

МЕНОПАУЗА: ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ГОРМОНАЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Январова Жасмин Яшин кизи

студент 606 группы лечебного факультета-1

Закирова Нодира Исламовна

профессор кафедры 1- Акушерства и Гинекологии

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г.

Самарканд, Узбекистан

Аннотация: Гормональная терапия менопаузы (МГТ) является наиболее эффективным методом лечения симптомов острого климактерического синдрома и эффективной профилактики долгосрочного дефицита эстрогена. Вагинальное введение низких доз эстрогена является терапией выбора для лечения и профилактики урогенитальной атрофии и ее последствий. Системное лечение может включать эстроген, но не менее эффективной альтернативой является тиболон. Негормональная терапия основана на фитоэстрогенах, экстракте черного кохоша и ингибиторах обратного захвата серотонина.

Актуальность: Обширная климактерическая симптоматика распадается на соматические (вегетативные) симптомы (вазомоторные расстройства, психические расстройства), органические симптомы (изменения кожи, урогенитальные изменения, изменения веса) и метаболические симптомы (изменения липидного спектра, атеросклероз, остеопороз). Фармакотерапия может быть разделена на гормональную и негормональную терапию. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ), или заместительная гормональная терапия (ЗГТ), состоит из группы препаратов с половыми гормонами, назначаемых в случаях низкого уровня эстрогенов. Терапия только эстрогенами обозначается как заместительная терапия эстрогенами (ЗТЭ, ERT). Для комбинации эстрогенов и прогестагенов используется термин эстроген-прогестагеновая терапия (ЭПТ). Целесообразно различать их из-за существенных различий в соотношении пользы и риска. Терапевтическое назначение эстрогенов приводит к устранению практически всех климактерических симптомов. Их прием является эффективной стратегией для долгосрочной профилактики дефицита эстрогена, а также некоторых других заболеваний, где прямая связь неочевидна.[1]

Ключевые слова: атрофический вагинит, климактерический синдром, гормональная терапия менопаузы.

Материалы и методы исследования: Эстрогены можно вводить перорально, трансдермально, чрескожно, внутримышечно, интраназально,

подкожно или местно (вагинально) с дозами и временем, подобранными для каждого пациента.

Трансдермальное введение предпочтительно в случае непереносимости перорального лечения, изменения функции печени, гипертриглицеридемии, сахарного диабета и в случае риска тромбоемболического заболевания. Этот путь введения обходит эффект первого прохождения, наблюдаемый при пероральном пути введения, и возникающую нагрузку на клетки печени, обеспечивает лучшую биодоступность и способствует долгосрочному балансу уровней эстрогенов и физиологическому соотношению уровней эстрадиола и эстрогена.

Новейший метод применения — это дозированный трансдермальный спрей (EMDTS). В одном из недавних исследований сывороточные уровни эстрадиола, эстрогена и эстрогена сульфата увеличивались с количеством доз EMDTS 1,53 мг у женщин с симптоматической менопаузой.[3] Максимальные уровни составляли 36 пг/мл эстрадиола и 50 пг/мл эстрогена после одной затяжки и 54 пг/мл и 71 пг/мл после трех затяжек. Максимальная концентрация эстрадиола достигалась через 18–20 часов после нанесения. Стабильный уровень достигался на 7–8-й день нанесения. Трансдермальный спрей эстрогена сочетает в себе преимущества безопасности трансдермального нанесения с возможностью точного дозирования.[3]

ET предназначен для женщин без матки. Женщинам с интактной маткой вводятся смеси эстрогена и прогестагена, а режим их применения состоит из постоянного введения или циклического введения в течение 21 дня с 7-дневным перерывом. Стандартные и низкие дозы эстрогенов обладают митогенной активностью для клеток эндометрия; поэтому их необходимо назначать в сочетании с прогестинами женщинам с интактной маткой. Прогестины, назначаемые непрерывно или последовательно в течение 10–14 дней во второй половине цикла, вызывают рост эндометрия и, таким образом, также псевдоменструальное кровотечение. Используемый прогестин влияет на клинические и метаболические эффекты препарата. На практике микронизированный прогестерон и дидрогестерон, по-видимому, имеют наиболее благоприятный профиль безопасности из всех прогестагенов. ВМС-ЛНГ оказывает локальное воздействие на эндометрий с минимальными системными эффектами.[4]

Результаты исследования: Женщинам, которые опасаются гормональной терапии, можно назначать препараты с гиалуроновой кислотой или прастероном для улучшения трофического состояния влагалища.[5] Существуют некоторые неконтролируемые исследования по использованию фракционного лазера CO₂ или эрбиевого лазера.[6]

Вагинальные увлажнители и лубриканты обычно используются в качестве симптоматической помощи при половом акте в пожилом возрасте.

Трофический эффект эстрогенов, вводимых вагинально, незаменим при лечении атрофии влагалища. Его можно использовать в качестве индивидуальной терапии или в комбинации у женщин, для которых общее назначение системной МГТ или тиболона было бы недостаточным.

Общие тенденции — индивидуализация, минимизация дозы и раннее начало терапии. При соблюдении этих правил преимущества терапии будут преобладать над ее рисками.

Существуют негормональные и нефармакологические альтернативы для лечения острого климактерического синдрома — хотя они могут иметь лучший профиль безопасности, они менее эффективны. Фармакотерапию следует рассматривать лишь как один из столпов комплексной помощи стареющим женщинам в период менопаузы.[2]

Выводы: Менопаузальная гормональная терапия по-прежнему остается доминирующим терапевтическим методом в климактерической медицине. Основным медицинским навыком является умение выбрать оптимальный препарат МГТ для данного пациента. Такой выбор основан на понимании различных клинических и метаболических эффектов МГТ в зависимости от состава, дозировки и способа применения.

Использованная литература:

1. Archer DF, Baber RJ, Barlow D и др. Обновленные рекомендации IMS по постменопаузальной гормональной терапии и профилактическим стратегиям для здоровья в среднем возрасте. *Climacteric*. 2011;14:302–320.
2. Tomas Fait.
3. Menopause hormone therapy: latest developments and clinical practice. 2019 Jan 2;8:212551.
4. Fait T, Fialova A, Pastor Z. The use of estradiol metered-dose transdermal spray in clinical practice. *Climacteric*. 2018;21(6):1–5.
5. Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O. Breast cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestogen therapy. *Obstet Gynecol*. 2009;113(1):65–73.
6. Archer DF, Labrie F, Bouchard C, et al. Treatment of pain at sexual activity (dyspareunia) with intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone) Menopause. 2015;22:650–663.
7. Rabley A, O’Shea T, Terry R, et al. Laser therapy for genitourinary syndrome of menopause. *Curr Urol Rep*. 2018;19(10):83.