



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург · 25 июня 2026 г.

КАРДИОЛОГИЯ НА СТЫКЕ СФЕР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ: ФОКУС НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ

Дора Светлана Владимировна

- профессор кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. академика Г.Ф. Ланга, д.м.н.
- заместитель главного врача по медицинской части ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Сердечно-сосудистые заболевания — ведущая причина смертности женщин в постменопаузе
- **Утрата кардиопротективного эффекта эстрогенов после наступления менопаузы**
- Рост интереса к МГТ и необходимость доказательного подхода для кардиологов

Ежегодные показатели смертности от болезней системы кровообращения в мире 17,9 млн. человек — 32% от всех случаев смертности, 2019г





МЕНОПАУЗА – ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ НАШЕЙ СТРАНЫ



30 000 000

женщин >45 лет на территории РФ²



≥ 1 000 000

женщин РФ вступает в менопаузу ежегодно²

51 год

средний возраст
наступления менопаузы

1/3

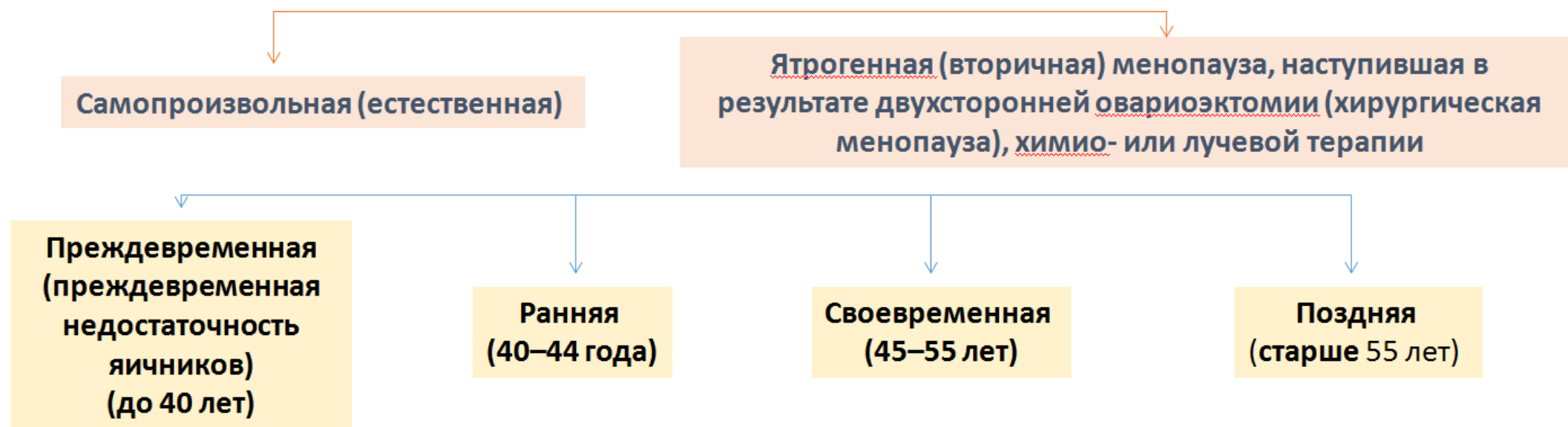
ЖИЗНИ

женщина проведет в
менопаузе

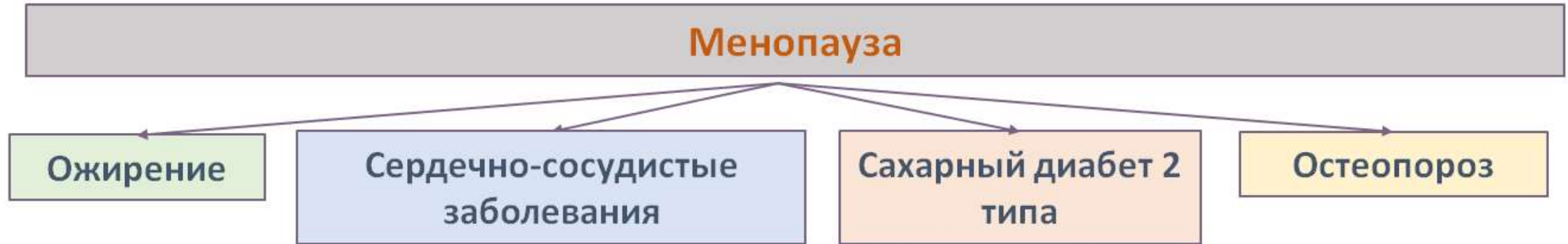


МЕНОПАУЗА – ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ТИПЫ

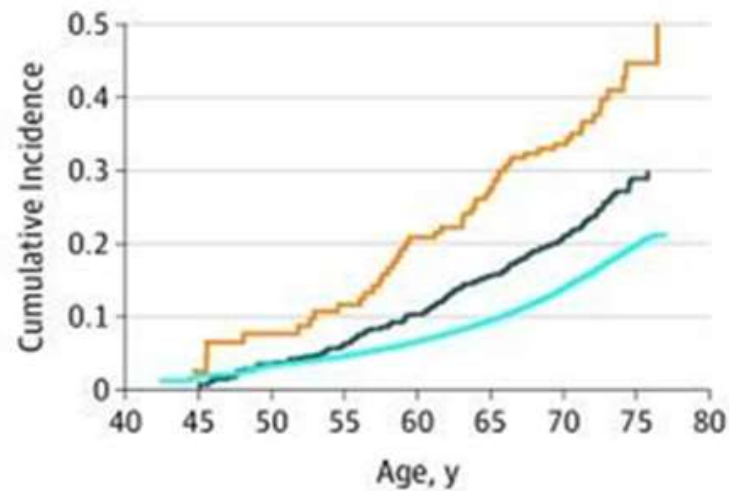
Менопауза определяется как последняя самостоятельная менструация (ПМ). Естественная менопауза отражает окончательное прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Является ретроспективным клиническим диагнозом, устанавливается после 12 последовательных месяцев отсутствия менструаций (аменореи).



