიდუალურად,

გამონატონ საკუთარი შეშფოთება და პრიორიტეტები და მიიღონ პერსონალური ზრუნვა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ოპტიმიზაციისთვის მათი ცხოვრების მეორე ნახევარში.

საკვანძო შენიშვნა:

მიუხედავად იმისა, რომ მენოპაუზის პირადი გამოცდილების უმეტესობა ეხება ცისგენდერ ქალებს (რომლებიც დაიბადნენ ქალებად და იდენტიფიცირდებიან, როგორც ქალები), ტრანსგენდერი მამაკაცები და ზოგიერთი ადამიანი, რომელიც არც მამაკაცად და არც ქალად არ არის იდენტიფიცირებული, ასევე განიცდის მენოპაუზას. ეს თეთრი ქალადი ეხება “ქალებს” არსებულ მონაცემებთან შესაბამისობაში, რომელიც არ ასახავს გენდერულ იდენტობას [106].

გამჟღავნების განცხადება:

N. Panay has received honoraria for advisory work and speakers' bureau from Abbott, Astellas, Bayer, Besins, Gedeon Richter, Mithra, theramex and viatris.

S.B. Ang has received honoraria and travel grants from Organon, Novo Nordisk, Pfizer and Amgen, and is the current General Secretary for the iMS.

R. cheshire has no potential conflicts of interest to report.

S.R. Goldstein reports the following current potential conflicts of interest: Astellas Pharma and Pfizer, for whom he participates on a Gynecology (GYN) Advisory Board; Bayer and Mithra, as Data and Safety Monitoring Board (DSMB); Mylan, for the clinical Adjudication committee; cook Obstetrics/Gynecology (OB/GYN), as consultant.

P. Maki is on the advisory board for Astellas and Bayer, and has equity in estrigenix, MidiHealth and Respin.

R.e. Nappi has received honoraria for advisory work and speakers' bureau from Abbott, Astellas, Bayer, Besins, exeltis, Fidia, Gedeon Richter, Merck & co, Novo Nordisk, Shionogi, theramex, viatris and vichy laboratories.

დაფინანსება:

არა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

[1] Nappi Re, Panay N, Davis SR. in search of a well-balanced narrative of the menopause momentum. *climacteric*. 2024;27(3):223–225. doi: [10.1080/13697137.2024.2339129](https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2339129).

[2] Harlow SD, Gass M, Hall Je, et al. executive summary of the Stages of Reproductive Aging workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *climacteric*. 2012;15(2):105–114. doi: [10.3109/13697137.2011.650656](https://doi.org/10.3109/13697137.2011.650656).

[3] Schoenaker DA, Jackson cA, Rowlands Jv, et al. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *int J epidemiol*. 2014;43(5):1542–1562. doi: [10.1093/ije/dyu094](https://doi.org/10.1093/ije/dyu094).

[4] Gold eB, Crawford SI, Avis Ne, et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SwAN. *Am J epidemiol*. 2013;178(1):70–83. doi: [10.1093/aje/kws421](https://doi.org/10.1093/aje/kws421).

[5] chikwati RP, Jaff NG, Mahyoodeen NG, et al. the association of menopause with cardiometabolic disease risk factors in women living with and without Hiv in sub-Saharan Africa: results from the Awi-Gen 1 study. *Maturitas*. 2024;187:108069. doi: [10.1016/j.maturitas.2024.108069](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108069).

- [6] coslov N, Richardson MK, woods NF. Symptom experience during the late reproductive stage and the menopausal transition: observations from the women living Better survey. *Menopause*. 2021;28(9):1012–1025. doi: [10.1097/GMe.0000000000001805](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000001805).
- [7] Peycheva D, Sullivan A, Hardy R, et al. Risk factors for natural menopause before the age of 45: evidence from two British population-based birth cohort studies. *BMC womens Health*. 2022;22(1):438.
- [8] Beard JR, Officer A, de carvalho iA, et al. the world report on age- ing and health: a policy framework for healthy ageing. *lancet*. 2016;387(10033):2145–2154. doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4).
- [9] Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *eur J Ageing*. 2022;19(3):775–787. doi: [10.1007/s10433-021-00679-7](https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7).
- [10] wood BM, Negrey JD, Brown JI, et al. Demographic and hormonal evidence for menopause in wild chimpanzees. *Science*. 2023; 382(6669):eadd5473. doi: [10.1126/science.add5473](https://doi.org/10.1126/science.add5473).
- [11] ellis S, Franks Dw, Nielsen MIK, et al. the evolution of menopause in toothed whales. *Nature*. 2024;627(8004):579–585. doi: [10.1038/s41586-024-07159-9](https://doi.org/10.1038/s41586-024-07159-9).
- [12] Johnstone RA, cant MA. evolution of menopause. *curr Biol*. 2019;29(4):R112–R115. doi: [10.1016/j.cub.2018.12.048](https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.12.048).
- [13] takahashi M, Singh RS, Stone J. A theory for the origin of human menopause. *Front Genet*. 2016;7:222. doi: [10.3389/fgene.2016.00222](https://doi.org/10.3389/fgene.2016.00222).
- [14] Hawkes K. Human longevity: the grandmother effect. *Nature*. 2004;428(6979):128–129. doi: [10.1038/428128a](https://doi.org/10.1038/428128a).
- [15] williams Gc. Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *evolution*. 1957;11(4):398–411. doi: [10.2307/2406060](https://doi.org/10.2307/2406060).
- [16] Shaw IM, Shaw SI. Menopause, evolution and changing cultures. *Menopause int*. 2009;15(4):175–179. doi: [10.1258/mi.2009.009044](https://doi.org/10.1258/mi.2009.009044). [17] Pliny the elder. *Natural history*. vol. 1. Rackham H, trans. cambridge (MA): Harvard University Press; 1961. p. 33.
- [18] Marinello G. the beatification of the ladies. 1562.
- [19] tilt eJ. the change of life in health and disease. A practical treatise on the nervous and other affections incidental to women at the decline of life. london: churchill; 1857.
- [20] Allen e, Doisy eA. An ovarian hormone: preliminary report on its localization, extraction and partial purification, and action in test animals. *JAMA*. 1923;81(10):819–821. doi: [10.1001/jama.1923.02650100027012](https://doi.org/10.1001/jama.1923.02650100027012).
- [21] Greer G. the change: women, ageing and the menopause. london: Bloomsbury Press; 1991.
- [22] Foxcroft I. Hot flushes, cold science: a history of the modern menopause. london: Granta Books; 2010.
- [23] writing Group for the women’s Health initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA*. 2002;288(3):321–333.
- [24] Beral v, Million women Study collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million women Study. *lancet*. 2003;362(9382):419–427.
- [25] Greendale GA, lee NP, Arriola eR. the menopause. *lancet*. 1999;353(9152):571–580. doi: [10.1016/S0140-6736\(98\)05352-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)05352-5).

