



## **Комментарий Российской ассоциации по менопаузе на метаанализ эпидемиологических данных «Тип и длительность менопаузальной гормонотерапии и риск рака молочной железы»\***

Метаанализ эпидемиологических данных «Тип и длительность менопаузальной гормонотерапии и риск рака молочной железы» опубликован в открытом доступе в журнале «The Lancet» 29 августа 2019 года. Статья от группы авторов из Оксфорда поражает своей безапелляционностью.

В анализ вошли исследования с 1992г. по 2018г. Указывается, что в развитых странах при приеме менопаузальной гормонотерапии (МГТ) в течение 5 лет, начиная с 50 лет, частота рака молочной железы (РМЖ) в возрасте 50-69 лет возрастет на 1 случай на каждые 50 женщин (с 6,3 до 8,3%), использующих монофазную эстроген-гестагенную терапию; на 1 случай на 70 женщин (с 6,3 до 7,7%), использующих циклическую эстроген-гестагенную терапию; на 1 случай на каждые 200 женщин (с 6,3 до 6,8%), использующих монотерапию эстрогенами, при этом вагинальные эстрогены не повышают риски. Соответствующие риски при использовании МГТ в течение 10 лет, по мнению авторов, увеличатся еще вдвое.

На сегодняшний день, примерно 12 млн женщин принимают МГТ. Авторы указывают, что в западных странах с 1990г. было диагностировано 20 млн случаев РМЖ, из них 1 млн случаев, по мнению авторов, был вызван использованием МГТ.

В течение первых нескольких дней после публикации поступила реакция основных международных сообществ по менопаузе на данную публикацию (Международная ассоциация по менопаузе, Европейская ассоциация по менопаузе и андропаузе, Североамериканская ассоциация по менопаузе, Британская ассоциация по менопаузе).

Из данной публикации можно сделать следующие выводы:

1. Режимы МГТ, вошедшие в метаанализ, во многом, уже давно не используются.
2. Почти все данные по эстроген-гестагенной терапии относятся к медроксипрогестерона ацетату или норэтистерону, которые сейчас рутинно не используются в МГТ.
3. Включенные данные очень гетерогенные.
4. Анализ базируется, в основном, на больших наблюдательных исследованиях, а не на рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).
5. В результатах наблюдательных исследований, в отличие от рандомизированных клинических исследований, всегда есть множество вмешивающихся факторов.
6. Полученные данные о повышении риска даже на фоне монотерапии эстрогенами противоречат данным РКИ.

7. При ранней/преждевременной менопаузе риски на фоне МГТ сравниваются с рисками при ранней/преждевременной менопаузе без МГТ, а не с таковыми у женщин, соответствующих по возрасту, в пременопаузе, что не правомочно.
8. Необходимо учитывать, что в последнее десятилетие практика основывается на других препаратах и режимах, и сделать выводы из метаанализа о влиянии современных препаратов представляется сложным.
9. На сегодняшний день основой практики должна стать индивидуализация, принимая во внимание серьезность симптомов, индивидуальные факторы риска конкретной женщины, а также цели лечения и ее личные предпочтения.
10. Перед назначением менопаузальной гормонотерапии необходимо проводить тщательную оценку баланса польза/риск, а также учитывать влияние МГТ на костную ткань, сердечно-сосудистую и центральную нервную системы, а также генитоуринарные симптомы.

\*«Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence»

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer

DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31709-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31709-X)

*Президент Российской ассоциации по менопаузе*  
**Балан Вера Ефимовна**



*Вице-президент Российской ассоциации по менопаузе*  
**Сметник Антонина Александровна**

