

Воронцова А.В., Звычайный М.А., Обоскалова Т.А., Прохорова О.В.

## Этап «консультирования» женщин перименопаузального возраста – необходимое условие для оптимизации тактики

Кафедра акушерства и гинекологии ФГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A., Oboskalova T.A., Prokhorova O.V.

### Stage of "consultation" of women of perimenopausal age - necessary condition for optimization of tactics of administration

#### Резюме

В статье представлен и обоснован алгоритм проведения консультирования женщин в перименопаузе. На основании данных первичного консультирования и дальнейшего десятилетнего наблюдения 569 женщин в поздней фазе менопаузального перехода в возрасте 46–49 лет, обратившихся на прием к гинекологу сформулированы особенности проведения консультирования женщин в перименопаузе при назначении МГТ.

**Ключевые слова:** перименопауза, консультирование, менопаузальная гормональная терапия

#### Summary

The article presents and substantiates the algorithm for conducting counseling of women in perimenopause. Based on the data of primary counseling and follow-up of ten years of follow-up, 569 women in the late phase of the menopausal transition at the age of 46–49 years who applied for admission to the gynecologist formulated the features of counseling women in perimenopause in the appointment of MHT.

**Key words:** perimenopause, counseling, menopausal hormone therapy

#### Введение

Консультирование является важной составляющей при назначении любого метода лечения. Именно консультирование помогает, с одной стороны, наладить взаимодействие с пациентом и выяснить его потребности, страхи и переживания, а с другой стороны – донести до пациента суть проблемы и обосновать свою точку зрения на необходимые методы обследования, лечения, реабилитации и профилактики. Только в процессе данного взаимодействия возможен индивидуализированный подход к ведению пациента. И, к сожалению, большинство недопониманий между врачом и пациентом, снижающих приверженность к методам обследования и лечения, возникает как раз на этапе консультирования.

Безусловно, колоссальное значение имеет и позиция врача, проводящего консультирование женщины в перименопаузе, и врача, консультирующего пациентку, принимающую менопаузальную гормональную терапию (МГТ), по другим проблемам, связанным с ее здоровьем.

Обдуманый врачом и осознанный пациенткой выбор тактики ведения перименопаузального периода крайне важен в первую очередь с точки зрения профилактики возможных хронических неинфекционных заболеваний

(остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания), постоянно находящихся в фокусе внимания хотя бы в связи с тем, что они являются причиной ¼ смертей или инвалидности нашего населения [1]

Согласно Российских клинических рекомендаций (протоколов) «Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте» [2], Обновленного консенсусного заявления по менопаузальной гормональной терапии [3], Рекомендаций Международного общества по менопаузе (IMS) 2016 г. по здоровью женщин зрелого возраста и менопаузальной гормональной терапии [4] и обновленных в 2017 г Рекомендаций по гормональной терапии Североамериканского общества по менопаузе [5], особое внимание уделяется именно активному вовлечению пациента в процесс консультирования и разделению принятия решения врачом со своей пациенткой при выборе наиболее подходящего в каждом конкретном случае типа, дозы, состава препарата и продолжительности МГТ. Следует принимать индивидуализированное решение, основанное на доказательных данных относительно имеющегося риска для здоровья конкретной женщины, с периодической переоценкой баланса пользы/риска терапии [2–5].

Международное общество по менопаузе (IMS) 2016 г. по здоровью женщин зрелого возраста и менопаузальной гормональной терапии [4] обращает особое внимание специалистов на то, что консультирование должно донести пациентке преимущества и риски МГТ в четких и понятных формулировках, например, в абсолютных цифрах (Рис.1), а не в процентных изменениях исходных данных, представленных в виде относительного риска (или в дополнение к ним) [6]. Это позволяет женщине и ее врачу принять обоснованное решение относительно МГТ. Может быть полезна письменная информация относительно рисков и преимуществ, а также пособия, помогающие принять решение. Женщин, принимающих МГТ, необходимо консультировать, как минимум, 1 раз в год с целью объективного осмотра, уточнения медицинского и семейного анамнеза, проведения соответствующих лабораторных и инструментальных исследований, обсуждения образа жизни и подходов к профилактике и коррекции хронических заболеваний [4]. Число дополнительных случаев различных состояний на фоне МГТ у женщин с климактерическими расстройствами в возрасте до 60 лет и длительностью менопаузы менее 10 лет превышает риски на 1000 женщин за 5 лет терапии [6].