- [26] Manson JE, Crandall CJ, Rossouw JE, et al. The Women's Health Initiative randomized trials and clinical practice: a review. *JAMA*. 2024;331(20):1748–1760. doi: [10.1001/jama.2024.6542](https://doi.org/10.1001/jama.2024.6542).
- [27] Miller VM, Taylor HS, Naftolin F, et al. Lessons from KeePS: the Kronos Early Estrogen Prevention Study. *Climacteric*. 2021;24(2):139–145. doi: [10.1080/13697137.2020.1804545](https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1804545).
- [28] Karim R, Xu W, Kono N, et al. Effect of menopausal hormone therapy on arterial wall echomorphology: results from the early versus late intervention trial with estradiol (elite). *Maturitas*. 2022;162:15–22. doi: [10.1016/j.maturitas.2022.02.007](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.02.007).
- [29] Schierbeck II, Rejnmark L, Tofteng CI, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ*. 2012;345(oct09 2):e6409–e6409. doi: [10.1136/bmj.e6409](https://doi.org/10.1136/bmj.e6409).
- [30] Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the e3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 2008;107(1):103–111. doi: [10.1007/s10549-007-9523-x](https://doi.org/10.1007/s10549-007-9523-x).
- [31] Panay N. Body-identical hormone replacement. *Climacteric*. 2012;15 Suppl 1:1–2. doi: [10.3109/13697137.2012.669126](https://doi.org/10.3109/13697137.2012.669126).
- [32] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet*. 2019;394(10204):1159–1168.
- [33] Boardman HM, Hartley I, Eisinga A, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(3):CD002229. doi: [10.1002/14651858.cd002229.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.cd002229.pub4).
- [34] Baber RJ, Panay N, Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109–150. doi: [10.3109/13697137.2015.1129166](https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166).
- [35] Ruth KS, Beaumont RN, Locke JM, et al. Insights into the genetics of menopausal vasomotor symptoms: genome-wide analyses of routinely-collected primary care health records. *BMC Med Genomics*. 2023;16(1):231. doi: [10.1186/s12920-023-01658-w](https://doi.org/10.1186/s12920-023-01658-w).
- [36] Islam MR, Gartoulla P, Bell RJ, et al. Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: a systematic review. *Climacteric*. 2015;18(2):157–176. doi: [10.3109/13697137.2014.937689](https://doi.org/10.3109/13697137.2014.937689).
- [37] Fang Y, Liu F, Zhang X, et al. Mapping global prevalence of menopausal symptoms among middle-aged women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1767. doi: [10.1186/s12889-024-19280-5](https://doi.org/10.1186/s12889-024-19280-5).
- [38] Lensen S, Archer D, Bell RJ, et al. A core outcome set for vasomotor symptoms associated with menopause: the cOMMA (core Outcomes in Menopause) global initiative. *Menopause*. 2021;28(8):852–858. doi: [10.1097/GME.0000000000001787](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001787).
- [39] Lensen S, Bell RJ, Carpenter JS, et al. A core outcome set for genitourinary symptoms associated with menopause: the cOMMA (core Outcomes in Menopause) global initiative. *Menopause*. 2021;28(8):859–866. doi: [10.1097/GME.0000000000001788](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001788).
- [40] Thurston RC, Vlachos HE, Derby CA, et al. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J Am Heart Assoc*. 2021;10(3):e017416.
- [41] Davis SR, Taylor S, Hemachandra C, et al. The 2023 Practitioner's Toolkit for Managing Menopause. *Climacteric*. 2023;26(6):517–536. doi: [10.1080/13697137.2023.2258783](https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2258783).