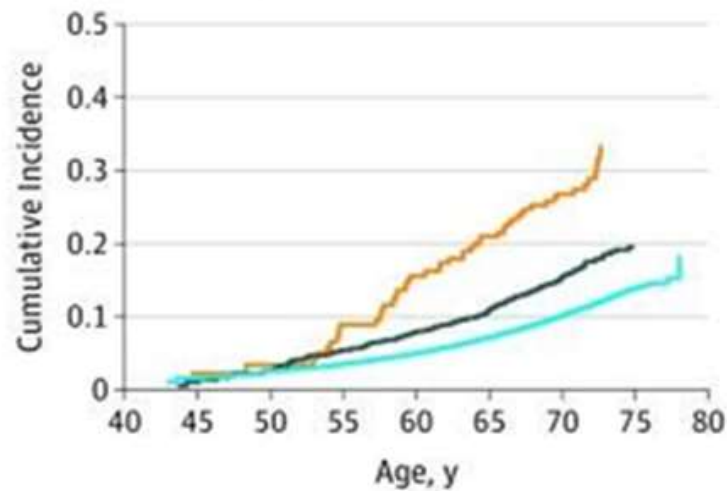
КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ МЕНОПАУЗЕ



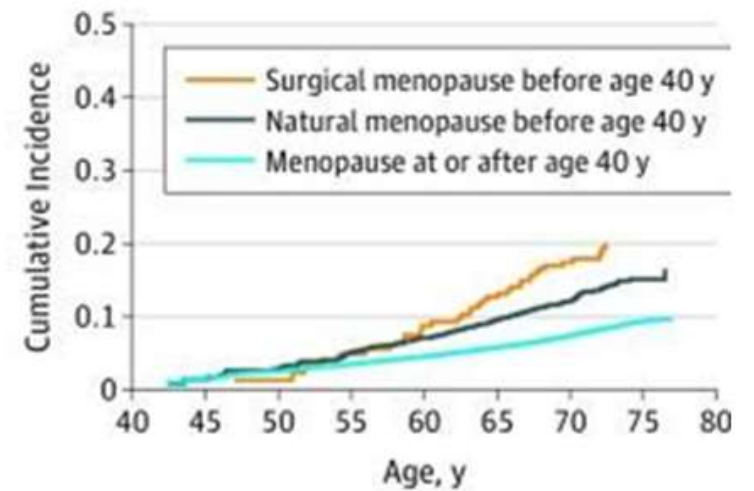
A Hypertension



B Hyperlipidemia

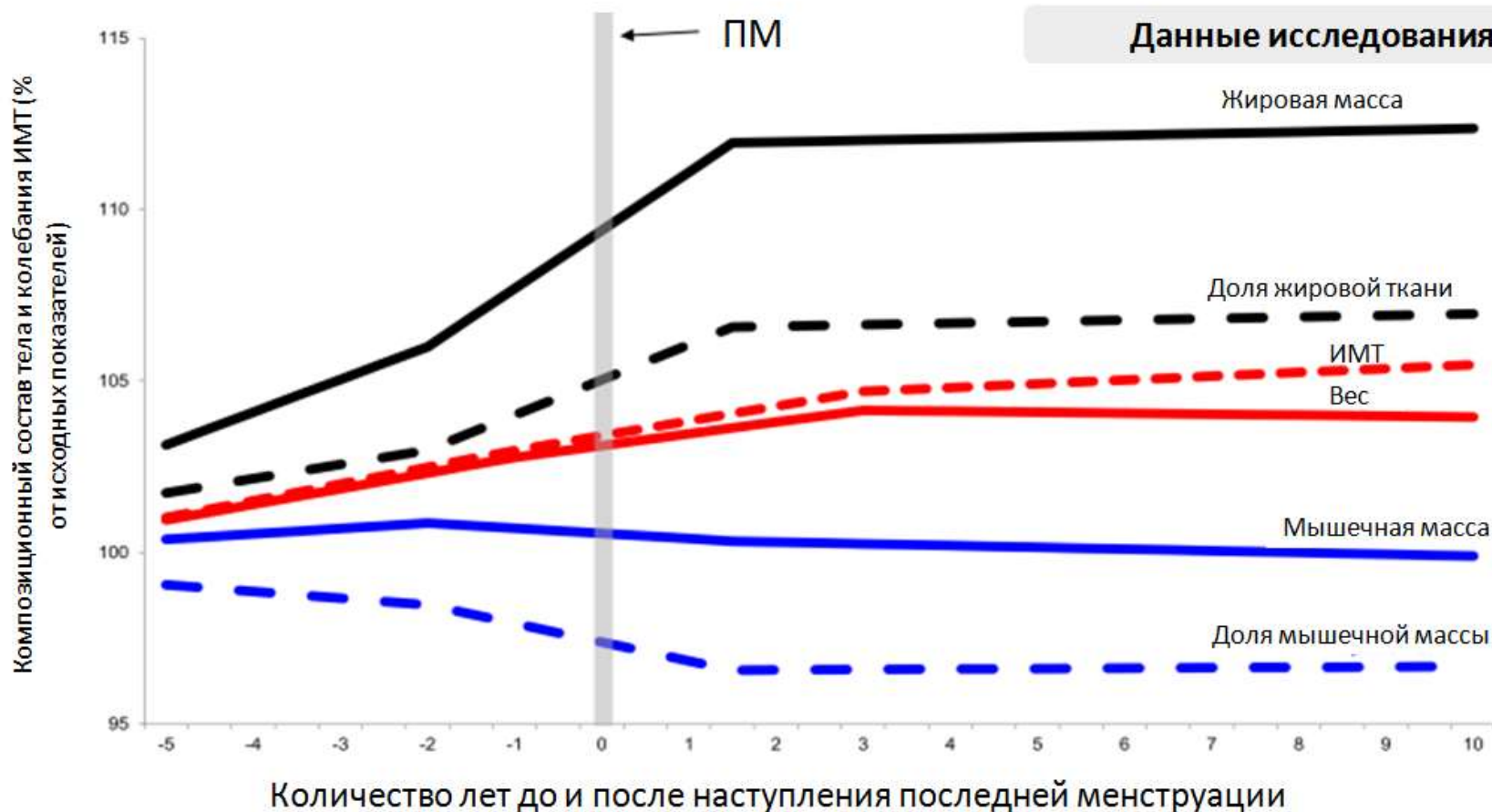


C Type 2 diabetes





В ПЕРИОД ПЕРИ- И РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ЖИРОВОЙ МАССЫ, ИМТ И СНИЖЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ МАССЫ





МЕНОПАУЗА АССОЦИИРОВАНА С ПОВЫШЕНИЕМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Наблюдается возраст-зависимое увеличение заболеваемости ССЗ, при этом заболеваемость у женщин в постменопаузе в 2-6 раз выше, чем у женщин в перименопаузе.²

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

1. Hodis HN, Mack WJ. Menopausal Hormone Replacement Therapy and Reduction of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease: It Is About Time and Timing. Cancer J. 2022 May-Jun 01;28(3):208-223. doi: 10.1097/PP0.0000000000000591. PMID: 35594469.

2. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. Ann Intern Med. 1976 Oct;85(4):447-52. doi: 10.7326/0003-4819-85-4-447. PMID: 970770.

ФАКТЫ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МЕНОПАУЗА

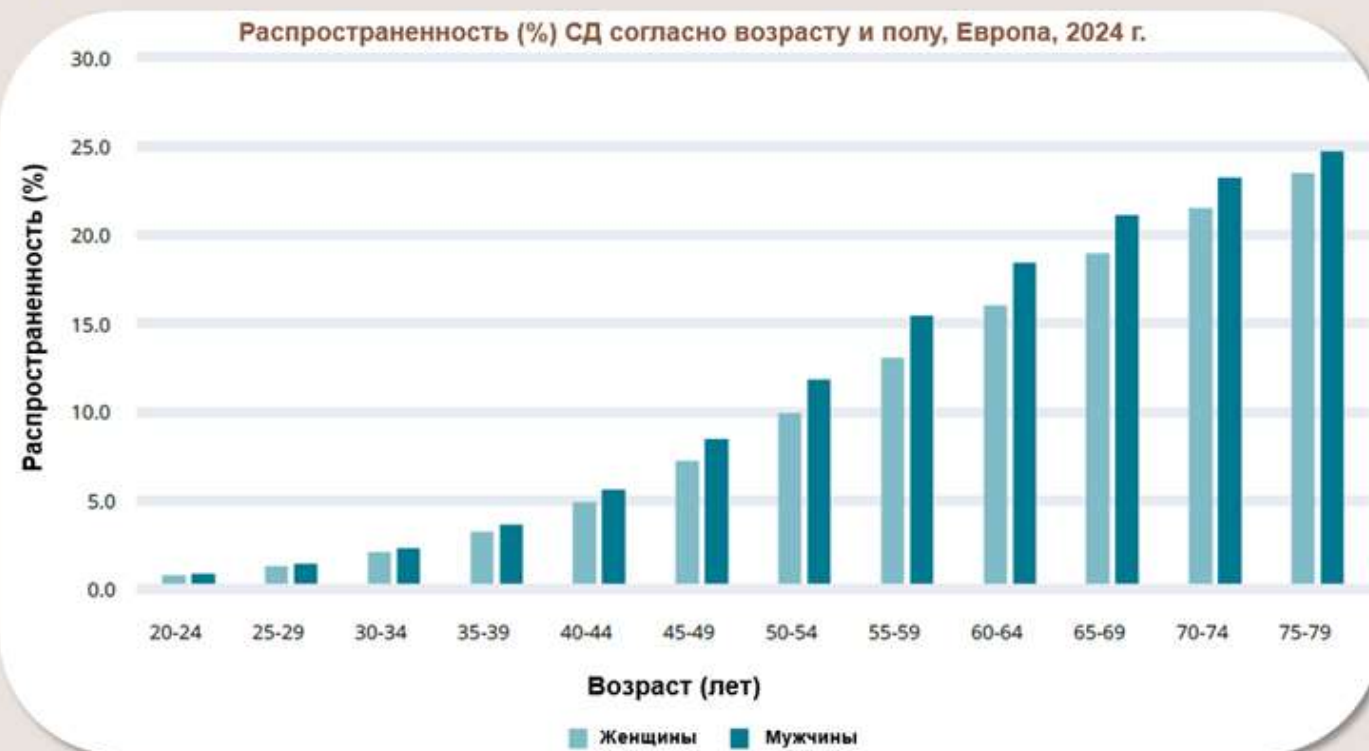


11th Edition | 2025

Diabetes Atlas



- ✓ **589 млн** взрослых в мире в возрасте от 20 до 79 лет страдают СД
- ✓ **Распространенность СД** среди женщин в данной возрастной группе составляет **10.9%**



на **10%**

снижался риск СД 2 на
каждые 5 лет увеличения
естественного возраста
наступления менопаузы

в **2.5-3.5**

раза выше
риск инсульта или ИБС
у женщин с СД в
постменопаузе



В 2021 Г. КОМИССИЯ ЖУРНАЛА «ЛАНЦЕТ» ПОСТАВИЛА ЗАДАЧУ СНИЗИТЬ «ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ ССЗ» У ЖЕНЩИН К 2030 Г.

Следует учитывать полоспецифические факторы риска ССЗ



American
Heart
Association.



ESC
European Society
of Cardiology



Vogel B. et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet. 2021 Jun 19;397(10292):2385-2438.

O'Kelly AC et al. Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women. Circ Res. 2022 Feb 18;130(4):652-672.

Rajendran A. et al. Sex-specific differences in cardiovascular risk factors and implications for cardiovascular disease prevention in women. Atherosclerosis. 2023 Nov;384:117269.



КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ИНДИВИДУАЛЕН И ВАРИАБЕЛЕН



ВВА – вульвовагинальная атрофия, ГУМС – генитоурINARYный менопаузальный синдром

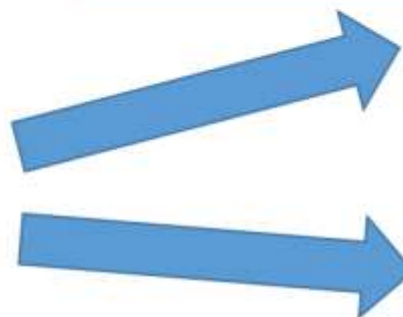
1. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2019;26(10):1213-1227. 2. Tepper PG, Randolph JF, Jr., McConnell DS, et al. Trajectory clustering of estradiol and follicle-stimulating hormone during the menopausal transition among women in the Study of Women's Health across the Nation (SWAN). *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(8):2872-2880. 3. Schnatz P. F., A. Romegialli, J. Abrantes, K. Marakovits, D. Cunningham, and D. M. O'Sullivan, "The North American Menopause Society: From abstract to publication," *Menopause*, vol. 15, no. 5, pp. 996-1001, 2008, doi: 10.1097/gme.0b013e318166f026. 4. Avis N. E. et al., "Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition," *JAMA Intern Med*, vol. 175, no. 4, pp. 531-539, 2015, doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8063. 5. Gartoulla P., Bell R.J., Worsley R., Davis S.R. Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas*. 2016 May; 87:33-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.003. 6. Maki P.M., Drogos L.L. Rubin L.H. Banuvar S., Shulman L.P., Geller S.E. Objective hot flashes are negatively related to verbal memory performance in midlife women. *Menopause*. 2008 Sep-Oct;15(5):848-56. doi: 10.1097/eme.0b013e31816d815e.



ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Вазомоторные симптомы
и другие проявления
климактерического
синдрома

Ухудшение качества жизни женщин и
ограничение их функциональные
возможности



Ассоциированы с повышением риска
развития ИБС в **1,34 раза**, риска любых ССЗ
— в **1,48 раза**



ОЦЕНКА СИМПТОМОВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ШКАЛА ГРИНА)

Симптомы	Нет	Слабые	Умеренные	Тяжелые	Баллы 0-3
1. Сердцебиение и тахикардия	☐	☐	☐	☐	☐
2. Чувство напряжения, нервозность	☐	☐	☐	☐	☐
3. Нарушение сна	☐	☐	☐	☐	☐
4. Возбудимость	☐	☐	☐	☐	☐
5. Панические атаки	☐	☐	☐	☐	☐
6. Нарушение концентрации	☐	☐	☐	☐	☐
7. Усталость	☐	☐	☐	☐	☐
8. Потеря интереса ко многим вещам	☐	☐	☐	☐	☐
9. Депрессия	☐	☐	☐	☐	☐
10. Плаксивость	☐	☐	☐	☐	☐
11. Раздражительность	☐	☐	☐	☐	☐
12. Головокружение, обмороки	☐	☐	☐	☐	☐
13. Напряжение и спазмы в голове и теле	☐	☐	☐	☐	☐
14. Чувство онемения и дрожи в теле	☐	☐	☐	☐	☐
15. Головная боль	☐	☐	☐	☐	☐
16. Мышечные и суставные боли	☐	☐	☐	☐	☐
17. Слабость в конечностях	☐	☐	☐	☐	☐
18. Затрудненное дыхание	☐	☐	☐	☐	☐
19. Приливы	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ночная потливость	☐	☐	☐	☐	☐
21. Потеря интереса к сексу	☐	☐	☐	☐	☐

Значения: 1-11 – слабые, 12-19 – средние и ≥20 – тяжелые проявления КС.

Greene J.G. Constructing a standard climacteric scale // Maturitas. – 1998. – Vol. 29. – P. 25-31.

Значения: 1-11 – слабые, 12-19 – средние и ≥20 – тяжелые проявления КС.

Интерпретация суммы баллов по шкале Грина

Сумма баллов	Степень тяжести климактерического синдрома
1-11	Слабая
12-19	Средняя
≥ 20	Тяжелая



ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МГТ

- Вазомоторные симптомы умеренной/тяжелой степени
- Симптомы генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС), сексуальной дисфункции
- Профилактика постменопаузального остеопороза
- При преждевременной недостаточности яичников и ранней менопаузе, в т.ч. после химио- / лучевой терапии, двусторонней овариоэктомии



КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

"Золотое окно" - начало в возрасте <60 лет и
длительности постменопаузы <10 лет

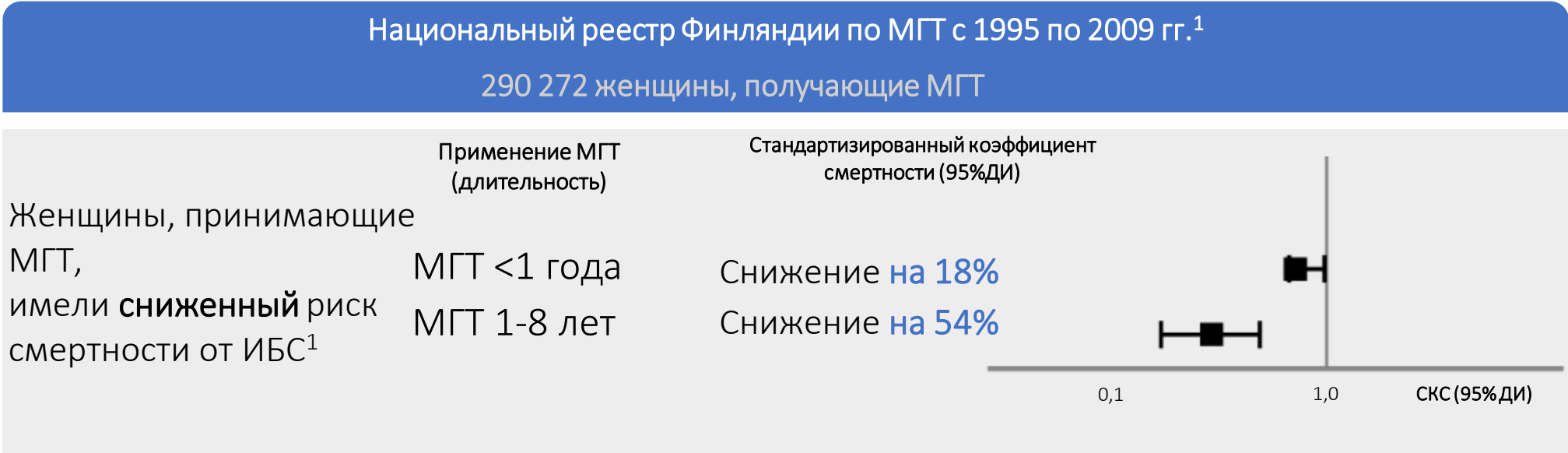
Минимальная эффективная доза с регулярной оценкой
польза/риск

Индивидуальный подход - учет возраста, стадии
менопаузы, коморбидности





Своевременное назначение МГТ снижает риск смертности от сердечно-сосудистых заболеваний уже через 1 год терапии



RUS1289792 (v1.2)

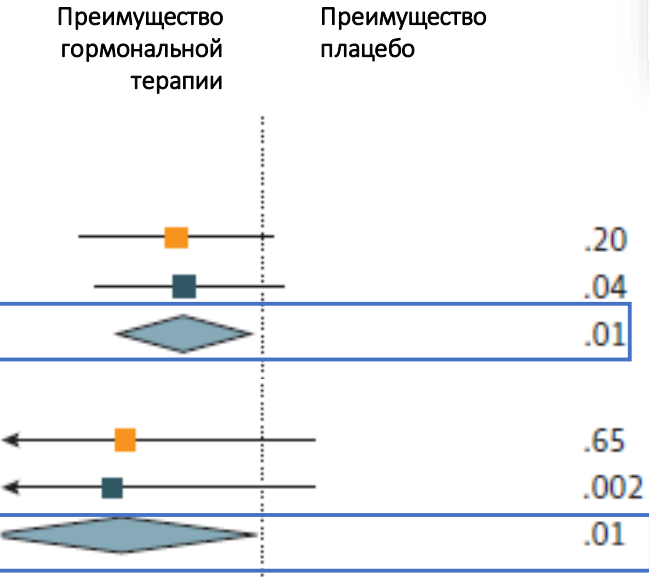
- У женщин в возрасте 40 лет и старше применение МГТ **на протяжении 1 года уменьшало риск смертности от ИБС на 18%** (0,82, 0,76-1,00).
- Применение МГТ **от 1 года до 8 лет уменьшало риск смертности от ИБС на 54%** (0,46, 0,32-0,64).