В заключении Рекомендаций Международного общества по менопаузе (IMS) 2016 г. по здоровью женщин зрелого возраста и менопаузальной гормональной терапии представлены ключевые мероприятия, направленные на достижение оптимизации качества жизни и долгосрочного благополучия женщин в среднем и зрелом возрасте, в том числе [4]:

- Врачам – предлагается расширение образования и профессиональной подготовки специалистов в области здравоохранения с целью оптимизации ведения пациенток в менопаузальном периоде;

- Средствам массовой информации - позитивное отражать данные с акцентом на преимуществах и оказывать меньше внимание рискам. Крайне ярким, но с другой стороны, негативным примером влияния бездумного освещения средствами массовой информации результатов МГТ является «паника», возникшая после публикации данных исследования «Инициатива во имя здоровья женщин» (Women's Health Initiative (WHI) в 2002 году [7]. В 2011 г. R.Karim и соавторы представили результаты исследования, включающего 80 955 женщин в постменопаузе и показавшего 55%-ое повышение риска перелома шейки бедра к 2008 году среди пациенток, прекративших прием МГТ после отрицательных отзывов в СМИ в связи с публикацией результатов WHI в 2002 году [8].

- Женщинам в перименопаузальном периоде (хотя это в равной степени относится и к врачам различных специальностей, и средствам массовой информации) – улучшение доступа к информации, позволяющей сделать осознанный выбор и повышение проактивной уверенности в поддержании здоровья в перименопаузальном периоде. В недавнем обзоре авторы представили данные об информированности женщин о результатах WHI, их влияния на отношение к приему гормонотерапии и определенную обеспокоенность по этому поводу, а также

источники информации женщин по проблемам перименопаузы. М.Тао и соавт. рассмотрели 11 качественных исследований (n = 566) и 27 количественных исследований (n = 39 251) и, используя методы мета-синтеза, провели анализ содержания отчетов о включенных в исследование качественных испытаний, а также рассмотрели обзоры литературы по этой теме. [9]. Одним из заключений, к которому пришли исследователи было то, что многие женщины рассматривают СМИ, как источник информации, эквивалентный специализированным медицинским данным.

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы явилось выяснение особенностей консультирования пациенток в перименопаузе, имеющих или не имеющих проявления климактерического синдрома на приеме врача акушера гинеколога.

## Материалы и методы

На базе кафедры акушерства и гинекологии и Городского эндокринологического центра МАУ ГКБ№40 г.Екатеринбурга под нашим наблюдением на протяжении 10 лет находилось 569 женщин (жительницы г.Екатеринбурга и Свердловской области) в поздней фазе менопаузального перехода, обратившихся на прием к гинекологу (первичное обследование было проведено в возрасте 46–49 лет). При использовании различных шкал (менопаузальный индекс Курретман'а в модификации Е.В.Уваровой, шкала Green'а, шкала Курретман'а) наличие проявлений климактерического синдрома первоначально было выявлено у 485 женщин (85,2%), а у остальных (84 женщины; 14,8%) – симптомы климактерического синдрома не были выявлены. У всех обследованных отсутствовали абсолютные противопоказания к применению МГТ. В итоге, 256 женщин (52,8%) начали прием различных вариантов МГТ (группа А) и продолжили ее прием до 10 лет, 1/3 пациенток (154 женщины) отказались от приема гормональных препаратов (и в дальнейшем, составили группу С), а 75 обследованных, исходно дав отрицательный ответ, через 5 лет ежегодных консультаций приняли решение начать прием МГТ в связи с различными причинами (группа В). У 100% женщин с климактерическим синдромом на момент первичного обследования имелись или гинекологические заболевания (100 обследованных, 20,6%), или соматическая патология (113 обследованных; 23,3%), или их сочетание (272 обследованных; 56,1%). У всех пациенток выяснялись ведущие симптомы, значительно влияющие на качество жизни пациенток; выяснялись мотивирующие причины для приема МГТ, исходные страхи пациенток и причины отказа от МГТ уже после проведенного консультирования. Фиксировалась длительность этапа консультирования (консультирование всегда проводилось одним консультантом в одних и тех же условиях). Кроме того, при первичном консультировании пациентки разбивались методом случайных чисел на два варианта консультирования: первый вариант (240 женщин) – при предоставлении информации по МГТ давались первоначально положительные данные, а затем в процессе выяснения факторов

