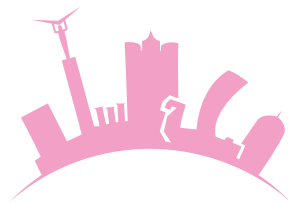


ДНИ МГТ В РОССИИ 2018

21–22 апреля 2018 года, Самара



Российская
ассоциация
по менопаузе



 **Women
FIRST**

Генеральный
спонсор

 **Abbott**

Технический
партнер

 **RB
partners**

Главный
спонсор

 **acino**

Спонсоры

 **BESINS
HEALTHCARE**
Innovating for Well-being

 **VITANTA**



Программа

21 апреля, суббота

Роль МГТ в сохранении здоровья женщины

9:30 – 10:00	Регистрация участников. Приветственный кофе
10:00 – 10:15	Открытие конференции <i>Ткаченко Людмила Владимировна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ, заслуженный врач РФ (Волгоград)</i>
10:15 – 11:00	Вопросы онкобезопасности МГТ: за или против? <i>Подзолкова Наталья Михайловна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМА непрерывного профессионального образования (Москва)</i> <i>Sponsored by Abbott</i>
11:00 – 11:45	Оптимальная продолжительность МГТ как стратегия минимизации рисков <i>Томи Миккола, д.м.н., доцент, Центральная больница Хельсинского университета, акушерство и гинекология, Хельсинки (Финляндия)</i> <i>Sponsored by Abbott</i>
11:45 – 12:30	Урогенитальные расстройства в пре и постменопаузе <i>Спиридонова Наталья Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии МПО СГМУ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Самарской области (Самара)</i>
12:30 – 13:00	Кофе-брейк
13:00 – 13:45	Правильный переход с циклического режима на монофазный — на что обратить внимание! <i>Енькова Елена Владимировна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИДПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко (Воронеж)</i>
13:45 – 14:30	Молочная железа и половые гормоны: физиология и онкология <i>Сметник Антонина Александровна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ, Вице-президент Российской ассоциации по менопаузе (Москва)</i>
14:30 – 15:25	Разбор клинических случаев. Дискуссионный клуб Модераторы: <i>Томи Миккола, д.м.н., доцент, Центральная больница Хельсинского университета, акушерство и гинекология, Хельсинки (Финляндия)</i> <i>Подзолкова Наталья Михайловна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМА непрерывного профессионального образования</i> <i>Sponsored by Abbott</i>



Программа

15:25 – 16:10	Профилактика сердечно-сосудистых рисков в менопаузе. Взгляд сосудистого хирурга <i>Кузнецов Максим Робертович, д.м.н., профессор РАН, профессор кафедры факультетской хирургии №1 Лечебного факультета ИНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва)</i>
16:10 – 16:55	Когнитивные функции в постменопаузе. Влияние менопаузальной гормонотерапии <i>Сандакова Елена Анатольевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ПГМУ (Пермь)</i> <i>Sponsored by Abbott</i>
16:55 – 17:40	Тема доклада уточняется <i>Каткова Надежда Юрьевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПКВ НижГМА (Нижний Новгород)</i>
17:40 – 18:25	МГТ — ключ к социальному долголетию женщины <i>Ткаченко Людмила Владимировна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ, заслуженный врач РФ (Волгоград)</i>

22 апреля, воскресенье Менопауза и сопутствующая патология репродуктивной системы

9:30 – 10:15	Обзор последних международных рекомендаций. Возможности расширятся! <i>Балан Вера Ефимовна, д.м.н., профессор, гинеколог — эндокринолог, врач высшей категории, руководитель поликлинического отделения МОНИИАГ, Президент Российской ассоциации по менопаузе (Москва)</i>
10:15 – 11:00	Менопаузальная гормональная терапия в клинической практике <i>Профессор Тоби де Вильярс, Департамент гинекологии, Стелленбосский университет (Южно-Африканская Республика)</i> <i>Sponsored by Abbott</i>
11:00 – 11:15	Кофе-брейк
11:15 – 12:10	Разбор клинических случаев. Дискуссионный клуб. Модераторы: <i>Балан Вера Ефимовна, д.м.н., профессор, гинеколог — эндокринолог, врач высшей категории, руководитель поликлинического отделения МОНИИАГ, Президент Российской ассоциации по менопаузе (Москва);</i> <i>Профессор Тоби де Вильярс, Департамент гинекологии, Стелленбосский университет (Южно-Африканская Республика)</i> <i>Sponsored by Abbott</i>



Программа



Вера Ефимовна
БАЛАН
Россия

22 апреля, воскресенье

Менопауза и сопутствующая патология репродуктивной системы

- 12:10 – 12:40 **Менопауза и эндометриоз. Что необходимо учитывать при назначении МГТ**
Кулишов Виталий Михайлович, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии НГМУ, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ НО «Клинический Центр Охраны Здоровья Семьи и Репродукции», заслуженный врач РФ (Новосибирск)
Sponsored by Abbott
- 12:40 – 13:25 **Митохондриальная дисфункция и климактерий. В чем связь? Возможности митохондриальной терапии в коррекции астенических состояний в пери- и постменопаузе и постгистерэктомического синдрома при наличии противопоказаний к МГТ**
Покуль Лилиана Викторовна, д.м.н, гинеколог, онколог, ФГБУ «Новороссийский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» (Краснодар), доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК РУДН (Москва)
- 13:25 – 14:00 **Кофе-брейк**
- 14:00 – 14:45 **Ключевые тренды anti-age медицины: от клеточной регуляции до сохранения качества жизни**
Карахалис Людмила Юрьевна, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «КубГМУ» МЗ России (Краснодар)
- 14:45 – 15:30 **Гипер- и гипоандрогенные состояния в менопаузе**
Зайдиева Яна Зайдиевна, д.м.н., профессор, руководитель отделения гинекологической эндокринологии МОНИИАГ (Москва)
Sponsored by Abbott
- 15:30 – 16:00 **Менопаузальная гормональная терапия и рак: научные доказательства и причины необоснованного страха**
Леценко Ольга Ярославна, д. м. н., врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, руководитель лаборатории социально-значимых инфекций ФГБНУ «НЦ ПЗСРЧ» (Иркутск)
Sponsored by Abbott
- 16:00 – 16:30 **Закрытие конференции**
Балан Вера Ефимовна, д.м.н., профессор, гинеколог — эндокринолог, врач высшей категории, руководитель поликлинического отделения МОНИИАГ, Президент Ассоциации по менопаузе (Москва)

В программе возможны изменения и дополнения.

Балан Вера Ефимовна, д.м.н., профессор, гинеколог — эндокринолог, врач высшей категории, МОНИИАГ, Президент Российской ассоциации по менопаузе (Москва)

В.Е. Балан окончила II Московский Медицинский Институт им. Пирогова по специальности лечебное дело, затем, в 1973 году — интернатуру по специальности «акушерство и гинекология». В.Е. Балан работала в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ, гинекологии и перинатологии МЗ РФ с 1979 года до февраля 2013 г., прошла путь от младшего научного сотрудника до ведущего научного сотрудника отделения гинекологической эндокринологии.

В 1985 году, будучи соискателем, защитила кандидатскую диссертацию на тему «Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы при физиологическом и патологическом климактерии» и в 1998 году докторскую диссертацию на тему «Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия)». В 2007 году решением ВАК ей присвоено звание профессора.

Научная деятельность характеризуется широтой интересов, новизной и стремлением сочетать клинические исследования с фундаментальными.

В.Е. Балан является автором 260 научных работ,

С 2013 года руководит поликлиническим отделением ГБУЗ МО МОНИИАГ.