- [42] Safwan N, Saadedine M, Shufelt cl, et al. Menopause in the work- place: challenges, impact, and next steps. *Maturitas*. 2024;185:107983. doi: [10.1016/j.maturitas.2024.107983](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.107983).
- [43] Hickey M, Iacox AZ, Doust J, et al. An empowerment model for managing menopause. *lancet*. 2024;403(10430):947–957. doi: [10.1016/S0140-6736\(23\)02799-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02799-X).
- [44] Djapardy v, Panay N. Alternative and non-hormonal treatments to symptoms of menopause. *Best Pract Res clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:45–60. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2021.09.012](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.09.012).
- [45] “the 2023 Nonhormone therapy Position Statement of the North American Menopause Society” Advisory Panel. the 2023 nonhor- mone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2023;30(6):573–590.
- [46] “the 2022 Hormone therapy Position Statement of the North American Menopause Society” Advisory Panel. the 2022 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767–794.
- [47] de villiers tJ, Hall Je, Pinkerton Jv, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *climacteric*. 2016;19(4):313–315. doi: [10.1080/13697137.2016.1196047](https://doi.org/10.1080/13697137.2016.1196047).
- [48] Panay N, Anderson RA, Nappi Re, et al. Premature ovarian insuffi- ciency: an international Menopause Society white Paper. *climacteric*. 2020;23(5):426–446. doi: [10.1080/13697137.2020.1804547](https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1804547).
- [49] de villiers tJ, Goldstein SR. Update on bone health: the international Menopause Society white Paper 2021. *climacteric*. 2021;24(5):498– 504. doi: [10.1080/13697137.2021.1950967](https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1950967).
- [50] Maki PM, Jaff NG. Brain fog in menopause: a health-care profession- al’s guide for decision-making and counseling on cognition. *climacteric*. 2022;25(6):570–578. doi: [10.1080/13697137.2022.2122792](https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2122792).
- [51] Stuenkel cA. Reproductive milestones across the lifespan and car- diovascular disease risk in women. *climacteric*. 2024;27(1):5–15. doi: [10.1080/13697137.2023.2259793](https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2259793).
- [52] Rozenberg S, Panay N, Gambacciani M, et al. Breaking down barriers for prescribing and using hormone therapy for the treatment of menopausal symptoms: an experts’ perspective. *expert Rev clin Pharmacol*. 2023;16(6):507–517. doi: [10.1080/17512433.2023.2219056](https://doi.org/10.1080/17512433.2023.2219056).
- [53] Mendoza N, Ramírez i, de la viuda e, et al. eligibility criteria for Menopausal Hormone therapy (MHt): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHt in women with medical conditions. MHt eligibility criteria Group. *Maturitas*. 2022;166:65–85. doi: [10.1016/j.maturitas.2022.08.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.008).
- [54] laing A, thomas l, Hillard t, et al. exploring the potential for a set of UK hormone replacement therapy eligibility guidelines: a sug- gested proposal on the topic of venous thromboembolism. *Post Reprod Health*. 2024;30(1):39–54. doi: [10.1177/20533691231223682](https://doi.org/10.1177/20533691231223682).
- [55] vinogradova Y, coupland c, Hippisley-cox J. Use of hormone re- placement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and cPRD databases. *BMJ*. 2019;364:k4810. erratum in: *BMJ*. 2019 Jan 15;364:1162. doi: [10.1136/bmj.k4810](https://doi.org/10.1136/bmj.k4810).
- [56] Rohr UD, ehrly AM, Kuhl H. Plasma profiles of transdermal 17 beta-estradiol delivered by two different matrix patches. A four-way cross-over study in postmenopausal women. *Arzneimittelforschung*. 1997;47(6): 761–767.
- [57] vinogradova Y, coupland c, Hippisley-cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and cPRD databases. *BMJ*. 2020;371:m3873. doi: [10.1136/bmj.m3873](https://doi.org/10.1136/bmj.m3873).

- [58] Panay N, Nappi Re, Stute P, et al. Oral estradiol/micronized progesterone may be associated with lower risk of venous thromboembolism compared with conjugated equine estrogens/medroxyprogesterone acetate in real-world practice. *Maturitas*. 2023;172:23–31. doi: [10.1016/j.maturitas.2023.04.004](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.004).
- [59] Premenstrual disorders including premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tog.12848>.
- [60] Manley K, Hillard t, clark J, et al. Management of unscheduled bleeding on HRt: a joint guideline on behalf of the British Menopause Society, Royal college Obstetricians and Gynaecologists, British Gynaecological cancer Society, British Society for Gynaecological endoscopy, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal college of General Practitioners and Getting it Right First time. *Post Reprod Health*. 2024;30(2):95–116. doi: [10.1177/20533691241254413](https://doi.org/10.1177/20533691241254413).
- [61] Soares cN, Almeida OP, Joffe H, et al. efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):529–534. doi: [10.1001/archpsyc.58.6.529](https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.529).
- [62] Studd J, Panay N. Hormones and depression in women. *climacteric*. 2004;7(4):338–346. doi: [10.1080/13697130400012262](https://doi.org/10.1080/13697130400012262).
- [63] Notelovitz M, lenihan JP, McDermott M, et al. initial 17beta-estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol*. 2000;95(5):726–731. doi: [10.1097/00006250-200005000-00019](https://doi.org/10.1097/00006250-200005000-00019).
- [64] Panay N, Ylikorkala O, Archer DF, et al. Ultra-low-dose estradiol and norethisterone acetate: effective menopausal symptom relief. *climacteric*. 2007;10(2):120–131. doi: [10.1080/13697130701298107](https://doi.org/10.1080/13697130701298107).
- [65] ettinger B, ensrud Ke, wallace R, et al. effects of ultra low-dose transdermal estradiol on bone mineral density: a randomized clinical trial. *Obstet Gynecol*. 2004;104(3):443–451. doi: [10.1097/01.AOG.0000137833.43248.79](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000137833.43248.79).
- [66] Renoux c, Dell’aniello S, Garbe e, et al. transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study. *BMJ*. 2010;340(jun03 4):c2519–c2519. doi: [10.1136/bmj.c2519](https://doi.org/10.1136/bmj.c2519).
- [67] Briggs P. Possible tachyphylaxis with transdermal therapy? *Post Reprod Health*. 2019;25(2):111–112. doi: [10.1177/2053369119853123](https://doi.org/10.1177/2053369119853123). [68] Panay N, Studd J. Progestogen intolerance and compliance with hormone replacement therapy in menopausal women. *Hum Reprod Update*. 1997;3(2):159–171. doi: [10.1093/humupd/3.2.159](https://doi.org/10.1093/humupd/3.2.159). [69] Sturdee Dw, Ulrich IG, Barlow DH, et al. the endometrial response to sequential and continuous combined oestrogen-progestogen replacement therapy. *BJOG*. 2000;107(11):1392–1400. doi: [10.1111/j.1471-0528.2000.tb11654.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11654.x).
- [70] Yue w, wang J, Atkins KA, et al. effect of a tissue selective estrogen complex on breast cancer: role of unique properties of conjugated equine estrogen. *int J cancer*. 2018;143(5):1259–1268. doi: [10.1002/ijc.31401](https://doi.org/10.1002/ijc.31401).
- [71] Del Río JP, Molina S, Hidalgo-lanussa O, et al. tibolone as hormonal therapy and neuroprotective agent. *trends endocrinol Metab*. 2020;31(10):742–759. doi: [10.1016/j.tem.2020.04.007](https://doi.org/10.1016/j.tem.2020.04.007).
- [72] Sriprasert i, Mert M, Mack wJ, et al. Use of oral estradiol plus vaginal progesterone in healthy postmenopausal women. *Maturitas*. 2021;154:13–19. doi: [10.1016/j.maturitas.2021.09.002](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.09.002).
- [73] Hamoda H. British Menopause Society tools for clinicians: progestogens and endometrial protection. *Post Reprod Health*. 2022;28(1): 40–46. doi: [10.1177/20533691211058030](https://doi.org/10.1177/20533691211058030).
- [74] Santoro NA, Brown JR, Adel tO, et al. characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause. *J clin endocrinol Metab*. 1996;81(4):1495–1501. doi: [10.1210/jcem.81.4.8636357](https://doi.org/10.1210/jcem.81.4.8636357).