риска и методов обследования – представлялась информация о возможных осложнениях МГТ; второй вариант (245 проконсультированных) – первоначально пациентка информировалась о возможных рисках, а затем обговаривались преимущества МГТ.

Кроме того, в периоды 2003-2005 г.г. и 2014-2015 г.г. были анонимно проанкетированы по две группы акушеров-гинекологов г.Екатеринбурга и Свердловской области. 1 группу опрошенных составили врачи акушеры-гинекологи, активно (10 раз и более в год) посещающие городские и региональные образовательные и научно-практические мероприятия по вопросам гинекологической эндокринологии и коррекции нарушений здоровья в период менопаузального перехода и постменопаузы. Численность этой группы составила 70 человек (1А группа – 35 врачей акушеров гинекологов, проанкетированных в 2003-2005 г.г. и 1В группа – 35 врачей акушеров гинекологов, проанкетированных в 2014-2015 г.г.), из них 36 (51,4%) - в возрасте старше 45 лет (причем, в 1А группе – 26 акушеров-гинекологов (74,3%), а в 1В группе – лишь 10 специалистов (28,6%). 2 группа проанкетированных - врачи акушеры-гинекологи, редко посещающие образовательные мероприятия и повышающие свою квалификацию 1 раз в 5 лет. В эту группу вошли 88 человек (2А группа – 40 врачей акушеров гинекологов, проанкетированных в 2003-2005 г.г. и 2В группа – 48 врачей акушеров гинекологов, проанкетированных в 2014-2015 г.г.), из них старше 45 лет - 28 врачей (31,8%; причем во 2А и во 2В группах количество специалистов в возрасте более 45 лет было одинаковым – по 14 врачей (35,0% и 29,2% соответственно)),  $p > 0,05$ . Однако, место работы проанкетированных значительно различалось. В 1 группе в частных медицинских центрах работала практически половина специалистов (36 человек, 51,4%), на амбулаторном приеме в женских консультациях – 36 врача (45,7%) и в гинекологических отделениях – 10 опрошенных (14,2%), причем совмещала работу в частных и государственных медицинских учреждениях 14 акушеров-гинекологов (20,0%). Во 2 группе также почти половина врачей (39 человек, 44,3%) работала в женской консультации, 18 (20,4%) - в частных медицинских центрах (причем во 2А группе – 5 врачей (27,8%), а во 2В группе – 72,2%), 19 проанкетированных (21,6%) - в гинекологических стационарах и 2 врача совмещали свою работу в женской консультации и гинекологическом отделении. Все опрошенные врачи были женского пола. Анкета содержала 25 вопросов, посвященных МГТ, следующего содержания: "Необходима ли МГТ для коррекции менопаузальных расстройств?", "Полезна она или опасна?", "Принимаете ли Вы сейчас или принимали в прошлом МГТ?", "Назначаете ли Вы своим пациенткам МГТ?", "Врачи каких специальностей отменяют назначенное вами лечение и или пугают ваших пациентов тяжёлыми последствиями приема гормонов?".