С 2017 года является президентом Российской ассоциации по менопаузе, главным редактором журнала «Климактерий и постменопауза», главным научным редактором журнала «Медицинский алфавит» серия «Современная гинекология», членом Международного Общества по Менопаузе.



Тоби де Вильярс Южно-Африканская Республика

Профессор Тоби де Вильярс, Департамент гинекологии, Стелленбосский университет (Южно-Африканская Республика)

Тоби де Вильярс — практикующий гинеколог, профессор и один из ведущих мировых специалистов в области гинекологической эндокринологии, климактерического синдрома и постменопаузального остеопороза. Он закончил Стелленбосский университет со степенью магистра хирургии и защитил диссертацию по акушерству и гинекологии в 1992 г., является членом Королевского колледжа Акушеров-гинекологов (FRCOG) и Колледжа акушеров-гинекологов ЮАР (FCOG SA).

Тоби де Вильярс участвует в огромном количестве исследований и разработке клинических рекомендаций по проблемам менопаузального периода. Он — автор множества научных публикаций в международных журналах, глав различных книг и руководств, спикер на международных конгрессах.

В настоящее время занимает следующие должности:

- Экс-президент и казначей Международного общества по менопаузе (IMS)
- Член Совета Международного общества по менопаузе
- Член Комиссии научных советников Международного Фонда Остеопороза
- Президент Южноафриканского Национального Фонда Остеопороза
- Экс-президент и основатель Южноафриканского общества по менопаузе
- Член редакционного совета журналов Climacteric и Osteoporosis International, эксперт и консультант в журналах Climacteric, Maturitas и Osteoporosis International



Елена Владимировна ЕНЬКОВА Россия

Енькова Елена Владимировна, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИДПО Воронежского государственного медицинского университета (Воронеж)

Научные интересы: проблемы бесплодного брака, невынашивания беременности, менопаузы. Более 100 печатных работ. Окончила ИДПО Воронежского государственного медицинского университета. Член международной ассоциации эндокринологов-гинекологов. Ведет активную преподавательскую деятельность, имеет защищенных учеников.



**Яна Зайдиевна
ЗАЙДИЕВА**
Россия

Зайдиева Яна Зайдиевна, доктор медицинских наук, профессор, акушер-гинеколог высшей категории. Руководитель отделения гинекологической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИИАГ (Москва)

Профессор кафедры акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ. Ученый секретарь диссертационного совета при ГБУЗ МО МОНИИАГ. Заслуженный врач РД.

Профессор Зайдиева Я.З. после окончания аспирантуры на кафедре акушерства и гинекологии 2-го лечебного факультета I ММИ им. И.М.Сеченова в 1980 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Применение норстероидов при миоме матки».

С 1979 по 2009 гг. работала в отделении гинекологической эндокринологии ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова». С 2009 г. руководит отделением гинекологической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИИАГ.

На протяжении многих лет ее приоритетным направлением, наряду с заболеваниями эндокринной системы, являются научные исследования в области сохранения здоровья женщин в климактерии.

В 1997 г. ею защищена докторская диссертация на тему: «Гормонопрофилактика и коррекция системных нарушений у женщин в перименопаузе».

Профессор Зайдиева Я.З. принимает участие в международных клинических исследованиях новых лекарственных средств. Имеет большой опыт научной работы, является автором 217 печатных работ, в том числе и в иностранных журналах, соавтором 5 глав в национальных руководствах и клинических рекомендаций, 6 информационно-методических писем. Выступает на научных конференциях, международных симпозиумах, конгрессах, в том числе и зарубежных, часто выезжает с лекциями для практических врачей в различные регионы страны и Подмоскovie. Является членом Российской и Международной ассоциаций по Менопаузе и Гинекологической эндокринологии.



**Людмила Юрьевна
КАРАХАЛИС**
Россия

Кархалис Людмила Юрьевна, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «КубГМУ» МЗ России (Краснодар)

В 1983 году закончила Кубанский государственный мединститут им. Красной Армии в Краснодаре, лечебный факультет с отличием. С 1983 по 1984 гг. обучение в клинической интернатуре. С 1885 по 1987 гг. — клиническая ординатура. В 1992 году защитила кандидатскую диссертацию в МОНИИАГ на тему: «Гинекологические воспалительные заболевания и их лечение лазером у жительниц села, работающих с агрохимфакторами» по специальности 14.00.01 — акушерство и гинекология.

В 2007 году защитила докторскую диссертацию в ПУЛН на тему «Репродуктивная система женщин в различные возрастные периоды жизни» по специальности 14.00.01 — акушерство и гинекология. Имеет более 170 печатных трудов, 1 монографию, 4 патента на изобретение.

Является членом Европейского общества по контрацепции, членом Российского общества по менопаузе, контрацепции. Награждена грамотой Минздрава РФ за многолетнюю плодотворную научную деятельность и работу по совершенствованию организации акушерско-гинекологической помощи (2016 г.). Имеет благодарность главы администрации (Губернатора) Краснодарского края за высокие достижения в научно-технической и инновационной деятельности, эффективную подготовку научных кадров высшей квалификации (2017 г.).



Надежда Юрьевна
КАТКОВА
Россия

Каткова Надежда Юрьевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПКВ НижГМА, врач высшей квалификационной категории по специальности «акушерство и гинекология» (Нижний Новгород)

Родилась в г. Горьком в 1970 году. В 1993 году окончила с отличием Нижегородский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». В том же году поступила в клиническую ординатуру по специальности «Акушерство и гинекология». С 1995 года работала ассистентом кафедры акушерства и гинекологии, где в 2000 году защитила кандидатскую диссертацию «Дифференцированные подходы к лечению беременных из групп риска по внутриутробному инфицированию плода». С 2006 года работала доцентом той же кафедры. В 2011 году защитила докторскую диссертацию «Ведение беременности и родов при плацентарной недостаточности инфекционного генеза». Автор более 150 статей по вопросам акушерства и гинекологии. С 2013 года заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПКВ ФГБОУ ВО «НижГМА» МЗ России. Ведет обширный врачебный прием по вопросам гинекологической эндокринологии. Медицинский директор клиники «Александрия», где существует спец.прием по вопросам климактерия.

Область научных интересов — инфекционные заболевания в акушерстве и гинекологии, плацентарная недостаточность, артериальная гипертензия при беременности, гестозы.

Опубликовала 42 научные работы, является автором 2 патентов РФ на изобретения.

Специалист по проблемам: невынашивание беременности, женское бесплодие, ведение осложненной беременности, ИППП, ВЗОМТ, гинекологическая эндокринология.



Максим Робертович
КУЗНЕЦОВ
Россия

Кузнецов Максим Робертович, д.м.н., профессор РАН, профессор кафедры факультетской хирургии №1 Лечебного факультета ИНИМУ им. Н.И. Пирогова (Москва)

Образование: Российский Государственный Медицинский Университет по специальности «Лечебное дело» — 1993 г. Клиническая ординатура на кафедре факультетской хирургии лечебного факультета РГМУ: 1993–1995 гг. Клиническая аспирантура на этой же кафедре: 1995–1996 гг.

Диссертации: Кандидатская диссертация — 1996 г. — на тему: «Лечение дислиппротеидемии и облитерирующего атеросклероза методом блокады энтерогепатической циркуляции желчных кислот». Докторская диссертация — 2001 г. на тему: «Диагностика и лечение липидного дистресс-синдрома при облитерирующем атеросклерозе» по специальностям «Хирургия» и «Сердечно-сосудистая хирургия».