- [75] Santoro N, Braunstein GD, Butts cl, et al. compounded bioidenti- cal hormones in endocrinology practice: an endocrine society sci- entific statement. *J clin endocrinol Metab.* 2016;101(4):1318–1343. doi: [10.1210/jc.2016-1271](https://doi.org/10.1210/jc.2016-1271).
- [76] National Academies of Sciences, engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; committee on the clinical Utility of treating Patients with compounded Bioidentical Hormone Replacement therapy. the clinical utility of compounded bioidentical hormone therapy: a review of safety, ef- fectiveness, and use. Jackson IM, Parker RM, Mattison DR, editors. washington (Dc): National Academies Press (US); 2020.
- [77] eden JA, Hacker NF, Fortune M. three cases of endometrial can- cer associated with “bioidentical” hormone replacement therapy. *Med J Aust.* 2007;187(4):244–245. doi: [10.5694/j.1326-5377.2007.tb01210.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01210.x).
- [78] Achilli c, Pundir J, Ramanathan P, et al. efficacy and safety of trans- dermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2017;107(2):475–482.e15. doi: [10.1016/j.fertnstert.2016.10.028](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028).
- [79] islam RM, Bell RJ, Green S, et al. effects of testosterone therapy for women: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.* 2019;8(1):19. doi: [10.1186/s13643-019-0941-8](https://doi.org/10.1186/s13643-019-0941-8).
- [80] Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global consensus position state- ment on the use of testosterone therapy for women. *climacteric.* 2019;22(5):429–434. erratum in: *climacteric.* 2019 Dec;22(6):637. doi: [10.1080/13697137.2019.1637079](https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1637079).
- [81] Sultana F, Davis SR, Bell RJ, et al. Association between testosterone and cognitive performance in postmenopausal women: a system- atic review of observational studies. *climacteric.* 2023;26(1):5–14. doi: [10.1080/13697137.2022.2139600](https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2139600).
- [82] Panay N. British Menopause Society tool for clinicians: testosterone replacement in menopause. *Post Reprod Health.* 2022;28(3):158– 160. doi: [10.1177/20533691221104266](https://doi.org/10.1177/20533691221104266).
- [83] woods NF, coslov N, Richardson M. Anticipated age of perimeno- pausal experiences, stress, satisfaction, and health and well-being: observations from the women living Better Survey. *Menopause.* 2023;30(8):807–816. doi: [10.1097/GMe.0000000000002206](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000002206).
- [84] Hale Ge, Hughes cl, Burger HG, et al. Atypical estradiol secretion and ovulation patterns caused by luteal out-of-phase (IOOP) events underlying irregular ovulatory menstrual cycles in the menopausal transition. *Menopause.* 2009;16(1):50–59. doi: [10.1097/GMe.0b013e31817ee0c2](https://doi.org/10.1097/GMe.0b013e31817ee0c2).
- [85] Arjona Ferreira Jc, Migoya e. Development of relugolix combina- tion therapy as a medical treatment option for women with uter- ine fibroids or endometriosis. *F S Rep.* 2022;4(2 Suppl):73–82. doi: [10.1016/j.xfre.2022.11.010](https://doi.org/10.1016/j.xfre.2022.11.010).
- [86] Freeman ew, Sammel MD, Sanders RJ. Risk of long-term hot flash- es after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause.* 2014;21(9):924–932. doi: [10.1097/GMe.000000000000196](https://doi.org/10.1097/GMe.000000000000196).
- [87] Gartoulla P, worsley R, Bell RJ, et al. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years. *Menopause.* 2015;22(7):694–701. doi: [10.1097/GMe.000000000000383](https://doi.org/10.1097/GMe.000000000000383).
- [88] Politi Mc, Schleinitz MD, col NF. Revisiting the duration of vasomo- tor symptoms of menopause: a meta- analysis. *J Gen intern Med.* 2008;23(9):1507–1513. doi: [10.1007/s11606-008-0655-4](https://doi.org/10.1007/s11606-008-0655-4)
- [89] Maki PM, Panay N, Simon JA. Sleep disturbance associated with the menopause. *Menopause.* 2024;31(8): 724–733. doi: [10.1097/GMe.0000000000002386](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000002386).