Все полученные результаты оформлялись в базу данных в форме таблиц Microsoft Excel. Статистическая обработка проводилась с помощью программ Microsoft Excel for Windows и Gretl for Windows. Для качествен-

ных данных определяли частоту встречаемости (%), доли единицы). Для оценки шансов определялось отношение шансов (OR), стандартная ошибка отношения шансов (S) и 95% доверительный интервал (CI). Для оценки силы связи (интерпретация полученных значений статистических критериев согласно рекомендациям Rea & Parker) между фактором риска и исходом применялись: критерий  $\phi$ , критерий V Крамера, и критерий К Чупрова (для четырехпольной таблицы все три критерия принимают одно и тоже значение), а также коэффициент сопряженности Пирсона (C) и нормированное значение коэффициента Пирсона (C'). Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$  (95-й уровень значимости) и при  $p < 0,01$  (99-й уровень значимости).

## Результаты и обсуждение

1. Есть ли показания для МГТ у всех женщин в перименопаузе

При первичном обследовании из 569 женщин в перименопаузе, пришедших на консультацию «по вопросам перименопаузы» при использовании нескольких опросников наличие климактерических расстройств было обнаружено у 485 обследованных (85,2%), а у остальных 84 женщин (14,8%) климактерический синдром отсутствовал. Через 5 лет наблюдения за пациентками без каких-либо климактерических нарушений климактерический синдром отсутствовал у 15 женщин (из 84 с исходным отсутствием климактерических расстройств; 17,9%), а 10 лет спустя – лишь у 2 женщин (из 84 с исходным отсутствием климактерических расстройств; 2,4%).

Следует отметить, что частота встречаемости «приливов» - наиболее «специфического» симптома для климактерического синдрома составила только 66,3% (322 опрошенных); при этом, 14,8% пациенток имели не «приливы жара», а «белые приливы», вагусные, проявляющиеся бледностью кожных покровов, холодным потом, урежением частоты сердечных сокращений и снижением артериального давления.

Наиболее частыми симптомами, которые отметили женщины как существенно меняющие их качество жизни, оказались общая усталость (339 опрошенных; 69,9%) и нарушение сна (334 пациентки; 68,9%).

2. Мотивирующие причины у женщин для приема МГТ (см. Табл.1)

В большинстве случаев, среди женщин, согласившихся на прием МГТ (группа А и группа В), были женщины, имевшие либо примеры тяжелого течения климактерического синдрома у своих близких (223 пациентки; 67,4%), либо уже принимавших гормональные препараты с положительным эффектом (42 женщины; 12,7%). Также существенный вклад в решение о приеме МГТ внесла и исходная положительная информация об эффектах МГТ (90 проконсультированных; 27,2%), полученная пациентками еще до приема врача или от своих знакомых (20 пациенток; 22,2%), или из средств массовой информации (24 женщины; 26,7%) или от врачей других специальностей (46 опрошенных; 51,1%). Следует отметить, что у 44,1% женщин имелось сочетание нескольких мотивирующих причин (Таблица 1).