Педагогическая работа: Ассистент кафедры факультетской хирургии лечебного факультета РГМУ — 1996–2001 гг. Доцент этой же кафедры — 2001–2007 гг. Профессор кафедры факультетской хирургии московского факультета (далее факультетской хирургии №1 лечебного факультета) РНИМУ им. Н.И. Пирогова с 2007 г. по настоящее время. Руководитель 8 защищенных кандидатских диссертаций.

Лечебная работа: Ответственный дежурный хирург ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова — 1996–2007 гг. Сосудистый хирург выездной ангиохирургической бригады г.Москвы с 1996 г. по 2016 гг. Старший палатный врач хирургического отделения ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова — 1996–2001 гг. Куратор хирургического отделения ЦКБ Святителя Алексия 2001–2014 гг. Куратор сосудистого отделения ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова с 2014 г. по 2016 г. Руководитель сосудистого центра ГКБ№29 им. Н.Э.Баумана с 2016 по настоящее время. Владение широким диапазоном операций на органах брюшной полости и магистральных сосудах. Сертифицирован по хирургии, сердечно-сосудистой хирургии, эндоскопической хирургии, ультразвуковой диагностике, онкологии. Хирург высшей категории.

Научная работа: Автор 230 научных и учебно-методических работ, из них 21 патент на изобретение, 2 монографии, 8 методических рекомендаций и учебных пособий, соавтор 2 руководств для студентов, ординаторов и врачей по «Неотложной хирургии органов брюшной полости», 2 учебников для студентов «Хирургические болезни». Член редколлегии журналов «Ангиология и сосудистая хирургия» и «Амбулаторная хирургия». Член комиссии Минздрава по Имплантируемым Медицинским Изделиям. Лауреат грантов Президента РФ (2007), Российского Фонда Фундаментальных Исследований (2004, 2007, 2010). Член Российского общества хирургов, Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, европейского общества сосудистых хирургов.



Виталий Михайлович КУЛЕШОВ Россия

Кулешов Виталий Михайлович, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии НГМУ, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ НО «Клинический Центр Охраны Здоровья Семьи и Репродукции», заслуженный врач РФ (Новосибирск)

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Кулешов Виталий Михайлович в 1985 году с отличием окончил лечебный факультет Новосибирского государственного медицинского института. С 1985 по 1987 гг. проходил обучение в клинической ординатуре по специальности по «акушерство и гинекология» на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского института. В 1987 г. поступил в очную аспирантуру на кафедру акушерства и гинекологии лечебного факультета НГМИ. Защитил кандидатскую диссертацию «Роль лапароскопии в обследовании лечении женщин с бесплодием, обусловленным нарушением овуляции». С 1989 года — ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета НГМИ.

В 1998 году защитил докторскую диссертацию по теме «Морфогенез и клинические аспекты патологии яичников у женщин репродуктивного возраста при различных формах гонадной дисфункции и ее коррекция».

С 1999 года — профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ. В 2002 году В.М. Кулешову присвоено ученое звание профессора по акушерству и гинекологии. С момента основания в течение 25 лет заведует гинекологическим отделением ГБУЗ Клинический центр охраны здоровья семьи и репродукции Новосибирской области.

Награжден Почетным знаком «Золотой фонд НГМУ», Почетными грамотами Губернатора НСО и мэра г. Новосибирска, в 2010 г. В.М. Кулешову присвоено Почетное звание Заслуженный врач Российской Федерации.

Автор более 120 печатных работ, методических рекомендаций, монографии; под его руководством выполнено 8 кандидатских и 2 докторских диссертации.

В.М. Кулешов — член Российской Ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской Ассоциации Эндометриоза, член Экспертного Совета по эндометриозу. Является членом Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС).

Сфера профессиональных интересов; женское бесплодие, реабилитация репродуктивной функции, невынашивание беременности, консервативное и оперативное лечение эндометриоза, эндоскопическая хирургия, антивозрастная медицина.



Ольга Ярославна ЛЕЩЕНКО Россия

Лещенко Ольга Ярославна, д. м. н., врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, руководитель лаборатории социально-значимых инфекций ФГБНУ «НЦ ПЗСРЧ» (Иркутск)

Главный научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» Иркутск, доктор медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей категории, врач ультразвуковой диагностики. Окончила Иркутский Государственный медицинский университет в 1998 году и с 1999 года работает в Научном центре проблем здоровья семьи и репродукции человека г. Иркутск. В 2004 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Основные закономерности формирования нарушений репродуктивного здоровья у девочек-подростков при сахарном диабете первого типа». Эта научная работа признана лучшей научной работой на Первом конкурсе Молодых ученых в рамках проведения XI Конгресса «Человек и лекарство» в г.Москве 2004 г. и была опубликована в журнале Лечащий врач. С 2007 по 2010 г. председатель Совета молодых ученых Президиума ВСНЦ СО РАМН и организатор первой всероссийской конференции Молодых ученых, проводимой в Научном центре. В 2011 году защитила докторскую диссертацию на тему: «Основные факторы и детерминанты потерь репродуктивного потенциала женского населения Восточной Сибири». Победитель различных грантов и премий, таких как премия губернатора Иркутской области «Мониторинг нарушений репродуктивного здоровья и программа сохранения репродуктивного потенциала в современных экологических условиях Восточной Сибири», городской администрации г. Братска на разработку научно-исследовательской работы «Механизмы формирования нарушений репродуктивного потенциала подростков в крупном промышленном центре Восточной Сибири в г. Братске». Грант администрации г. Иркутска «Формирование семейно-ориентированных установок и профилактика репродуктивных нарушений у девушек-подростков» и др. С коллективом авторов стала победителем Всероссийского конкурса «ДЕЛОВАЯ СЛАВА РОССИИ — 2010» за разработку программы формирования семейно-ориентированных установок у старшеклассниц. Несколько раз в соавторстве становилась победителем премий за лучший научных доклад на международных конгрессах. Является активным со-исследователем и координатором клинических испытаний, проводимых в клинике ФГБНУ НЦ ПЗС РЧ с 2010 года.

Лещенко О.Я. имеет более 150 научных печатных работ в т.ч. и зарубежных изданиях, а также является соавтором четырех монографий и пяти методических пособий. С 2012 активно работает в диссертационном совете при ФГБНУ НЦ ПЗС РЧ и научным руководителем аспирантов и соискателей. Стояла у истоков развития хозрасчетного направления Центра Инновационной медицины, где до настоящего времени ведет активный востребованный консультативный прием по проблемам бесплодия, планирования семьи, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки, климактерия, интимного омоложения. Действующий член Эндокринологической ассоциации США ENDO, Европейского общества контрацепции и репродуктивного здоровья (ESC), Американского общества кольпоскопии и патологии шейки матки (ASCCP), Европейского общества Эндометриоза и болезней матки, Международного общества по менопаузе и др.



Томи С. Миккола
Финляндия

Томи С. Миккола, лектор/профессор и руководитель Отделения Урогинекологии в Университете Хельсинки (Финляндия)

Доктор Миккола — автор более 100 публикаций, преимущественно в области эндокринной гинекологии и особенно — менопаузальных состояний. Также он руководит собственной исследовательской лабораторией в Институте биомедицинских исследований, Хельсинки. Д-р Миккола — член многих престижных медицинских ассоциаций, активно участвует и выступает на международных мероприятиях этих организаций, особенно по вопросам менопаузальной гормональной терапии и сердечно-сосудистым заболеваниям.