ИССЛЕДОВАНИЕ WHI: ПРИМЕНЕНИЕ МГТ СОПРОВОЖДАЛОСЬ СНИЖЕНИЕМ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ НА 31% СРЕДИ ПАЦИЕНТОК В ВОЗРАСТЕ ОТ 50 ДО 59 ЛЕТ

У женщин 50-59 лет при приёме МГТ в сравнении с плацебо на протяжении 5-7 лет и 18 лет наблюдения после прекращения курса МГТ¹ курс лечения сопровождался снижением общей смертности – на 31% ($p = 0,01$; OR = 0,69, 95% ДИ = 0,51-0,94);

Исход в зависимости от возраста	Количество смертей в пересчете на год (%)		
	Гормональная терапия	Плацебо	ОР (95% ДИ)
Возраст 50-59 лет			
Общая смертность*			
CEE + MPA по сравнению с плацебо	35 (0,20)	48 (0,30)	0,67 (0,43-1,04)
CEE по сравнению с плацебо	35 (0,28)	50 (0,39)	0,71 (0,46-1,09)
Объединенные исследования	70 (0,23)	98 (0,34)	0,69 (0,51-0,94)
Смертность вследствие других причин			
CEE + MPA по сравнению с плацебо	8 (0,046)	14 (0,087)	0,53 (0,22-1,27)
CEE по сравнению с плацебо	7 (0,056)	14 (0,11)	0,51 (0,20-1,26)
Объединенные исследования	15 (0,050)	28 (0,097)	0,52 (0,28-0,97)



JAMA | Original Investigation
Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality
The Women's Health Initiative Randomized Trials
JoAnn E. Manson, MD, DrPH, Aaron K. Aragaki, PhD, Jacques E. Rossouw, MD, Carol L. Anderson, PhD, Ross C. Prentice, PhD, Andrea Z. Lacroix, PhD, Robert L. Chlebowski, MD, PhD, Barbara V. Howard, PhD, Cynthia A. Thomson, PhD, Corinne A. Mangione, MD, MPH, Carol A. Lewis, MD, MPH, Susan L. Teitelbaum, PhD, Rebecca C. Jackson, MD, Karolyi, PhD, Mimi Lau W. Martin, MD, Sally A. Shumacher, PhD, Mark A. Espeland, PhD, Joan Mactavish, PhD, PhD for WHI Investigators

CEE - конъюгированные эстрогены, MPA - медроксипрогестерона ацетат, CC3 – сердечно-сосудистые мероприятия, МГТ – менопаузальная гормональная терапия, WHI - Women's Health Initiative Randomized Trial

1. JoAnn E. Manson, Aaron K. Aragaki, Jacques E. Rossouw, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific MortalityThe Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 2017;318(10):927-938.

Молекулярные механизмы влияния эстрогенов на сердечно-сосудистую систему



Эндотелиальные клетки



↑ ФНО-α, цитохрома С, ↓ NO
 ↑ активность НАДФ-Н оксидазы
 Окисление
 ↑ Апоптоз
 ↑ Проницаемости
 ↑ Провоспалительных цитокинов, моноцитов
 ↑ Проплиферация

Предшественники эндотелиоцитов



↓ Миграции
 ↑ Старение
 ↓ теломеразная активность

Гладкомышечные клетки

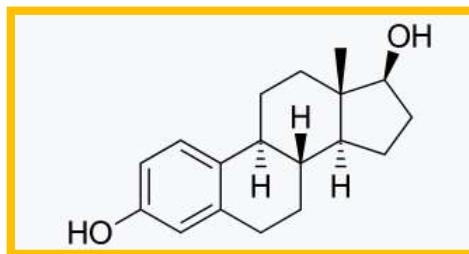


↓ iNOS, NO
 ↑ Окисление
 ↑ Воспаление
 ↑ Проплиферация ГМК
 ↑ Внутриклеточный Ca²⁺
 ↓ Релаксация сосудов

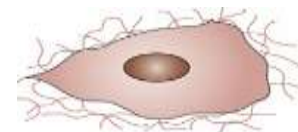
Макрофаги



↑ Миграция
 ↑ Экспрессия молекул адгезии
 ↓ Ингибирующее действие на MCP-1, ФНО-α, ИЛ6 > привлечение лейкоцитов
 ↑ CD36 > ↑ ЛПНП
 ↑ Воспаление



Кардиальные фибробласты



↑ Проплиферации фибробластов
 ↑ синтез коллагена
 ↑ Ремоделирование

↑ агрегации PLT, ↑ TxA₂,
 ↓ антитромботических факторов

Кардиальные тучные клетки



↑ Дегрануляция
 ↑ ФНО-α
 ↑ металлопротеиназы
 ↑ Ремоделирование

РААС

↑ Ренин
 ↑ Экспрессия рецепторов к AT I
 Вазоконстрикция
 ↓ Ингибирующее действие на активность НАДФ-Н оксидазы
 ↑ Окисление



ВЛИЯНИЕ МЕНОПАУЗЫ И МГТ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Фактор риска	Влияние менопаузы	Влияние МГТ (эстрогены)
Общий холестерин	↑	↓
ЛПНП	↑	↓
ТГ	↑	↓ с трансдермальным эстрадиолом ↑ при приёме пероральных эстрогенов
ЛПВП	↓	↑
ЛП-а	↑ или ↔	↓
Аполипопротеин В	↑	↔
Аполипопротеин А-1	↑	↑