Таблица 1. Мотивирующие причины по использованию МГТ

Показатель	Группа А (прием МГТ)	Группа В (прием МГТ через 5 лет)	Группы А+В	Группа С (отказ от МГТ)
Количество женщин в группе	256 женщин	75 женщин	331 женщина	154 женщины
Прием гормональных препаратов с положительным эффектом в анамнезе (количество женщин; процент женщин)	103; 40,2%	22; 29,3%	125; 37,8%	13; 8,4%
Отношение шансов при наличии данного показателя (OR; 95% доверительный интервал (CI); стандартная ошибка отношения шансов (S))	OR 7,302; 95% CI 3,925-13,582; S 0,317	OR 4,338; 95% CI 2,043-9,213; S 0,384	OR 6,581; 95% CI 3,576-12,113; S 0,311	OR 0,137; 95% CI 0,074-0,255; S 0,317
Прием гормональных препаратов с отрицательным эффектом в анамнезе (количество женщин; процент женщин)	32; 12,5%	10; 13,3%	42; 12,7%	47; 30,5%
Отношение шансов при наличии данного показателя (OR; 95% доверительный интервал (CI); стандартная ошибка отношения шансов (S))	OR 0,325; 95% CI 0,196-0,539; S 0,258	OR 0,350; 95% CI 0,166-0,741; S 0,382	OR 0,331; 95% CI 0,206-0,530; S 0,241	OR 3,075; 95% CI 1,856-5,094149; S 0,258
Исходное пожелание о назначении МГТ* (количество женщин; процент женщин)	90; 35,1%	0	90; 27,2%	2; 1,3%
Отношение шансов при наличии данного показателя (OR; 95% доверительный интервал (CI); стандартная ошибка отношения шансов (S))	OR 41,747; 95% CI 10,108-172,419; S 0,724	Не определяется	OR 28,755; 95% CI 6,980-118,460; S 0,722	OR 0,024; 95% CI 0,006-0,099; S 0,724
У мамы тяжелый КС** (количество женщин; процент женщин)	186; 72,7%	37; 49,3%	223; 67,4%	5; 3,2%
Отношение шансов при наличии данного показателя (OR; 95% доверительный интервал (CI); стандартная ошибка отношения шансов (S))	OR 79,183; 95% CI 31,163-201,201; S 0,476	OR 24,311; 95% CI 8,859-66,715; S 0,515	OR 61,531; 95% CI 24,515-154,442; S 0,470	OR 0,013; 95% CI 0,005-0,032; S 0,476
Исходное доверие к врачу (количество женщин; процент женщин)	34; 13,3%	5; 6,7%	39; 11,8%	0
Отношение шансов при наличии данного показателя (OR; 95% доверительный интервал (CI); стандартная ошибка отношения шансов (S))	Не определяется	Не определяется	Не определяется	Не определяется

Примечание: МГТ\* - менопаузальная гормональная терапия, КС\*\* - климактерический синдром

В группе пациенток, отказавшихся от приема МГТ и не применявших гормональные препараты в течение последующих 10 лет, наличие положительного опыта приема какого-либо гормонального средства (исключительно для наступления беременности) был только у 8,4% (13 опрошенных). Однако, негативный опыт применения гормонов по разным причинам и у разных специалистов был у каждой третьей женщины (47 пациенток, 30,7%). При этом, у 60 из 154 опрошенных (39,0%) отсутствовали какие-либо мотивирующие причины для консультации «по проблемам перименопаузы», кроме «явки для обязательной консультации, по направлению другого специалиста (терапевта)»; в данной ситуации рекомендация давалась в безальтернативной форме и без объяснения причин.

3. Последовательность изложения преимуществ и рисков МГТ

При консультировании методом случайных чисел выбирались пациентки для проведения собеседования в двух вариантах: первый вариант (240 женщин) – при представлении информации по МГТ давались первоначально положительные данные, а затем в процессе выяснения факторов риска и методов обследования – представлялась информация о возможных осложнениях МГТ; второй вариант (245 проконсультированных) – первоначально пациентка информировалась о возможных рисках, а затем обговаривались преимущества МГТ. При таком подходе оказалось, что отказались от приема МГТ при первом варианте консультирования 52 женщины (21,6%), а при втором варианте консультирования – в 2 раза больше пациенток – практически половина (102 женщины; 41,6%): отношение шансов, что проконсультированная откажется от МГТ, если первоначально давать негативную информацию по гормонотерапии, составило 2,579 (95% ДИ 1,731-3,842; средняя сила связи между фактором риска и исходом (критерий V Крамера – 0,214, коэффициент сопряженности Пирсона (С) 0,210, нормированное значение коэффициента Пирсона (С') 0,297).