**Наталья Михайловна
ПОДЗОЛКОВА**
Россия

Подзолкова Наталья Михайловна, д.м.н., профессор, член-корреспондент Российской академии естественных наук (РАЕН), зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования «Минздрава РФ» (Москва)

Автор более 450 статей и 23 монографий. Член Президиума Российского общества акушеров гинекологов. Член редколлегий 8 профильных Российских и зарубежных журналов



**Лилиана Викторовна
ПОКУЛЬ**
Россия

Покуль Лилиана Викторовна, д.м.н, гинеколог, онколог, ФГБУ «Новороссийский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» (Краснодар), доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК РУДН (Москва)

С 1994– 2003 гг. врач акушер-гинеколог, гинекологический центр Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения.

2002 г. — защита кандидатской диссертации по теме «Безопасность и эффективность гистерорезектоскопии в лечении субмукозных узлов матки»

2010 г. — защита докторской диссертации по теме: «Постовариоэктомиический синдром: особенности патогенеза, диагностики и прогнозирования у больных раком тела и шейки матки после противоопухолевого лечения».

2004–2018 гг. врач онкогинеколог, Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер.

Имеет 76 научных публикации, из них 18 рецензируемых ВАК;

патент РФ № 2009128829 от 05.07.10. «Способ диагностики степени атрофии стенки влагалища у женщин после овариоэктомии»; патент РФ № 2009128827 от 09.07.10. «Способ диагностики атрофии влагалища у женщин репродуктивного возраста в состоянии постовариоэктомии».

Л.В. Покуль имеет основное научное направление в области хирургии малого таза и в изучении особенностей ПОЭС у больных репродуктивного возраста. Данные исследования явились основой для защиты докторской диссертации в 2010 году по теме: «Постовариоэктомиический синдром: особенности патогенеза, диагностики и прогнозирования у больных раком тела и шейки матки после противоопухолевого лечения».

Л.В. Покуль активно занимается научно исследовательской работой. Под ее руководством проводятся исследования в области изучения особенностей клинического течения различных эндокринопатий у женщин в различные возрастные периоды, а также изучаются вопросы ранней диагностики рака яичников и шейки матки у пациенток в репродуктивном и перименопаузальном возрастах.

Л.В. Покуль является доцентом кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК РУДН Москва.



**Елена Анатольевна
САНДАКОВА**
Россия

Сандакова Елена Анатольевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ПГМУ (Пермь)

Сандакова Елена Анатольевна родилась в г. Перми, окончила с отличием Пермский государственный медицинский институт, после окончания которого прошла обучение в ординатуре по акушерству и гинекологии. В течение 5 лет работала практическим врачом в гинекологическом отделении городской больницы. С 1986 года с момента образования кафедры акушерства и гинекологии ФУВ работает в Пермском государственном медицинском университете им. академика Е.А. Вагнера, пройдя путь от ассистента до заведующей кафедрой. В 1993 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Церебральные вегетативные нарушения при раннем гестозе», в 2000 году — докторскую «Нарушения менструальной функции дизрегуляторного генеза: особенности тиреоидного и иммунного статуса». Возглавляет кафедру с 1999 года, с 2000 года имеет ученое звание профессора. Подготовила двух докторов и 18 кандидатов медицинских наук. В течение 16 лет является президентом Ассоциации гинекологов-эндокринологов Пермского края.



**Антонина
Александровна
СМЕТНИК**
Россия

Сметник Антонина Александровна, старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, вице-президент Российской ассоциации по менопаузе (Москва)

В 2011 г. с отличием окончила Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. В 2015 г. защитила кандидатскую диссертацию, посвященную вопросам состояния костной и жировой ткани у женщин с аменореей и в постменопаузе.

Выступления с научными докладами на 16-м, 17-м, 18-м Всемирных конгрессах по гинекологической эндокринологии (г. Флоренция, Италия, 2014 г., Платиновый победитель конкурса научных работ, 2016 г., 2018 г.), 14-м и 15-м Всемирных конгрессах по менопаузе (г. Канкун, Мексика, 2014 г., г. Прага, Чехия, 2016 г. — финалист конкурса на Greenblatt prize), 10-м Европейском конгрессе по менопаузе и андропаузе (г. Мадрид, Испания, 2015 г.). В 2013 г. обучалась на курсах Международной ассоциации по гинекологической и репродуктивной эндокринологии (сертификат ISGRE). В 2017 г. получила приглашение от исполнительного комитета Международной ассоциации по менопаузе выступить с докладом на симпозиуме по результатам научной работы на 16-м Всемирном конгрессе по менопаузе в 2018 г. В 2017 г. награждена медалью имени академика В.И. Кулакова.

Сметник А.А. является автором более 20 публикаций, в том числе в рецензируемых журналах, по вопросам эффектов половых гормонов и их дефицита на костную и жировую ткань, молочную железу, сердечно-сосудистую систему, главы «Эстрогеновые рецепторы» в книге «Эстрогены: от синтеза до клинического применения», 2012 г. Является автором одного изобретения (Патент России № 2548822, 2015 г.). Соавтор клинических рекомендаций «Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте», 2015 г.

Вице-президент Российской ассоциации по менопаузе, представитель Российской Федерации в Международной ассоциации по менопаузе (CAMS representative), член Международной ассоциации гинекологов-эндокринологов, Европейского общества по менопаузе и андропаузе.



**Наталья Владимировна
СПИРИДОНОВА**
Россия

Спиридонова Наталья Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии МПО СГМУ, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Самарской области (Самара)

Окончила Самарский государственный медицинский университет с отличием в 1995 году. В период с 1995 по 1997 год — клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии ИПО Самарского государственного медицинского университета.

В 1997 году в конце 2-го года обучения в клинической ординатуре защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям 14.00.01 — акушерство и гинекология, 03.00.04 — биохимия. После окончания клинической ординатуры была принята на должность ассистента кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета.

В 2007 г в диссертационном совете при Российском университете дружбы народов была защищена докторская диссертация по специальностям 14.00.01 — акушерство и гинекология, 03.00.04 — биохимия. В 2008 году принята на должность доцента кафедры акушерства и гинекологии, с 2010 года — профессор кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования. В 2015 году присвоено ученое звание профессора по кафедре акушерства и гинекологии.

С 01.09.2011 г. и по настоящее время являюсь заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета. Переизбиралась по конкурсу на должность заведующего кафедрой в 2012 г. и 2017 г. Общий научно-педагогический стаж работы в СамГМУ — 20 лет, также как и общий стаж по специальности.

Опубликовано более 160 печатных работ, из них более 90 статей, 19 учебно-методических работ, 2 монографии, 16 патентов на изобретение, полезную модель и программ для ЭВМ. Количество публикаций в изданиях, индексируемых в базах данных Scopus — 16, РИНЦ — 87, индекс Хирша — 6. Под моим научным консультированием и руководством защищены 1 докторская и 4 кандидатских диссертаций, и в настоящее время выполняется еще 4 диссертационных исследований.

Результаты научных исследований доложены на международных и российских конференциях и симпозиумах. Достижения отмечались почетной грамотой министерства здравоохранения и социального развития Самарской области (2008), почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации (2013).



**Людмила
Владимировна
ТКАЧЕНКО**
Россия

Ткаченко Людмила Владимировна, Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета (Волгоград)

Л.В. Ткаченко окончив с отличием Волгоградский государственный медицинский институт, работала в Волгоградской областной больнице №1, где прошла путь от врача-ординатора гинекологического отделения и врача выездной экстренной помощи в родовспомогательные учреждения области до профессора, доктора медицинских наук, успешно защитив кандидатскую диссертацию на тему «Рефлексотерапия эндокринных форм бесплодия» в 1986г и в 2000 году докторскую диссертацию «Прогнозирование, профилактика и реабилитация нарушений репродуктивной функции гипоталамо-гипофизарного генеза».