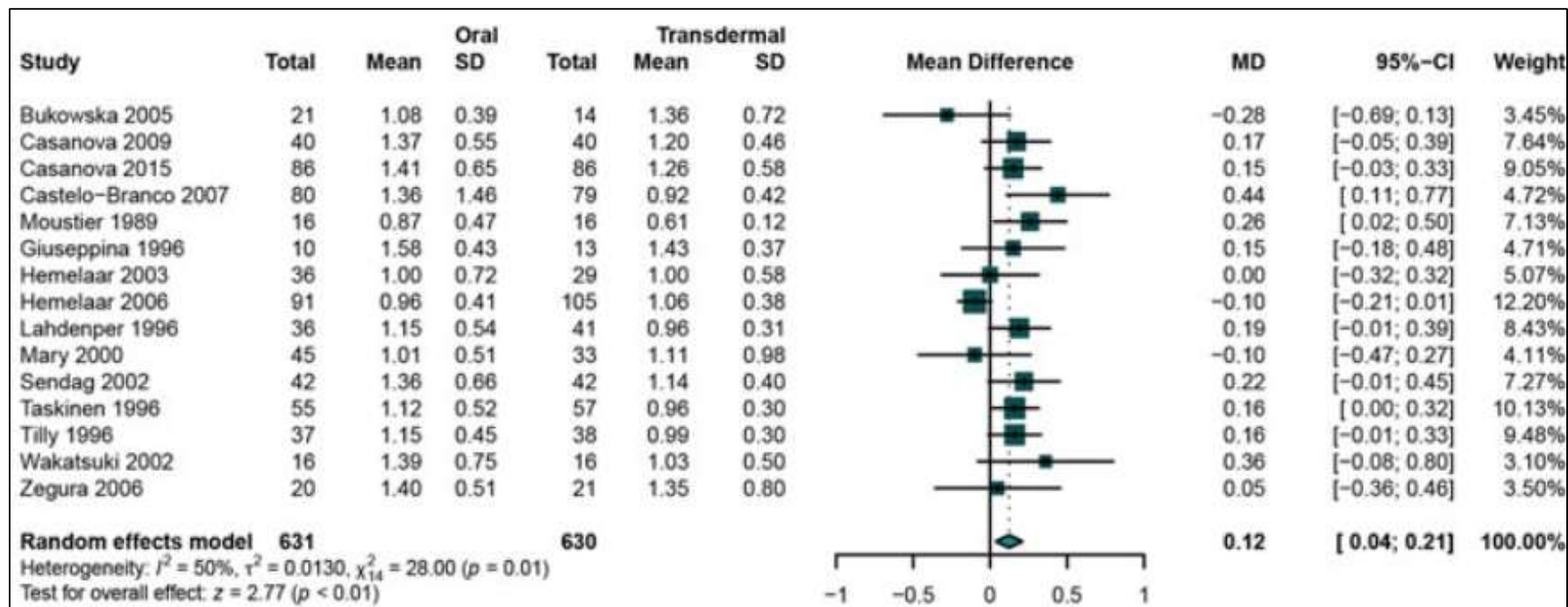
ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности, ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности, ТГ – триглицериды



Влияние МГТ на липидный профиль у женщин в постменопаузе: систематический обзор и мета-анализ

Поиск соответствующих статей в базах данных PubMed/Medline, EMBASE, Web of Science и Cochrane Library с момента их создания до декабря 2020 года; было включено 73 статьи.

Исследования по сравнению различных путей введения МГТ: пероральная МГТ может значительно повышать уровень ТГ в отличие от трансдермальной (взвешенная средняя разница: 0,12, 95% ДИ 0,04 – 0,21)



Пероральная МГТ, в отличие от трансдермальной, приводит к статистически достоверному увеличению триглицеридов.



МГТ снижает риск развития сахарного диабета 2 типа



Мета-анализ 107 исследований по влиянию МГТ на метаболический профиль: *поиск литературы с апреля 1966 г. по октябрь 2004 г.*



Трансдермальная МГТ не повышала СРБ!



- ✓ Снижение ИР в среднем на 13% (НОМА-IR)
- ✓ Снижение гликемии натощак на 11%
- ✓ Снижение риска СД в среднем на 30%

ИР – инсулинорезистентность, СД – сахарный диабет

Цель исследования — оценить влияние трансдермального 17β-эстрадиола на заболеваемость СД 2 типа в популяции здоровых, не страдающих ожирением женщин в постменопаузе.

В период с янв.1998 г. по дек. 2002 г. включено 673 женщины в постменопаузе - здоровые, без ожирения, средний возраст 54,5 лет:

- 144 (21,4%) применяли трансдермальный 17β-эстрадиол
- 529 (78,6%) никогда не применяли гормоны

Средний период наблюдения – 3,7 ± 0,7 года.

Результаты свидетельствуют о значимом снижении заболеваемости СД 2 типа в популяции здоровых женщин в постменопаузе на фоне применения 17β-эстрадиола

Transdermal 17-β-Estradiol and Risk of Developing Type 2 Diabetes in a Population of Healthy, Nonobese Postmenopausal Women

СД 2 типа развился у 60 женщин в течение периода наблюдения, что эквивалентно 22 случаям на 1000 пациенто-лет:

- в группе без МГТ — у 10% (54 из 529 женщин; эквивалентно 26,5 случаев/1000 пациенто-лет)
- В группе на МГТ — у 4,16% (6 из 144 женщин; эквивалентно 12,1 случаев/1000 пациенто-лет).

	Случаи СД 2 типа n/N (%)	Частота заболеваемости
Общая когорта	60/673 (8.91)	22.0
Не принимающие МГТ	54/529 (10.20)	26.5
Принимающие МГТ (ТДЭ)	6/144 (4.16)	12.1

*Частота заболеваемости рассчитана на 1000 пациенто-лет



Клинические рекомендации Европейского общества эндокринологии по ведению менопаузы и перименопаузы 2025