4. Первоначальная боязнь приема МГТ и причины отказа от приема МГТ после консультирования.

В начале консультирования всем женщинам задавался вопрос: «Что Вас пугает при приеме МГТ?». Практически 2/3 женщин (291 из 485; 60,0%) отметили, что больше всего они боятся (или имеются опасения) злокачественных новообразований.

Среди причин, побудивших женщин из группы С (154 пациентки) отказаться от применения МГТ уже после проведенного консультирования и объяснения всех преимуществ и рисков МГТ, на первое место следует вынести боязнь тромбозомболических расстройств (55 пациенток; 35,7%), далее – необъяснимая боязнь гормональных препаратов (38 женщин; 24,7%) и оставшиеся сомнения по поводу «рака любой локализации» (22 проконсультированных; 14,3%). Кроме того, 39 женщин (25,3%) решили, что они смогут справиться самостоятельно и не будут нуждаться в какой-либо медикаментозной поддержке и дальнейшей помощи акушера-гинеколога. Среди причин отказа от МГТ среди пациенток группы В лидирующее место занимало желание справиться с

имеющимися нарушениями самостоятельно (65 опрошенных из 75; 86,7%).

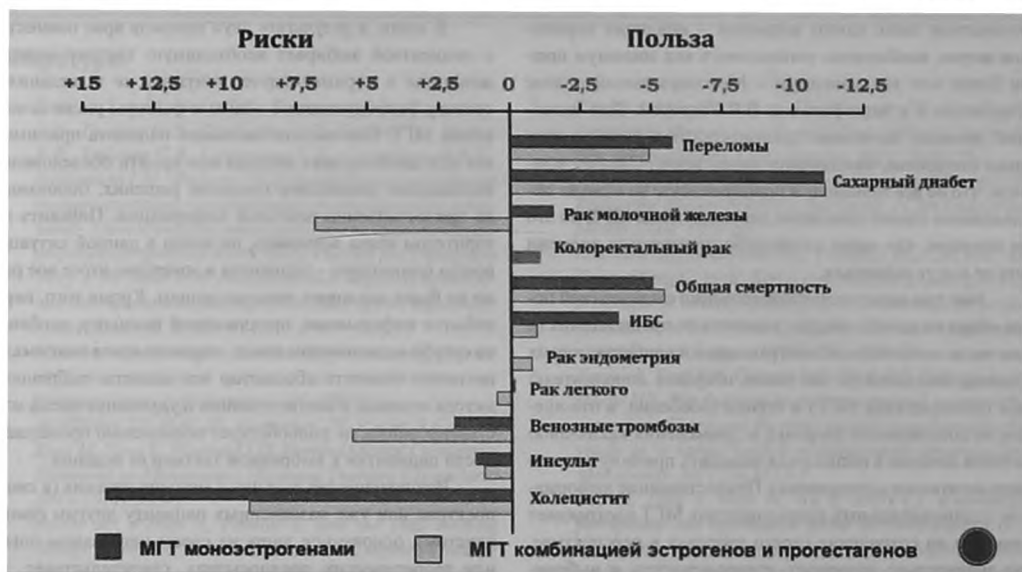
5. Длительность первичного консультирования

Учитывая важность предоставления полной информации при консультировании, а также ответы на все возникающие вопросы у женщины во время беседы мы предполагали, что длительное консультирование будет способствовать повышению приверженности пациентки к приему МГТ, тем не менее: в результате продолжительной консультации (более 10 минут – 165 проконсультированных; 34,0%) согласились на прием МГТ и продолжили ее прием более 5 лет – 89 женщин (53,9%), отказались от МГТ – 76 пациенток (46,1%) и прекратили принимать МГТ через 5 лет – 17 человек (10,3%); а при длительности первичной консультации до 10 минут (320 женщин; 66,0%) начали прием МГТ и продолжили ее более 5 лет 242 пациентки (75,6%), отказались от приема МГТ только 78 проконсультированных (24,4%), и прекратили прием МГТ через 5 лет лишь 4 женщины (1,3%). То есть, отношение шансов (OR) прекращения МГТ через 5 лет при длительной первичной консультации (более 10 минут) оказалось 8,242 (S 0,564; 95% SI 2,729-24,893)