Научная деятельность характеризуется широтой интересов, научными и практическими инновациями в акушерстве и гинекологии. Имеет более 360 публикаций, 5 монографий, 7 патентов, является соавтором 4 национальных клинических руководств. Под руководством Л.В. Ткаченко защищено 37 кандидатских и докторских диссертаций.

Член Ассоциации гинекологов-эндокринологов, Российской ассоциации по менопаузе.

В течение последних 12 лет исполняла функции главного акушера-гинеколога Волгоградской области., награждена медалью «Святитель Лука за спасение человеческих жизней».

Раннее назначение МГТ и профилактика рака репродуктивных органов

Подзолкова Н.М.

По данным Роскомстата численность населения Российской Федерации на 2015 год составляла 146 млн 297 тыс 550 человек, из них 39 млн – женщины в возрасте старше 40 лет и 21,6 млн – старше 44 лет. Прогнозируется, что к 2030 году средняя продолжительность жизни женщин в РФ будет составлять 80 лет, следовательно, проблема качества жизни в постменопаузе становится глобальной задачей медицины 21 века. Применение МГТ способно позитивно повлиять на важнейшие показатели качества жизни не только за счет купирования симптомов эстрогенного дефицита, но и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, лечения генитоуренарной атрофии. Важно понимать, что идеальными кандидатами для начала привинтивных мер являются женщины в периоде менопаузального перехода, а МГТ должна быть индивидуальной и основываться на оценке риска и пользы у каждой женщины. Согласно последним рекомендациям IMS (2016) нет четких ограничений по продолжительности МГТ, в связи с этим вопросы безопасности длительной терапии приобретают ключевое значение. Доказано, что монотерапия эстрогенами у женщин с сохраненной маткой связана с повышением риска гиперплазии и рака эндометрия, которое зависит от продолжительности лечения и дозы, а для защиты эндометрия нужны адекватные дозы и продолжительность приема прогестагена. [А] Учитывая распространенность заболевания проблема безопасности молочных желез занимает особое место. Применительно к МГТ полагают, что повышение риска рака молочной железы связано главным образом с добавлением синтетического прогестагена к эстрогенной терапии (непрерывный комбинированный режим ККЭ + МПА) и зависит от ее длительности. [В], а риск может быть существенно ниже при применении микронизированного прогестерона или дидрогестерона, чем при использовании синтетического прогестагена. К сожалению, на основании накопленных в настоящее время данных взаимосвязь между МГТ и раком яичников остается неизвестной. [С] Вместе с тем, Ни одно из двух клинических исследований WHI (монотерапия эстрогенами или Э + П) не показало значимого увеличения частоты развития рака легких среди принимающих гормональную терапию в сравнении с плацебо. [А], В большинстве наблюдательных исследований показано уменьшение риска колоректального рака среди женщин, использующих пероральную МГТ. [В]. В трех мета-анализах сообщалось о сниженном риске колоректального рака при применении МГТ, при этом позитивный эффект сохранялся в течение 4 лет после прекращения терапии. [А]. В рандомизированных контролируемых исследованиях WHI и в исследовании HERS не было увеличения риска рака шейки матки при применении МГТ. [А] Долгосрочные когортные исследования показали отсутствие повышения риска рака шейки матки при применении МГТ. [В] Проведенные в последние десятилетия емкие наблюдательные и рандомизированные исследования показали, что риски МГТ могут быть максимально снижены, а польза – повышена, путем выбора оптимального режима, прогестагенной составляющей и дозы препарата для женщин в возрасте 50–59 лет, подтверждая тем самым «теорию терапевтических возможностей».

Урогенитальные расстройства в пре и постменопаузе

Спиридонова Н.В.

Доклад содержание: генитоуринарный менопаузальный синдром, виды атрофии, стрессовое недержание мочи, ГАМП, алгоритм диагностики и лечения. Какую терапию выбрать: системную или локальную?

Правильный переход с циклического режима на монофазный — на что обратить внимание!

Енькова Е.В.

Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в циклическом режиме с использованием двухфазных препаратов рекомендована у женщин с интактной маткой в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе, монофазная комбинированная терапия в непрерывном режиме рекомендована у женщин в постменопаузе с интактной маткой. Рекомендовано титровать дозу препарата МГТ до самой низкой оптимальной и наиболее эффективной дозы.

МГТ не является стандартным режимом терапии для любой женщины. Риски МГТ могут быть минимизированы, а преимущества – максимально повышены путем выбора оптимального режима терапии.

Молочная железа и половые гормоны: физиология и онкология

Сметник А.А.

Молочная железа является органом-мишенью для большого количества гормонов и факторов роста, где ведущую роль играют половые гормоны и экспрессия соответствующих рецепторов.

В опухолевой ткани концентрация локальных эстрогенов в постменопаузе в 20-50 раз выше, чем в плазме (локальная конверсия из андрогенов, эстрона и эстрона сульфата). При этом не наблюдаются различия в концентрациях эстрадиола: в крови при раке и в норме; локально при раке в репродуктивном возрасте и в постменопаузе; локально при раке в постменопаузе на фоне МГТ и без МГТ. Опухолевая концентрация эстрадиола не зависит от уровня в плазме.

МГТ способно снижать инсулинрезистентность и гиперинсулинемию при ожирении, а значит, обладать положительным эффектом на молочную железу при указанных факторах риска. Некоторые виды комбинированной МГТ могут повышать риск рака молочной железы у женщин с высокой маммографической плотностью. При низкой маммографической плотности МГТ не повышает риск.

Согласно рекомендациям IMS, возможное повышение риска рака молочной железы, связанное с МГТ, невелико и оценивается в менее чем 1,0 случай на 1000 женщин на год использования. Этот уровень схож или ниже, чем повышение риска, связанное с такими частыми факторами образа жизни, как сниженная физическая активность, ожирение и употребление алкоголя. При назначении МГТ предпочтение необходимо отдавать комбинациям с метаболически нейтральным гестагеном — прогестероном или дидрогестероном, что не приводит к статистически значимому повышению риска рака молочной железы.

Качество жизни пациенток, больных РМЖ, остается нерешенной клинической задачей, и перед врачами встает «эндокринная дилемма»: необходимо одновременно блокировать эффекты эстрогенов и купировать проявления дефицита эстрогенов.

Число женщин, перенесших РМЖ в анамнезе, постоянно повышается. 5-летняя выживаемость у больных РМЖ составляет до 90%, что диктует поиск адекватных подходов для поддержания качества жизни. Однако большинство женщин имеют тяжелые проявления климактерических расстройств, что становится крайне важной проблемой с коротко- и долгосрочными последствиями на здоровье и качество жизни. Как следствие, до 28% женщин, больных РМЖ, не привержены адъювантной терапии.

МГТ может купировать до 90% приливов, однако, вызывает обеспокоенность системное воздействие эстрогенов и возможное повышение частоты рецидивов у женщин, перенесших РМЖ, что крайне ограничивает ее использование.

Молочная железа и половые гормоны: физиология и онкология

Сметник А.А.

Продолжение

На сегодняшний день рекомендации, в основном, рассматривают РМЖ как противопоказание к МГТ, однако у некоторых женщин облегчение симптомов может перевешивать потенциальные риски МГТ. Существует теория о положительном влиянии эстрогенов на клетки РМЖ после длительной эстрогенной депривации, о чем, в том числе, говорят данные о случаях эффективного использования эстрогенов при некоторых ЭР+ РМЖ, резистентных к эндокринной терапии.