- [90] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>.
- [91] Pinkerton Jv, Simon JA, Joffe H, Maki PM, Nappi Re, Panay N, Soares cN, thurston Rc, caetano c, Haberland c, Haseli Mashhadi N, Krahn U, Mellinger U, Parke S, Seitz c, Zuurman l. elinzanetant for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause: OASiS 1 and 2 randomized clinical trials. *JAMA*. 2024 Aug;22:e2414618. doi: [10.1001/jama.2024.14618](https://doi.org/10.1001/jama.2024.14618).
- [92] elnaga AAA, Alsaied MA, elettreby AM, Ramadan A. effectiveness and safety of fezolinetant in alleviating vasomotor symptoms linked to menopause: a systematic review and meta-analysis. *eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024 Jun;297:142–152. doi: [10.1016/j.ejogrb.2024.04.017](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.017).
- [93] Nappi Re, Palacios S, Bruyniks N, et al. the burden of vulvovaginal atrophy on women’s daily living: implications on quality of life from a face-to-face real-life survey. *Menopause*. 2019;26(5):485– 491. doi: [10.1097/GMe.0000000000001260](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000001260).
- [94] cucinella l, tiranini l, cassani c, et al. insights into the vulvar component of the genitourinary syndrome of menopause (GSM). *Maturitas*. 2024;186:108006. doi: [10.1016/j.maturitas.2024.108006](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108006).
- [95] Panay N, Anderson R, Bennie A, et al. O-111 Premature ovarian insufficiency: new data and updated guidance. *Hum Reprod*. 2024;39(Suppl_1):deae108.122. doi: [10.1093/humrep/deae108.122](https://doi.org/10.1093/humrep/deae108.122).
- [96] Santoro N, Roeca c, Peters BA, et al. the menopause transition: signs, symptoms, and management options. *J clin endocrinol Metab*. 2021;106(1):1–15. doi: [10.1210/clinem/dgaa764](https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764).
- [97] Mielke MM, Kapoor e, Geske JR, et al. long-term effects of premenopausal bilateral oophorectomy with or without hysterectomy on physical aging and chronic medical conditions. *Menopause*. 2023;30(11):1090–1097. doi: [10.1097/GMe.0000000000002254](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000002254).
- [98] Panay N, Fenton A. iatrogenic menopause following gynecological malignancy: time for action!. *climacteric*. 2016;19(1):1–2. doi: [10.3109/13697137.2015.1127640](https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1127640).
- [99] Koysombat K, Mukherjee A, Nyunt S, Pedder H, vinogradova Y, Burgin J, Dave H, comninos AN, talaulikar v, Bailey Jv, Dhillo wS, Abbara A. Factors affecting shared decision-making concerning menopausal hormone therapy. *Ann N Y Acad Sci*. 2024 Aug;1538(1):34–44. doi: [10.1111/nyas.15185](https://doi.org/10.1111/nyas.15185).
- [100] Pickar JH. conflicts of interest in government-funded studies. *climacteric*. 2015;18(3):339–342. doi: [10.3109/13697137.2015.1012154](https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1012154).
- [101] Hamoda H, Davis SR, cano A, et al. BMS, iMS, eMAS, RCOG and AMS joint statement on menopausal hormone therapy and breast cancer risk in response to eMA Pharmacovigilance Risk Assessment committee recommendations in May 2020. *Post Reprod Health*.2021;27(1):49–55. doi: [10.1177/2053369120983154](https://doi.org/10.1177/2053369120983154).
- [102] <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/menopausal-hormone-therapy-preventive-medication>.
- [103] langer RD, Simon JA, Pines A, et al. Menopausal hormone therapy for primary prevention: why the USPStF is wrong. *Menopause*. 2017;24(10):1101–1112. doi: [10.1097/GMe.0000000000000983](https://doi.org/10.1097/GMe.0000000000000983).
- [104] langer RD, Hodis HN, lobo RA, et al. Hormone replacement therapy – where are we now? *climacteric*. 2021;24(1):3–10. doi: [10.1080/13697137.2020.1851183](https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1851183).
- [105] Matina SS, Mendenhall e, cohen e. women’s experiences of menopause: a qualitative study among women in Soweto, South Africa. *Glob Public Health*. 2024;19(1):2326013. doi: [10.1080/17441692.2024.2326013](https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2326013).
- [106] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.

დანართი 1. მენოპაუზის ჰორმონული თერაპიის (MHT) გამოწერის პრინციპების შეჯამება – 5Ws

1) ვისთვის არის MHT?

● ჩვეულებრივი ჩვენებები MHT-თვის

- შემაწუხებელი ვაზომოტორული (VMS) და ვულვო-ვაგინალური ატროფიის/ მენოპაუზის პერიოდის გენიტო-ურინარული სინდრომის (GSM) სიმპტომები
- ოსტეოპოროზის პრევენცია (ზოგიერთ ქვეყანაში პირველი რიგი, ზოგ ქვეყანაში - მეორე რიგი)

● ასიმპტომატური ქალები

- MHT, უპირველეს ყოვლისა, ნაჩვენებია ასიმპტომატური ქალებისთვის
- MHT არ უნდა ჩაითვალოს “ახალგაზრდობის ელექსირად”
- MHT ამჟამად არ არის ნაჩვენები გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ან დემენციის პირველადი პროფილაქტიკისთვის ქალებში მენოპაუზის ჩვეულ ასაკში, მაგრამ მნიშვნელოვანი პრევენციული თერაპიაა საკვრცხის პირველადი უკმარისობის (POI)/ადრეული მენოპაუზის მქონე, თუნდაც უსიმპტომო ქალებისთვის

● მაღალი რისკის მქონე ქალები

- საჭიროა სარგებელი-რისკის ბალანსის ფრთხილი კონსულტირება, როგორც ნებისმიერი სხვა მედიკამენტის შემთხვევაში
- “მიღებული რისკის” განმარტება განსხვავდება - საჭიროა რეცეპტის პერსონალიზაცია
- სასარგებლო იქნება სამედიცინო დასაშვებობის კრიტერიუმების მუდმივი შემუშავება (როგორც კონტრაცეფციის შემთხვევაში)

2) რა ტიპის და დოზის MHT?

● ესტროგენის ტიპი

- არ არსებობს მტკიცებულება, რომ საჭიროა ადამიანის ოთხი ესტროგენის (ესტრონი, ესტრადიოლი, ესტრიოლი, ესტეტროლი) ზუსტი თანაფარდობის გამოორება
- ესტროგენების უმეტესობა შეამსუბუქებს VMS-ს და VVA/GSM-ს, თუ გამოიყენება საკმარისი დოზებით
- მიუხედავად ბიოლოგიური განსხვავებებისა ესტროგენის ტიპებს შორის MHT-ში, მცირე მტკიცებულებაა კლინიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებების შესახებ ეფექტურობასა და უსაფრთხოებაში
- მიწოდების გზას (ანუ პერორალური და არაორალური) აქვს კარდიო-მეტაბოლური მნიშვნელობა (მაგ: არ არის ვენური თრომბოემბოლიზმის [VTE] რისკი ტრანსდერმალური ესტროგენის გამოყენების შემთხვევაში)
- მენოპაუზის ჩვეულ ასაკში, ჯანმრთელ ქალებს შეუძლიათ მიიღონ პერორალური MHT, თუ ისინი არჩევენ ამ ფორმას ან თუ მათთან არ არის სათანადო აბოსორბცია ან არიან ალერგიული ტრანსდერმალური ესტროგენების მიმართ