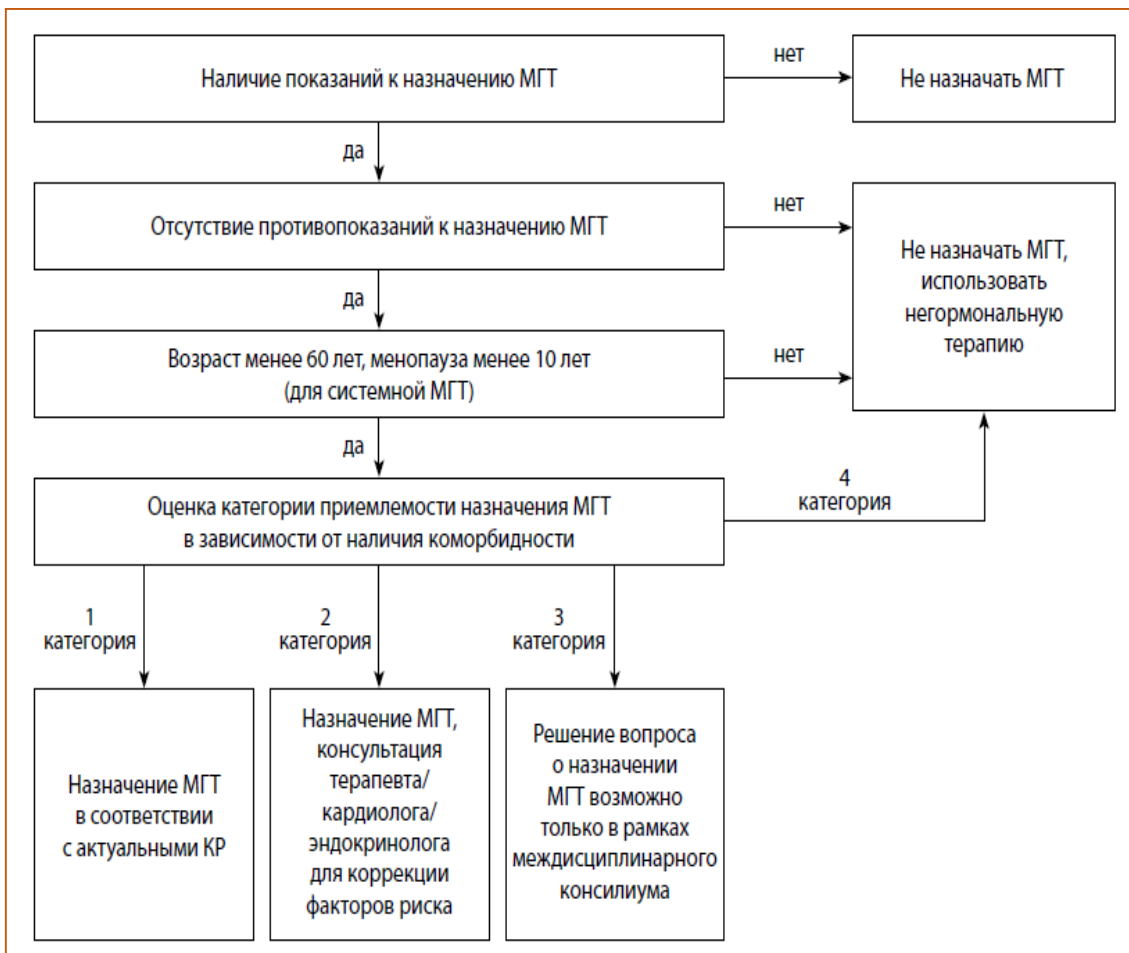
Сахарный диабет:

хорошо контролируемый СД не является
противопоказанием для МГТ и
**предпочтительным выбором является трансдермальный
эстрадиол.**





АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. ПОКАЗАНИЯ К МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.



Рекомендуется назначение менопаузальной гормональной терапии (МГТ) женщинам в перименопаузе и постменопаузе для лечения:

- вазомоторных симптомов умеренной и тяжелой степени, существенно снижающих качество жизни,
- симптомов ГУМС, сексуальной дисфункции
- для профилактики постменопаузального остеопороза

Рекомендуется назначение менопаузальной/заместительной гормональной терапии (МГТ/ЗГТ) женщинам для восполнения дефицита эстрогенов при:

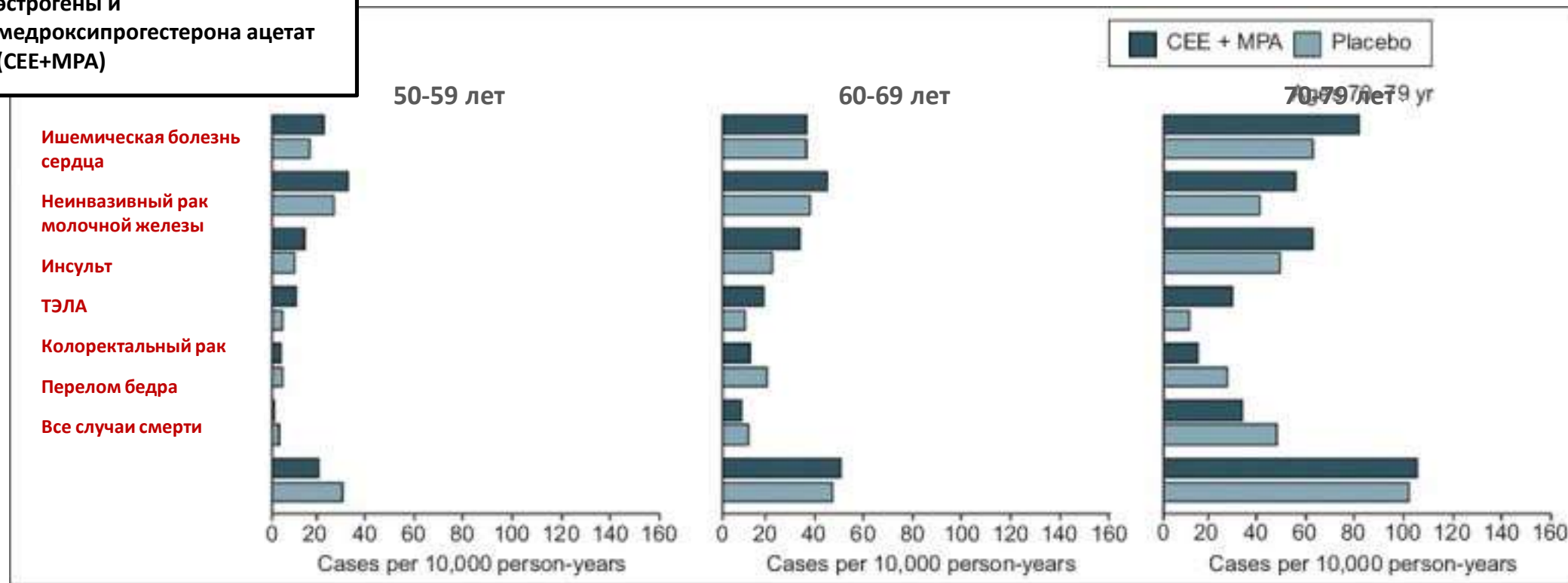
- Преждевременной недостаточности яичников и ранней менопаузе;
- Двусторонней овариэктомии.