За последние 20 лет проведено множество исследований, направленных на поиск эффективных методов терапии проявлений эстроген-дефицитного состояния у женщин, перенесших РМЖ. В докладе суммированы результаты последних мета-анализов и гайдлайнов по ведению женщин с менопаузальными расстройствами, больных РМЖ.

Профилактика сердечно-сосудистых рисков в менопаузе. Взгляд сосудистого хирурга

Кузнецов М.Р.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — патологическое состояние, характеризующееся застоем или извращением кровотока в венозной системе нижних конечностей. Обычно она представлена следующими заболеваниями: варикозная и посттромбофлебитическая болезни, артерио-венозные свищи, гипо- и аплазия глубоких вен, при этом наиболее часто речь идет о варикозной болезни. Поверхностные вены представлены большой и малой подкожными венами, при этом отток крови осуществляется в сторону сердца благодаря клапанному аппарату и строго из поверхностных вен в глубокие. При чрезмерном давлении в глубоких венах и слабости соединительно-тканых структур возможен обратный сброс крови и развитие хронической венозной недостаточности. Общепринятой международной классификацией ХВН считается классификация CEAP, а в клинической ее части выделяют 6 степеней. В патогенезе тромбоза, как венозного, так и артериального основное внимание уделяется триаде Вирхова: повреждение сосудистой стенки, изменение тока крови, сдвиг гемостаза в сторону тромбообразования. Если при тромбозе поверхностных вен (тромбофлебите) основной мерой профилактики тромбоза эмболии легочных артерий (ТЭЛА) является операция разобщения поверхностных и глубоких вен — кроссэктомия, то при тромбозе вен глубоких ситуация сложнее. Клинический диагноз тромбоза глубоких вен можно поставить, руководствуясь шкалой Wells. Тромбоз глубоких вен бывает флотирующим (эмболоопасным), пристеночным и окклюзивным. Два последних его вида не опасны в плане легочной эмболии. При применении менопаузальной гормональной терапии (МГТ) риск венозного тромбоза наиболее высок в первый год и зависит от дозы препарата. Вид прогестагена также играет значение — наименьший риск развития венозных тромбозов связан с микронизированным прогестероном и с производными прегнала (дидрогестероном). Во многом это связано с тем, что они практически не имеют антиминералкортикоидной активности, в связи с чем, не происходит обезвоживания пациента и сгущения крови. Напротив, дроспиренон такой активностью обладает в достаточно большой степени, а, следовательно, существенно увеличивает риск венозных тромбозов. Сама по себе МГТ существенно снижает риск артериальных тромбозов, поскольку тормозит атерогенез. Это проявляется тем, что частота ИБС, церебрального и периферического (нижние конечности) атеросклероза у женщин, принимающих МГТ значительно ниже. Эффективность МГТ в этом плане зависит от возраста пациенток — начало лечения после 60 лет малоэффективно. Торможение атерогенеза обусловлено воздействием препаратов МГТ на гепатоциты как эстрогенной, так и прогестероновой составляющей. При этом существенное преимущество имеет дидрогестерон, способный увеличивать в крови концентрацию антиатерогенных липопротеидов высокой плотности. Энтеральные препараты в этом плане существенно эффективнее трансдермальных.

Когнитивные функции в постменопаузе. Влияние менопаузальной гормонотерапии

Сандакова Е.А.

В связи с возрастающей продолжительностью жизни женщин вопросы сохранения когнитивной деятельности приобретают все большее значение. Одним из множества факторов, влияющих на высшие психические функции, являются половые гормоны, механизм действия которых заключается во взаимодействии со специфическими внутриядерными рецепторами клеток, оказании быстрых мембранных эффектов, влиянии на синтез нейротрансмиттеров и нейропептидов. Спектр биологического действия эстрогенов на нервную ткань широк и разнообразен: противовоспалительный и антиоксидантный эффекты, участие в метаболизме и регенерации, поддержание мозгового кровотока и др. Снижение половых стероидов, связанное с наступлением менопаузы, существенно сказывается на метаболических процессах в головном мозге, приводя к дезинтеграции эмоциональных, психических, вегетативных, и эндокринных функций и влечет за собой нарушение познавательной деятельности, расстройства памяти, а в ряде случаев и формирование деменции. Значительное число исследований демонстрирует положительное влияние менопаузальной гормонотерапии на когнитивные функции и даже свидетельствуют о возможности уменьшения риска болезни Альцгеймера и других видов деменции. При этом раннее начало заместительной гормонотерапии коррелирует с лучшими результатами. Вместе с тем наличие противоречивых данных о воздействии экзогенных гормонов на мозг требует дальнейшего изучения этой чрезвычайно важной проблемы.

МГТ — ключ к социальному долголетию женщины

Ткаченко Л.В.

Менопаузальные расстройства, возникающие в результате снижения и прекращения функции яичников, появляющиеся в период менопаузального перехода с высокой частотой и приводят к существенному ухудшению качества жизни и снижению социальной роли.

Учитывая быстрый рост популяции женщин среднего и старшего возраста, увеличения продолжительности жизни женщин в России, в числе главных принципов МГТ как в зарубежных, так и в отечественных рекомендациях, значится оптимизация качества жизни женщин и обеспечения их долгосрочного благополучия.

В данном аспекте интересным представляется применение долговременной плавной линейки одного и того же препарата с меняющейся дозировкой, персонализированной для женщин периода менопаузального перехода.

Рекомендации 2017 года: новое во взгляде на риски и пользу

Балан В.Е.

В 2017 г. Были опубликованы Клинические рекомендации по гормональной терапии североамериканского общества по менопаузе «The North American Menopause Society» (NAMS), и Клинические рекомендации по менопаузе американской ассоциации клинических эндокринологов «American Association of Clinical Endocrinologists» (AACE)/American College of Endocrinology (ACE). Эти рекомендации дополняют Клинические рекомендации по гормональной терапии от 2012 г The North American Menopause (NAMS) и дополняют клинические рекомендации AACE 2011 года, но не заменяют их, указывая дальнейшие направления исследований.

Клинические рекомендации по менопаузе американской ассоциации клинических эндокринологов включают следующие положения:

1. При назначении менопаузальной гормональной терапии должны оцениваться риски связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, возрастом, временем, прошедшем после менопаузы.
2. При трансдермальном пути введения возможно снижается риск тромбозомболических осложнений, инсультов и ИБС, по сравнению с оральным.
3. При назначении прогестерона предпочтение лучше отдавать микронизированному, как более безопасному.
4. Для устранения менопаузальных симптомов у женщин с высокими рисками при ЗГТ возможно применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и других негормональных агентов.
5. AACE не рекомендует использование биоидентичной ГТ.
6. AACE полностью поддерживает рекомендации the Comité de l'Évolution des Pratiques en Oncologie в отношении ведения постменопаузальных женщин с раком молочной железы.
7. ЗГТ рекомендована для профилактики диабета.
8. У женщин с диагностированным диабетом ЗГТ должна назначаться строго индивидуально с учетом возраста, метаболизма и кардиоваскулярного риска.

Рекомендации североамериканского общества по менопаузе «The North American Menopause Society» (NAMS) охватывают период времени 15 лет, прошедших с момента публикации первых результатов WHI ГТ в 2002 году и почти 10 лет с момента реанализа с учетом возраста и длительности постменопаузы, многие моменты стали понятны, однако до сих пор остается много вопросов.

Различные дозировки, режимы, пути введения и время начала ГТ, скорее всего, имеют разную эффективность, хотя это необходимо анализировать при проведении РКИ. В опубликованных результатах WHI, выявлены существенные различия риска и пользы при монотерапии эстрогенами

Рекомендации 2017 года: новое во взгляде на риски и пользу

Балан В.Е.