● პროექტოგენის ტიპი

- პროექტოგენების პირველადი ჩვენება MHT-ში არის ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის/კიბოს პრევენცია
- პროექტოგენების უმეტესობა ამას აღწევს, თუ გამოიყენება საკმარისი დოზით/ ხანგრძლივობით
- არსებობს განსხვავებები პროექტოგენების ტოლერანტობასა და უსაფრთხოებაში, რაც გასათვალისწინებელია MHT-ის დანიშვნისას
- სხეულის-იდენტური პროექტოგენი და სხეულის მსგავსი პროექტოგენები (მაგ: დიდროგესტერონი) ნაკლებად უარყოფით გავლენას ახდენენ კარდიო-მეტაბოლურ და სარძევე ჯირკვლის რისკის მარკერებზე, ვიდრე ანდროგენული პროექტოგენები

● ესტროგენის და პროექტოგენის დოზები

- MHT-ის დანიშვნა უნდა მოხდეს მინიმალური სრულად ეფექტური დოზებით, მაქსიმალური სარგებლის მისაღწევად მინიმალური გვერდითი ეფექტებით
- თუ ესტროგენის დოზა იზრდება არაფიქსირებული დოზით MHT-ის ფორმულირებებით, პროექტოგენის დოზა ასევე უნდა გაიზარდოს ენდომეტრიუმის ადექვატური დაცვის შესანარჩუნებლად
- პროექტოგენის მიმართ არატოლერანტობის მქონე ქალებში შეიძლება საჭირო გახდეს უფრო დაბალი დოზისა და ხანგრძლივობის გამოყენება - სავალდებულოა ენდომეტრიუმის მეთვალყურეობა ულტრაბგერით ± ჰისტეროსკოპიით ± ენდომეტრიუმის ბიოფსიით
- სხვა ვარიანტები (შეიძლება არ იყოს ლიცენზირებული / მიუწვდომელი ზოგიერთ ქვეყანაში) მოიცავს ვაგინალურ პროექტერონს, ლევონორგესტრელის შემცველ საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობას და ორალურ ქსოვილოვან სელექციურ ესტროგენულ კომპლექსს (TSEC) (კონიუგირებული ექუაინ ესტროგენები [CEE] / ბაზედოქსიფენი)

● MHT-ის მონიტორინგი

- მენოპაუზის ჩვეულ ასაკში ქალებში MHT-ის დასაწყებად ან მონიტორინგისთვის არ არის საჭირო ჰორმონების პროფილების რუტინული განსაზღვრა
- ჰორმონალური პროფილები შეიძლება სასარგებლო იყოს შემდეგ გარემოებებში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ რეჟიმის შეცვლა უკვე განხორციელდა:
- სიმპტომების არაადეკვატური შემსუბუქება MHT-ის დაწყებიდან/შეცვლიდან 12 კვირის შემდეგ
- მუდმივი არასასურველი ეფექტები MHT-ის დაწყებიდან/შეცვლიდან 12 კვირის შემდეგ
- MHT-ის გამოყენება POI/ადრეული მენოპაუზის დროს განსაკუთრებით ეფექტურობის პრობლემების/გვერდითი ეფექტების ან ოსტეოპენიის/ ოსტეოპოროზის შესახებ შემფოთების შემთხვევაში
- შენიშვნა: ესტრადიოლის დონე ყველაზე მეტად წარმოადგენს ტრანსდერმალურ ესტროგენოთერაპიაზე ზემოქმედებას, რომელიც იზომება მასის სპექტრომეტრიის ტექნიკით, სადაც ეს შესაძლებელია

● შერეული ბიოიდენტური ჰორმონალური თერაპია

- მორგებული შერეული ბიოიდენტური ჰორმონალური თერაპია არ არის რეკომენდებული რეგულირების, მკაცრი უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის მკაცრი ტესტირების, სერიული სტანდარტიზაციისა და სისუფთავის ზომების გამო
- შერეული ბიოიდენტური ჰორმონალური თერაპიის კოტენციური სარგებელი შეიძლება მიღწეული იქნას ჩვეულებრივი რეგულირებადი სხეულისთვის იდენტური MHT-ით, რომელიც მკაცრად არის შემოწმებული ეფექტურობისა და უსაფრთხოების კუთხით

● ტესტოსტერონი

- ტესტოსტერონი არის ქალის მნიშვნელოვანი ჰორმონი, რომლის დონე ბუნებრივად იკლებს ქალის ცხოვრების განმავლობაში
- ქალებში ტესტოსტერონის ჩანაცვლების პირველადი ჩვენება არის ჰიპოაქტიური სექსუალური ლტოლვის დარღვევა (HSDD) - შემაშფოთებელი დაბალი ლიბიდო
- სხვა სიმპტომების (მაგ: შემეცნება, გუნება-განწყობა) სარგებელი არ არის დადგენილი კვლევის მონაცემების საფუძველზე და არ უნდა იყოს პირველადი ჩვენება გამოწერისთვის
- ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომა უნდა იქნას გამოყენებული HSDD-ის დიაგნოსტიკისა და დანიშნულების გაცემისთვის, გლობალური კონსენსუსის განცხადების მიხედვით
- ტესტოსტერონის პრეპარატები რჩება ლიცენზირების გარეშე ქალებისთვის ქვეყნების უმეტესობაში, რაც მოითხოვს მამრობითი სქესისთვის განკუთვნილი პრეპარატების ტიტრაციის დაქვეითებას, როგორებიცაა გელები (ჩვეულებრივ, მამაკაცების დოზის 1/10)

3) როდის უნდა დაიწყოს და შეწყდეს MHT?