БЕЗОПАСНОСТЬ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Использование МГТ у здоровых женщин в возрасте до 60 лет
не увеличивало смертность от всех причин

Конъюгированные лошадиные
эстрогены и
медроксипрогестерона ацетат
(CEE+MPA)



ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ МГТ/ЗГТ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД (КОНСЕНСУС 2026)

От стандартизации к индивидуализации: правильная пациентка – правильное время – правильный препарат – правильный путь – правильная доза – правильная длительность

1. КЛЮЧЕВАЯ ИДЕЯ



Цель терапии

Эффективное купирование климактерического синдрома и профилактика отдалённых последствий дефицита эстрогенов (остеопороз, ССЗ и др.)



Смена парадигмы

От принципа «минимальная доза на минимальный срок» – к принципу индивидуального подбора дозы, формы, пути и длительности терапии



Решение FDA (октябрь 2025)

Сняты серьёзные предупреждения о кардиоваскулярных рисках с препаратов МГТ (в т.ч. «чёрная коробка»)



Междисциплинарный подход

Гинеколог, терапевт, кардиолог, эндокринолог и другие специалисты – совместное принятие решения с учётом предпочтений женщины

2. ПОКАЗАНИЯ

МГТ

Женщины в пери- и постменопаузе



- Выраженные вазомоторные симптомы
- Генитоуринарный синдром менопаузы
- Профилактика остеопороза и других последствий дефицита эстрогенов
- Улучшение качества жизни

ЗГТ

Пациентки с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ)



- Стандарт лечения при ПНЯ
- Рекомендуется до среднего возраста менопаузы (~50–51 год)
- Профилактика остеопороза, ССЗ, метаболических нарушений

3. ОЦЕНКА ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МГТ/ЗГТ



Возраст пациентки



Стадия репродуктивного старения (STRAW+10)



Соматические и гинекологические коморбидные состояния



Риски и профиль безопасности терапии



Индивидуальные предпочтения и ожидания женщины

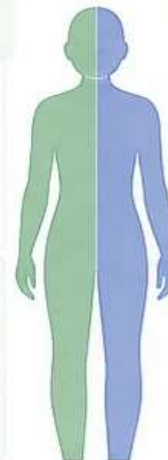
4. ВЫБОР ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЭСТРОГЕНОВ

ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ (пластыри, гели, спреи)

- ✓ Более стабильный уровень эстрогенов
- ✓ Минимальное влияние на печёночный метаболизм (нет эффекта первого прохождения)
- ✓ Более благоприятный профиль безопасности

Предпочтительны при:

- Риске ВТЭО
- Ожирении и метаболическом синдроме
- Заболеваниях желчного пузыря
- Мигрени
- Заболеваниях щитовидной железы
- Полипрагмазии



ПЕРОРАЛЬНЫЕ ФОРМЫ

- Эффект первого прохождения через печень
- Больше влияние на синтез печёночных белков (СРБ, факторов свёртывания и др.)
- Выше риск ВТЭО у предрасположенных пациенток
- Выше риск желчнокаменной болезни



Выбор пути введения – ключевой фактор безопасности терапии

5. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ



СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Концепция «timing hypothesis» – начало МГТ ближе к менопаузе более безопасно
- Оценка СС-риска по российским критериям приемлемости
- Индивидуальная оценка и междисциплинарный подход



ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ВТЭО)

- Пероральные эстрогены ↑ риск ВТЭО
- Трансдермальные формы не повышают риск тромбозов
- При наследственных тромбофилиях – обоснованное тестирование и оценка индивидуального риска



ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ (ПНЯ)

- ЗГТ – стандарт лечения
- Рекомендована до среднего возраста менопаузы
- Профилактика остеопороза, ССЗ и метаболических нарушений



ПОЛИПРАГМАЗИЯ

- Оценка лекарственных взаимодействий
- Учёт влияния на метаболизм препаратов
- Регулярный пересмотр терапии



МИГРЕНЬ

- Учитывать связь приступов с колебаниями эстрогенов
- Предпочтительны трансдермальные формы
- Более стабильный уровень эстрогенов ↓ частоту приступов



ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Эстрогены ↑ ТГГ-связывающий глобулин (особенно перорально)
- Возможна необходимость коррекции дозы левотироксина
- Трансдермальный путь – меньше влияние на гормоны ЩЖ



МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОЖИРЕНИЕ

- МГТ может улучшать компоненты метаболического синдрома
- Трансдермальные формы предпочтительнее при ожирении
- Влияние на массу тела и распределение жировой ткани



ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- Пероральные эстрогены ↑ риск желчнокаменной болезни
- Трансдермальные формы – более безопасный выбор

6. АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ



1 Есть симптомы/дефицит эстрогенов?

Оценка жалоб, влияния на качество жизни



2 Оценить возраст и время от менопаузы

Чем ближе к менопаузе – тем благоприятнее профиль риска



3 Оценить противопоказания и риски

Рак молочной железы/эндометрия, тромбозы, ССЗ, заболевания печени, необъяснимые кровотечения и др.



4 Выбрать:

- путь введения
- дозу и режим (эстроген + прогестаген при сохранённой матке)



5 Регулярный контроль и коррекция

Оценка эффективности, безопасности, приверженности и качества жизни

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

- ✓ Персонализация – основа современной МГТ/ЗГТ
- ✓ Трансдермальные формы имеют преимущества при наличии факторов риска (тромбозы, ожирение, заболевания желчного пузыря, мигрень и др.)
- ✓ Комплексная оценка индивидуального профиля здоровья перед назначением терапии
- ✓ Обсуждение с пациенткой всех потенциальных преимуществ и возможных рисков
- ✓ Решение принимается совместно с пациенткой с учётом её предпочтений и ожиданий
- ✓ Регулярный мониторинг и пересмотр терапии по мере необходимости



8. ЦЕЛЬ КОНСЕНСУСА

Повышение качества и безопасности терапии, улучшение здоровья и качества жизни женщин в различные возрастные периоды

МГТ – менопаузальная гормональная терапия; ЗГТ – заместительная гормональная терапия; ПНЯ – преждевременная недостаточность яичников; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ВТЭО – венозные тромбозы/эмболические осложнения; ЩЖ – щитовидная железа.



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**



Приглашаем присоединиться
к участникам конференций
в Telegram-канале.