Продолжение

(ЭТ) и комбинированной терапии (ЭПТ). Концепция «минимальная доза с наименьшей продолжительностью» может быть неприменима или вредна для некоторых женщин. Более подходящая концепция: «подходящая доза, длительность, режим и путь введения». Учитывая наибольшую безопасность ЭТ, она может быть назначена на длительный срок. Рекомендуется стратифицировать риск в соответствии с возрастом и времени от момента менопаузы. Использование трансдермальных или низких доз ГТ может уменьшить риск ВТЭ и инсульта.

Индивидуальный подход с периодической переоценкой соотношения риска и пользы остаются ключевыми моментами при назначении ГТ. Преимущества могут включать в себя нивелирование упорных ВМС, профилактику потери костной массы для женщин с высоким риском переломов, лечение ГУМС, улучшение сна, самочувствия и качества жизни.

Абсолютные риски для женщин 50–59 лет или в течение 10 лет после менопаузы низкие, риски при начале ГТ женщин в возрасте 60 лет и старше или больше 10 лет после менопаузы, выше, особенно для лиц в возрасте старше 70 лет и более 20 лет после менопаузы, необходимы длительные исследования для определения рисков при длительной ГТ.

Женщины с ПНЯ или ранней хирургической или естественной менопаузой имеют более высокие риски потери костной массы, ССЗ, когнитивных или аффективных расстройств, связанных с дефицитом эстрогена. В наблюдательных исследованиях этот риск приближается к нормальному, если ЭТ начинается до среднего менопаузального возраста, после которого необходимость ГТ должна быть переоценена. В не многих наблюдательных исследованиях, BRCA –положительные женщины, вероятно получают аналогичные преимущества от ГТ до среднего возраста менопаузы, с минимальным не повышающимися рисками РМЖ. Недостаточно результатов РКИ о рисках длительной ГТ женщин старше 60–65 лет, хотя наблюдательные исследования свидетельствуют о повышении риска РМЖ с увеличением длительности ГТ. Положительный эффект в отношении ИБС, основанное на долгосрочном исследовании «The Nurses' Health Study», с возрастом снижается. Для женщин старше 60–65 лет решение о продолжении терапии принимается индивидуально. Необходимость прекращения ГТ у женщин старше 65 лет не доказана.

Использование низко дозированных вагинальных эстрогенов (при неудаче негормональной терапии) у перенесших РМЖ и рак эндометрия, вероятно, безопасно и значительно улучшает качество жизни. Системная ГТ требует тщательного анализа для перенесших эстроген-чувствительный рак и должна использоваться только по веским причинам, решение принимается совместно с онкологом, при неэффективности негормональной терапии. Крайне необходимы исследования тромботического риска (ВТЭ, ЛЭ и инсульта) при пероральной и трансдермальной терапии. Необходимы исследования для подтверждения или опровержения благоприятного эффекта ГТ на ИБС и смертность от всех причин с наступлением менопаузы и при ранней постменопаузе.

Менопауза и эндометриоз. Что необходимо учитывать при назначении МГТ

Кулешов В.М.

Эндометриоз — эстрогензависимое заболевание, которое поражает приблизительно 6-10% женщин репродуктивного возраста, составляющих около 176 миллионов женщин во всем мире (Bulun, 2009). Он определяется как наличие вне матки эндометриоподобной ткани и является хроническим заболеванием, сопровождающимся изнурительной болью в области малого таза, диспареунией, дизурией, дисменореей и бесплодием. Однако, из-за отсутствия надежных методов диагностики и неспецифического характера симптомов существует задержка в диагностике и начале терапии заболевания длительностью в 8-10 лет (Ahn et al., 2017). Хроническая и изнуряющая боль при эндометриозе может препятствовать трудоспособности, снижать качество жизни, в то время как, бесплодие может оказать серьезные психосоциальные и финансовые нагрузки на женщин и их партнеров (Simoens et al., 2007, 2012).

Постменопаузальный эндометриоз встречается относительно редко вследствие выраженного снижения уровня эстрогенов, заболеваемость эндометриозом у женщин в постменопаузе не превышает 2-4% (Sasson, Taylor, 2009).

Патофизиология эндометриоза сложна и не полностью понята. Теория ретроградной менструации Сэмпсона, которая подразумевает, что клетки эндометрия попадают в брюшную полость через фаллопиевы трубы во время менструаций, является самой надежной (Vercellini et al., 2014). Эстрогенная насыщенность, устойчивость к прогестерону, воспаление и генетическая предрасположенность представляют собой некоторые патофизиологические маркеры этого заболевания (Burney and Giudice, 2012). Очаги эндометриоза обладают патологической сверхэкспрессией бета-эстрогеновых рецепторов (ERβ) (более, чем в 100 раз выше, по сравнению с экспрессией тканями эндометрия). Экспрессия приводит к локальному повышению уровня биологически активной формы эстрогенов (эстрадиола) (Kitawaki et al., 2002; Bulun et al., 2012).

Хирургическая или медикаментозная менопауза связана с резким падением уровня эстрогенов, что может облегчить симптомы эндометриоза, но может одновременно вызвать симптомы менопаузы. Эти симптомы разнообразны и включают в себя приливы, сухость влагалища, нарушения сна и настроения, ночные поты, диспареунию и др. Хотя эти симптомы возникают у многих женщин, которые естественным образом переходят в менопаузу, они особенно распространены и тяжелы у женщин с внезапным началом гипоестрогении (Hendrix, 2005). Золотым стандартом для лечения симптомов менопаузы традиционно была менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Она имеет решающее значение для облегчения симптомов и улучшения качества жизни миллионов женщин в менопаузе, хотя эти успехи сопровождались проблемами безопасности в отношении конкретных препаратов и дозировок (Manson et al., 2013)

Многие исследования изучали эффективность и безопасность МГТ у женщин в постменопаузе с климактерическими симптомами (Rossouw et al., 2002; Rozenberg et al., 2013). Однако, в немно-

Менопауза и эндометриоз. Что необходимо учитывать при назначении МГТ

Кулешов В.М.

Продолжение

гих исследованиях изучалось использование гормональной терапии у женщин в постменопаузе с эндометриозом в анамнезе. В этой группе женщин существуют две конкретные проблемы. Во-первых, существует вероятность того, что экзогенный эстроген будет активировать рост эндометриозидных очагов и вызовет симптоматику рецидива. Во-вторых, существует опасение, что эстроген будет способствовать малигнизации оставшейся эндометриозидной ткани.

Однако, нельзя недооценивать влияние снижения уровня эстрогенов. Менопаузальные симптомы влияют на жизнь миллионов женщин во всем мире. Гипоэстрогенный фон может значительно ухудшить качество жизни, снижение системного уровня эстрогенов является фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой и костной систем (Gallagher, 2007; Rosano et al., 2007). Было показано, что использование МГТ снижает риск таких состояний и улучшает качество жизни женщин с симптоматикой (Langer, 2017). Односторонняя или двусторонняя оофорэктомия, проведенная до наступления естественной менопаузы, связана с повышенным риском развития деменции и когнитивных нарушений (Rocca et al., 2007); однако, эти риски могут быть уменьшены при назначении МГТ до достижения среднего возраста естественной менопаузы (Rocca et al., 2014).