● საკვერცხის ნაადრევი უკმარისობა / ადრეული მენოპაუზა

- ჰორმონალური თერაპია (MHT ან კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები [COCs]) უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე POI-ს დიაგნოზის დადგენის შემდეგ / ადრეული მენოპაუზის შემდეგ, თუ ეს არ არის უკუნაჩვენები
- ადრეული მკურნალობის დაწყება ადადგენს ცხოვრების ხარისხს და ამცირებს ჯანმრთელობის გრძელვადიანი რისკების განვითარების რისკს (ოსტეოპოროზი / კარდიო-ვასკულარული დაავადება / დემენცია)
- მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს, სულ მცირე, მენოპაუზის ჩვეულო ასაკამდე და MHT-ის პერსონალიზებულ გაგრძელებამდე, რომელიც განიხილება ამ ყოველივეს შემდგომ სარგებელი-რისკის შეფასების საფუძველზე

● პრემენოპაუზა / პერიმენოპაუზა

- MHT ამჟამად ნაჩვენებია ქალებისთვის მენოპაუზის/გვიანი პერიმენოპაუზის დროს
- მენოპაუზასთან დაკავშირებული სიმპტომები ხშირად იწყება პრემენოპაუზის ან ადრეული პერიმენოპაუზის დროს

- ამ ქალებში, MHT შეიძლება გამოყენებული იქნას ეტიკეტის მიღმა, მაგრამ, შესაძლოა, იყოს გვერდითი ეფექტების განვითარების უფრო მაღალი სიხშირე ენდოგენური ესტროგენის წყვეტილი პროდუცირების გამო
- COCs შეიძლება გამოყენებული იქნას ქალებში, რომლებსაც ასაკის გარდა არ აქვთ სხვა უკუჩვენებები; ახალ ესტრადიოლის და ესტეტროლის შემცველ COCs-ებს შესაძლოა ჰქონდეს VTE-ს განვითარების ნაკლები რისკები
- ურგენტულად საჭიროა კვლევები პრემენოპაუზის/პერიმენოპაუზის მკურნალობის ახალ მიდგომებთან დაკავშირებით

● **ხანდაზმული პოსტმენოპაუზალური ქალები (≥60 წელი)**

- MHT-ის რუტინული დაწყება 60 წლის შემდეგ არ არის რეკომენდებული პოტენციურად გაზრდილი რისკების გამო (მაგ: VTE ორალური MHT-ის გამოყენების შემთხვევაში, ინსულტი)
- MHT-ის გამოყენება ოსტეოპოროზის სამკურნალოდ ≥60 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში არ არის რეკომენდებული, როგორც პირველი რიგის ვარიანტი
- მისაღებია პერსონალიზებული დანიშვნა, რომელიც დაფუძნებულია სარგებელი-რისკის შეფასებაზე, განსაკუთრებით ქალებში პერსისტენტული VMS-ით
- VVA/GSM სიმპტომების მკურნალობა ადგილობრივი ესტროგენებით რეკომენდებულია ამ ასაკობრივ ჯგუფში და არ არის უკუნაჩვენები

● **როდის უნდა შეწყდეს MHT?**

- თვითნებური ლიმიტები (მაგ: 5 წელი) არ უნდა დაწესდეს MHT-ის გამოყენების ხანგრძლივობაზე
- უნდა იყოს გამოყენებული პერსონალიზებული მიდგომა, რაც ქალებს აძლევს უფლებას, მიიღონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინდივიდუალური გადაწყვეტილება
- MHT-ის მუდმივი გამოყენება, ვიდრე MHT-ის დაწყება ≥60 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში, შეიძლება ასოცირებული იყოს უფრო ხელსაყრელ რისკ-სარგებლის პროფილთან გულ-სისხლძარღვთა/VTE მოვლენებისთვის

4) რატომ არის MHT მნიშვნელოვანი?

● **ხდება მენოპაუზის ზედმეტად მედიკალიზაცია?**

- მენოპაუზა სულაც არ საჭიროებს მკურნალობას გარდა, ცნოვრების წესის ოპტიმიზაციისა, დიეტისა, ვარჯიშისა და ა.შ.
- თუმცა, მენოპაუზასთან დაკავშირებული შემაშფოთებელი სიმპტომები და რისკები უნდა იყოს პროაქტიურად იდენტიფიცირებული და მიმართულება-მიცემული ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ
- MHT-ით და სამკურნალო ალტერნატივებით მკურნალობა ყოველთვის უნდა იყოს დაფუძნებული ჯანმრთელობის ოპტიმიზაციის ღონისძიებებით და სასაუბრო თერაპიებით, თუ მითითებულია
- გლობალურად “მენოპაუზის შემოწმების” რუტინულმა უზრუნველყოფამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ტანჯვის შემცირებას და არაგადამდები დაავადებების შემთხვევების შემცირებას პრობლემების ადრეული გამოვლენით სკრინინგის

მეშვეობით, განსაკუთრებით იმის გამო, რომ VMS დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების გაზრდილ რისკთან

- მენოპაუზის საერთაშორისო საზოგადოების (IMS) ხედვა არის ის, რომ მთელს მსოფლიოში ყველა ქალს ექნება მარტივი და თანაბარი წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ცოდნასა და ჯანდაცვაზე, რაც მათ მისცემს შესაძლებლობას, გააკეთონ სრულად ინფორმირებული არჩევანი შუახნის ასაკში