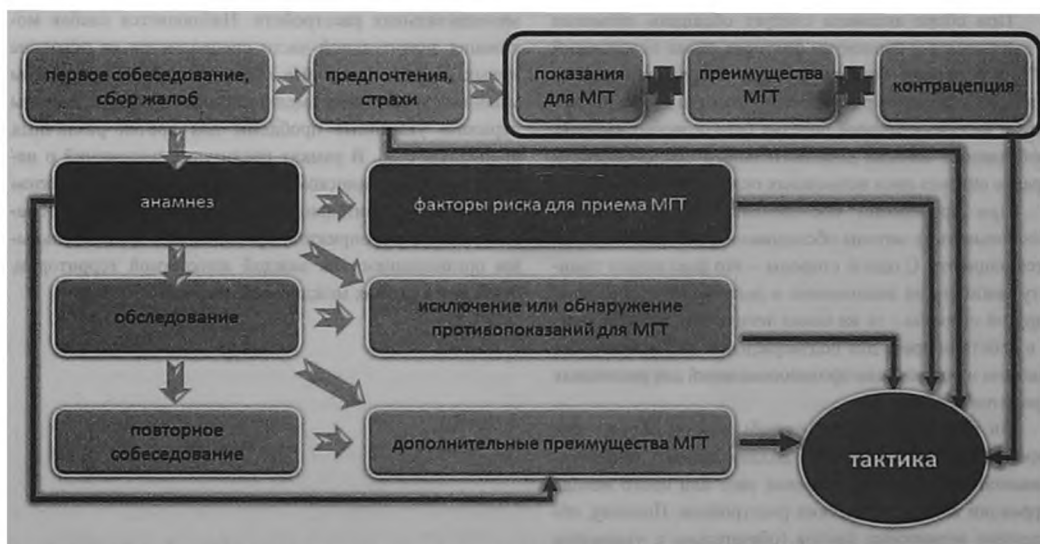
6. Роль акушера-гинеколога и врачей других специальностей в назначении МГТ

Что касается результатов анкетирования врачей акушеров-гинекологов по вопросам назначения МГТ, то анализ анкет 1 группы показал, что считают МГТ необходимой при коррекции менопаузальных расстройств 68 проанкетированных (97,1%), а 54 женщин-врачей (77,7%) сами применяли МГТ, причем, в возрасте старше 45 лет доля принимающих МГТ составила 93,3%. Своим пациенткам рекомендовали МГТ 38 врачей (54,3%) 1 группы. Свободно ориентировались в основных положениях назначения МГТ 68 врачей (97,1%), и процент правильных ответов на вопросы анкеты составил более 91%. Тем не менее, 100% опрошенных указали на необходимость получения дополнительной информации и разбора клинических ситуаций, что свидетельствует о заинтересованности специалистов в изучении данной проблемы. Из врачей 2-й группы частота собственного применения МГТ на момент анкетирования составила всего 20 (22,7%) среди женщин старше 45 лет, а среди имевших ранее менопаузальные расстройства 26 опрошенных (29,5%). Своим пациенткам назначали МГТ всего 16 (18,1%) врачей этой группы. Стоит отметить, что врачи не объясняли причины «не назначения», а просто писали: «стараюсь не назначать» – практически в 1/3 полученных анкет. 75% и более правильных ответов на вопросы об основных положениях МГТ дали только 32 (36,4%) опрошенных 2 группы. На недостаточный уровень своих знаний и необходимость дополнительной информации в вопросах МГТ указали менее половины врачей – 37 специалистов (42,0%).