Женщинам не следует отказываться от лечения МГТ только из-за эндометриоза в анамнезе (Al Kadri et al., 2009; Dunselman et al., 2014). Каждую женщину с эндометриозом в анамнезе, начинающую прием МГТ, следует проконсультировать о рисках и преимуществах этого лечения. В настоящее время клиницисты должны соотносить преимущества и риски МГТ с учетом индивидуальных факторов риска (возраста, ИМТ и т.д.) и выбрать подходящие методы лечения, направленные на конкретные симптомы менопаузы. Пациентки должны активно участвовать в процессе принятия решений. Женщинам следует объяснить, что не существует достоверных данных, указывающих на влияние МГТ относительно риска рецидива эндометриоза или злокачественной трансформации. Небольшие исследования показали возможность увеличения риска рецидива у женщин, принимающих ЗГТ, в частности, монотерапию эстрогенами. Некоторые авторы выступают за использование комбинированной ЗГТ для женщин с эндометриозом в анамнезе, чтобы свести к минимуму риск рецидива (Moen et al., 2010; Dunselman et al., 2014). Рассматриваются альтернативные варианты терапии (тиболол, ингибиторы ароматазы, СМРЭ в комбинации с эстрогенами).

Решение о начале приема ЗГТ после хирургической менопаузы должно быть индивидуализированным, учитывая возраст и анамнез жизни пациентки.

Митохондриальная дисфункция и климактерий. В чем связь? Возможности митохондриальной терапии в коррекции астенических состояний в пери- и постменопаузе и постгистероэктомического синдрома при наличии противопоказаний к МГТ

Покуль Л.В.

В докладе приводятся данные об этиотропном положительном влиянии аллогенной плацентарной терапии на проявления климактерического синдрома у пациентов в пере- и постменопаузе, а также у пациентов, отягощенных гинекологическим раком в состоянии ПООЭС. Будут озвучены механизмы оксидативного стресса, в частности окислительной модификации белков с климактерическим синдромом. Приводятся современные данные о безопасности и эффективности аллогенной плацентарной терапии.

Ключевые тренды anti-age медицины: от клеточной регуляции до сохранения качества жизни

Карахалис Л.Ю.

МГТ остается наиболее эффективным методом лечения вазомоторных симптомов и урогенитальной атрофии. Другие жалобы, связанные с менопаузой, например, боли в суставах и мышцах, перепады настроения, нарушения сна и сексуальная дисфункция могут также уменьшиться на фоне МГТ. Несомненным вкладом в улучшение качества жизни в период менопаузы является индивидуально подобранная МГТ и антивозрастной комплекс Фармвитель.

Индивидуальный подход к выбору МГТ

Зайдиева Я.З.

Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) остается наиболее эффективным методом лечения вазомоторных симптомов и урогенитальной атрофии. Другие жалобы, связанные с менопаузой, например, боли в суставах и мышцах, перепады настроения, нарушения сна и сексуальная дисфункция (включая снижение либидо) могут уменьшиться на фоне МГТ. Качество жизни и сексуальная функция также могут улучшиться.

Ассортимент препаратов для МГТ, назначаемых женщинам в климактерии, постоянно расширяется, как расширяется и сфера показаний к их применению. На сегодняшний день современная медицина располагает достаточно широким выбором хороших препаратов для МГТ, опытом применения препаратов для МГТ, свидетельствующим о заметном преобладании преимуществ над риском МГТ, хорошими диагностическими возможностями, что позволяет отслеживать как положительные, так и отрицательные эффекты лечения.

Поэтому применение МГТ должно соответствовать потребностям и запросам конкретного больного, быть индивидуальным и постоянным. МГТ должна быть индивидуализирована и адаптирована в зависимости от симптомов и необходимости профилактики, а также персонального и семейного анамнеза, результатов соответствующих исследований, предпочтений и ожиданий женщины.

При подборе дозы и фармакологические характеристики препаратов необходимо учитывать как фазы климактерия, возраст и вес пациенток, так и особенности анамнеза, гинекологические заболевания и соматическое здоровье, а также относительный риск и противопоказания к использованию, что позволит обеспечить наилучший результат лечения. Риски и преимущества МГТ для женщин в периоде менопаузального перехода отличаются от таковых для более пожилых женщин. Во многих случаях преимущества длительного приема МГТ будут преобладать над риском. Комплексный и дифференцированный подход к назначению МГТ, а также знания об особенностях и свойствах компонентов, входящих в состав большинства препаратов, позволят избежать возможных нежелательных последствий и побочных эффектов и приведут к успешному достижению намеченных целей.

Менопаузальная гормональная терапия и рак: научные доказательства и причины необоснованного страха

Лещенко О.Я.

Известно, что у 80% пациенток в перименопаузальном периоде выражены вазомоторные симптомы, но только 20–30% из них обращаются за медикаментозным лечением, считая, что с проявлениями, ухудшающими качество жизни, надо просто смириться. При этом 90,5% женщин испытывают немотивированный страх перед гормональной терапией и категорически отказываются от неё. Многие эпидемиологические исследования косвенно указывают на роль гормонов яичников в развитии рака молочной железы. В общественном сознании прочно закрепилась мысль, что ключевым стимулом возникновения, роста и прогрессирования РМЖ являются эстрогены. Известны данные, что у 7% женщин в возрасте от 50 до 80 лет уже имеются не диагностированные опухоли («резервуар опухолей», из них 6% in situ и 1% — инвазивные формы). Вероятно влияние комбинированной эстроген-прогестагенной терапии может стимулировать рост уже существующей опухоли, а не инициировать злокачественный процесс. Мы не знаем точно, существует ли незначительное повышение риска рака молочной железы при длительном применении ЗГТ в постменопаузе или это обусловлено влиянием гормонов на уже имеющуюся опухоль. Будут обсуждены дискуссионные вопросы влияния МГТ на риск развития рака яичников, эндометрия шейки матки, колоректального рака и рака других локализаций.



Ацино — успешная швейцарская фармацевтическая компания, представляющая в России препараты в области женского здоровья.

Препарат заместительной гормональной терапии:



«Эстрокад»¹

С 2017 года компания представляет препарат для восполнения местного дефицита эстрогенов: Эстрокад – суппозитории с эстриолом 0,5 мг на увлажняющей основе Витепсол.

Для лечения вагинальных инфекций компания предлагает следующие препараты:



«Гайномакс»^{2*}

Курс лечения 3 дня



«Нео-Пенотран Форте»³

Для тех, кто ценит удобство приема. Прием 1 раз в день.

Для подробной информации по препаратам Гайномакс®, Нео-Пенотран Форте®, Эстрокад® ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.

Организация, уполномоченная принимать претензии на территории РФ по препаратам Гайномакс®, Нео-Пенотран Форте®, – представительство компании с ООО «Экселтис Хелсеа С.Л.».

Адрес: 119435, г. Москва, Б. Саввинский пер., д. 11, помещение 11. Тел.: +7 (495) 648-39-47/ факс: +7(495) 648-63-54.

Организация, уполномоченная принимать претензии на территории РФ по препарату Эстрокад® – ООО «Ацино Рус».

Адрес: 127055, Москва, ул. Палиха, д. 10, стр.3, тел.: +7 (495) 502 92 47, e-mail: info_rus@acino.swiss GYN/RU/042018/55.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Эстрокад® №ЛС-001609

2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Гайномакс® № ЛП-000007

* Способ применения и дозы: Интравагинально. Препарат применяют по 1 вагинальному суппозиторию на ночь в течение 7 дней. Альтернативная схема применения: по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в день (утром и на ночь) в течение 3 дней.

3. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Нео-пенотран Форте Л №ЛП-000486



**ДНИ МГТ
В РОССИИ 2018**

21-22 апреля 2018 года, Самара