● არა-ჰორმონალური ვარიანტების როლი

- რაც უფრო ფართოა მკურნალობის ვარიანტების შეიარაღება, მით უფრო ადვილია მენოპაუზის მართვის ინდივიდუალიზაცია
- ქალებს, რომლებიც ირჩევენ, არ გამოიყენონ ჰორმონალური თერაპია ან რომელთაც აქვთ სიმპტომების არასაკმარისი შემსუბუქება/პერსონალური სიმპტომები ცხოვრების გვიან პერიოდში/გვერდითი ეფექტები/უკუჩვენებები MHT-ზე, უნდა შეეძლოთ, აირჩიონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული არაჰორმონალური ვარიანტები
- სეროტონინის რეცეპტორების სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRIs)/სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის რეცეპტორების უკუმიტაცების ინჰიბიტორები (SNRIs) არ უნდა იქნას გამოყენებული რეგულარულად VMS-ის სამკურნალოდ ქალებში, რომელთაც აქვთ უკუჩვენებები MHT-ზე
- ხელმისაწვდომობა სასაუბრო თერაპიებზე, მაგ: შემეცნებითი ქცევითი თერაპია/ჰიპნოთერაპია, საჭროა გაუმჯობესდეს უმეტეს ქვეყნებში
- არაჰორმონალური ვარიანტების მუდმივი განვითარება და წვდომა VMS-ის მითითებით, მაგ: ნეიროკინინის (NK) რეცეპტორების ანტაგონისტები, აუცილებელია თერაპიული არჩევანის გასაფართოებლად

● დაუკმაყოფილებელი საჭიროების თერაპიული სფეროები

- მენოპაუზის გაუმჯობესებული ინფორმირებულობის მიუხედავად რჩება დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების სფეროები. ეს მოიცავს შემდეგს:
- VVA/GSM - სიმპტომები გავლენას ახდენს პოსტმენოპაუზალური პოპულაციის 50%-ზე მეტზე და მაინც, მხოლოდ უმცირესობა ღებულობს ტოპიკალურ MHT-ს, რის გამოც ქალები “იტანჯებიან ჩუმად”
- POI/ადრეული მენოპაუზა - უფრო მაღალი პრევალენტობა, ვიდრე თავდაპირველად ეგონათ (POI 4%-მდე, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში [LMICs]); ბევრჯერ ჯერ კიდევ ძალიან გვიან ან საერთოდ არ ვლინდება, რომელ სტადიაზე წარმოიშვა თავიდან აცილებადი გართულებები და იწვევს უფრო მეტ პრობლემას
- პერიმენოპაუზა - სიმპტომები ხშირი და შემაშფოთებელია, მაგრამ ჰორმონალური თერაპია უფრო რთულია ჰორმონების დონის ცვალებადობის გამო და ამიტომ არ არის მცდელობა, მიუხედავად იმისა, რომ ეს შეიძლება იყოს
- იატროგენული მენოპაუზის გამო, გამოწვეული:
 - კუთილოთვისებიანი მიზეზებით/არა-ჰორმონ-სამოკიდებელი კიბოთი - MHT, ჩვეულებრივ, შეიძლება დაინიშნოს, მაგრამ ხშირად უგულვებლყოფილია, რაც იწვევს ტანჯვას და არასაჭირო არაგადამდები დაავადებების განვითარებას (NCDS)

- ჰორმონ-დამოკიდებული ავთვისებიანი სიმსივნით - MHT-ისა და არაჰორმონალური ვარიანტების სარგებელი-რისკის ბალანსი პროაქტიურად უნდა განიხილებოდეს

5) სად შეიძლება წვდომა MHT-ზე?

● MHT-ზე წვდომა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში

- ქალებს ბევრ ქვეყანაში, განსაკუთრებით LMICs-ში, აქვთ მცირე წვდომა ან საერთოდ არ აქვთ წვდომა MHT-ზე და მენოპაუზის მართვის ალტერნატიულ ვარიანტებზე - ეს სიტუაცია უნდა გაუმჯობესდეს
- მენოპაუზის ეროვნული და საერთაშორისო საზოგადოებები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ მენოპაუზისა და MHT-ის შესახებ ინფორმირებულობისა და განათლების უზრუნველყოფის საქმეში - ამის მიღწევა შესაძლებელია თარგმნილი გაიდლაინებით/ონლაინ საგანმანათლებლო ინსტრუმენტებით/აპლიკაციებით/ხელოვნური ინტელექტით (AI) და ა.შ.
- მენოპაუზის გაუმჯობესებული ჯანდაცვის უზრუნველყოფა არსებითია გლობალური დაბერებისა და არაგადამდები დაავადებების პანდემიის გათვალისწინებით გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ჯანსაღი დაბერების ათწლეულში “სოციალური და პოლიტიკური ზეგავლენების” გავლენით MHT-ზე
- დეზინფორმაციამ, დისინფორმაციამ სოციალურ და სხვა მედიაში შესაძლოა გამოიწვიოს ქალების დაბნეულობა და ნაკლები მიმღებლობა მენოპაუზასა და MHT-თან დაკავშირებით
- MHT-ის პოტენციური სარგებლისა და რისკების შესახებ მოლოდინი ხშირად არ ემთხვევა რეალობას და შეიძლება გამოიწვიოს იმედგაცრუება MHT-ის მომხმარებლებისთვის
- მთავრობებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებს (HCPs) და ზოგადად, საზოგადოებას ეკისრებათ ზრუნვა, რომ სრულად აცნობონ ქალებს მენოპაუზის შესახებ, რათა მათ უფლება მისცენ, გააკეთონ სწორი არჩევანი
- შესაბამის მენოპაუზის/MHT-ის რჩევებს ექნება როგორც სოციალური, ასევე პირადი სარგებელი:
 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ტვირთის შემცირებაზე
 - სამუშაო ადგილებზე ეფექტურობისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესებაზე

შენიშვნები:

- (1) გთხოვთ იხილოთ სრული ხელნაწერი MHT-ის ტიპებთან, დოზებთან, სქემებთან, მითითებებთან და ა.შ. დაკავშირებით უფრო დეტალურად
- (2) ბმული IMS-ისა (<https://imsociety.org>) და მენოპაუზის შესახებ ინფორმაციის (<https://menopauseinfo.org>) ვებსაიტებზე
- (3) პროგნოსტიკები = პროგნოსტიკონი და სინთეზური პროგნოსტიკები

დოკუმენტი ქართულ ენაზე მომზადებულია საქართველოს რეპროდუქციული ენდოკრინოლოგიის ასოციაციის (GREA) მიერ

