Выпуск 12.9: Менопаузальная гормональная терапия

29.10.26

ОРИГИНАЛ

Episode 12.9: Menopause Hormone Therapy

Системная менопаузальная гормональная терапия (МГТ) получила статус **первой линии лечения вазомоторных симптомов** в новых рекомендациях Американской коллегии врачей (ACP). При сохранённой матке эстроген сочетают с прогестагеном для защиты эндометрия; после гистерэктомии обычно достаточно эстрогена. Обновлённые рекомендации Американской коллегии акушеров и гинекологов (ACOG) поддерживают тот же подход при отсутствии противопоказаний.

Выбор МГТ и границы безопасности

Прогестаген нужен прежде всего для защиты эндометрия. Его рутинное добавление после гистерэктомии ради улучшения сна не соответствует разобранным рекомендациям. При непереносимости прогестагенов альтернативой служит комбинация конъюгированных эстрогенов с базедоксифеном, селективным модулятором эстрогеновых рецепторов, обеспечивающим защиту эндометрия.

Начало МГТ предпочтительно **до 60 лет или в пределах 10 лет после естественной менопаузы**. При более позднем начале соотношение пользы и риска меняется. Единого обязательного срока прекращения лечения нет; решение принимают совместно с пациенткой.

Среди противопоказаний к системной МГТ перечислены:

- необъяснённое аномальное кровотечение;
- рак молочной железы, эндометрия, саркома матки и отдельные гистологические типы опухолей яичников в анамнезе;
- ИБС, перенесённые инфаркт или инсульт, венозная тромбоэмболия, известная тромбофилия;
- нарушение функции печени и беременность.

Стойкое или внеплановое кровотечение требует обследования. В выпуске выделены кровотечение, впервые возникшее спустя более 3 месяцев после начала МГТ, и кровотечение, начавшееся одновременно с лечением, но сохраняющееся более 6 месяцев.

Трансдермальный путь не отменяет противопоказаний

Меньший риск редких осложнений при трансдермальном введении по сравнению с пероральным **не подтверждён достаточно надёжными сравнительными данными**. В разобранных исследованиях мало случаев венозной тромбоэмболии, инсульта и рака молочной железы; испытания обычно не предназначались для оценки этих исходов.

Обход первого прохождения через печень представляет механистическое объяснение возможных различий, но не заменяет клинических данных. Предполагаемая безопасность пластыря не обосновывает назначение системного эстрогена пациентке с противопоказаниями.

Негормональные варианты

ACP и ACOG несколько различаются в последовательности назначения:

- **ACP:** при противопоказаниях или непереносимости МГТ второй линией служат ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), например венлафаксин. Третья линия включает селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), габапентин и антагонисты нейрокининовых рецепторов.
- **ACOG:** СИОЗС, СИОЗСН и антагонисты нейрокининовых рецепторов рассматриваются как варианты выбора; габапентин применяется после неудачи перечисленных негормональных средств.

На более позднее место антагонистов нейрокининовых рецепторов в рекомендациях ACP повлияла в том числе стоимость при отсутствии убедительного преимущества перед более дешёвыми средствами.

Доступные данные не подтверждают эффективность фитоэстрогенов и растительных добавок при менопаузальных симптомах.

Сон и депрессивные симптомы

МГТ применяется при нарушениях сна, связанных с вазомоторными симптомами. Её польза при бессоннице без такой связи остаётся неопределённой. Сонливость на фоне микронизированного прогестерона или медроксипрогестерона ацетата может улучшать субъективный сон, но одновременно становиться причиной непереносимости.

Для назначения МГТ именно против менопаузальных депрессивных симптомов данных недостаточно. В постменопаузе она не продемонстрировала превосходства над плацебо при лечении депрессии. Большое депрессивное расстройство или преобладание

депрессивных симптомов требуют подхода, предусмотренного рекомендациями по депрессии.

Когнитивно-поведенческая терапия и практики осознанности рассматриваются для нарушений сна и настроения. Доказательства для ряда других немедикаментозных вмешательств имеют низкое качество.

Перименопауза: контрацепция и лабораторные исследования

В статье *Hormonal Options for Perimenopause: A Clinician Toolkit*, обсуждаемой в выпуске, разграничены два подхода.

Гормональная контрацепция подавляет функцию яичников, обеспечивает контрацепцию и помогает контролировать кровотечения и симптомы. МГТ дополняет эстрогенное воздействие, но не обеспечивает надёжного подавления овуляции или контрацепции. Она может подходить при поздней перименопаузе с гипоэстрогенными симптомами, когда контрацепция и подавление менструаций не нужны.

Рутинное определение гормонов не требуется для диагностики типичной перименопаузы или подбора МГТ. Антимюллеров гормон, исследования слюны, мочи и высушенной мочи не рекомендуются для этих целей. Анализы крови имеют ограниченную роль при диагностической неопределённости, например после гистерэктомии, когда нельзя ориентироваться на менструальный анамнез.

Тестостерон и недоказанные схемы

Доказательная поддержка тестостерона ограничена узкой группой пациенток со сниженным половым влечением, преимущественно после менопаузы. Применение против утомляемости, когнитивных жалоб или увеличения массы тела такой поддержки не имеет.

В выпуске приведён ретроспективный анализ, представленный на конгрессе Menopause Society: терапия тестостероном ассоциировалась с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, с отношением рисков 8 через 5 лет и 11 через 10 лет. Это наблюдательные данные, а не установленный причинный эффект. Супрафизиологические дозы также сопряжены с андрогенизацией, включая рост волос на лице и выпадение волос на голове.

Признаками недоказанного подхода названы обещания омоложения и лечения множества заболеваний гормонами, подбор доз по рутинным гормональным панелям, стандартное применение экстемпоральных смесей и имплантатов-пеллет, а также широкое назначение высоких доз тестостерона.

📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **МГТ занимает первую линию при вазомоторных симптомах.** При сохранённой матке эстроген требует защиты эндометрия прогестагеном; после гистерэктомии обычно

применяется самостоятельно.

2. **Путь введения не отменяет противопоказаний.** Более высокая безопасность трансдермального эстрогена в отношении редких осложнений остаётся недостаточно доказанной.

3. **Негормональные средства имеют установленное место.** ACP отдаёт вторую линию СИОЗСН; ACOG допускает выбор между СИОЗС, СИОЗСН и антагонистами нейрокининовых рецепторов.

4. **Польза для сна связана прежде всего с вазомоторными симптомами.** МГТ не заменяет лечение самостоятельной бессонницы или большого депрессивного расстройства.

5. **МГТ не обеспечивает контрацепцию.** В перименопаузе гормональная контрацепция и МГТ решают разные задачи.

6. **Рутинные гормональные панели не определяют лечение.** Анализы слюны, мочи и антимюллерова гормона не служат основой диагностики перименопаузы или подбора МГТ.

7. **Показания к тестостерону ограничены.** Улучшение самочувствия на высоких дозах не подтверждает безопасность; обсуждаемые сердечно-сосудистые риски основаны на ретроспективных данных.