На вопрос о специалистах, отменяющих или отговаривающих пациентов от использования МГТ из 75 акушеров-гинекологов обеих групп в 2003-2005 г.г. столкнулись с подобной ситуацией 68 врачей (90,7%), при этом отменяли или «пугали» пациента: терапевты (67,6%), аку-



**Рисунок 1.** Число дополнительных случаев различных состояний на фоне МГТ у женщин с климактерическими расстройствами в возрасте до 60 лет и длительность менопаузы менее 10 лет превышает риски на 1000 женщин за 5 лет терапии [6]



**Рисунок 2.** Алгоритм консультирования женщин в перименопаузе

шеры-гинекологи из других медицинских организаций (61,7%), онкологи/онкомамологи (55,9%), сосудистые хирурги (47,1%), неврологи (32,4%) и окулисты (14,7%).

За 10 лет ситуация достаточно кардинально изменилась в частоте отмены МГТ (из 83 проанкетированных врачей столкнулись с данной ситуацией уже только 30 акушеров-гинекологов; 36,1%) и в отношении врачей других специальностей: чаще отменяли МГТ неврологи (36,7%), офтальмологи (36,7%), сосудистые хирурги (33,3%), онкологи (30,0%) и терапевты (26,7%). А врачи акушеры-гинекологи из других медицинских организаций отме-

няли или рекомендовали отменить назначенную другим специалистом МГТ также достаточно часто – в 43,3%.

В соответствии с Клиническими рекомендациями (Протоколы) «Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте» и на основе наших исследований для выбора ведения женщин в перименопаузе предлагается следующий алгоритм консультирования женщин в перименопаузе при выборе МГТ (Рисунок 2).

Проводя первичное собеседование с пациенткой по поводу «нарушений перименопаузы» не следует огра-

начиваться лишь одним вопросом – «наличие «приливов жара», необходимо использовать как минимум шкалу Green или как максимум – Менопаузальный индекс Кирретман'а в модификации Е.В.Уваровой. Для экономии времени возможна предварительная раздача этих шкал женщинам, ожидающим прием врача. Следует помнить, что не все женщины в перименопаузе на момент обследования имеют показания для назначения МГТ, но это не означает, что через какой-либо промежуток времени они не могут появиться.

Уже при первичном собеседовании с пациенткой после сбора ее жалоб, следует уточнить ее предпочтения (в том числе относительно контрацепции и репродуктивных планов), ожидания (в том числе, обсудить дополнительные преимущества МГТ) и страхи (особенно, в отношении ее собственного здоровья и применения каких-либо методов лечения и попытаться выяснить причину возникшего негативного отношения). Предоставление информации о дополнительных преимуществах МГТ настраивает пациента на сохранение своего здоровья в перспективе, что значительно повышает приверженность к выбранному методу лечения. Оценка имеющихся у пациентки «страхов» позволит врачу акцентировать свое внимание на «проблемных» вопросах при выборе тактики ведения женщины.

При сборе анамнеза следует обращать внимание на имеющиеся у пациентки факторы риска осложнений МГТ, и в первую очередь, следует сосредоточиться на выявлении факторов риска тромбоза, рака молочной железы и желчно-каменной болезни (что позволит выбрать необходимые методы дополнительного обследования и заранее снизить риск возможных осложнений).

При проведении обследования предпочтительно обосновывать те методы обследования, которые назначаются пациенту. С одной стороны – это показывает пациенту важность их выполнения и логичность назначения, с другой стороны – та же самая логичность выстраивается в действии врача для подтверждения или исключения диагноза и исключения противопоказаний для различных вариантов лечения.

Ни в коем случае нельзя забывать об обсуждении рисков МГТ, так как пациент должен принять информированное решение о применении того или иного метода коррекции климактерических расстройств. Поэтому, обсуждение возможных рисков (обязательно с указанием абсолютных величин) предпочтительно проводить при обсуждении анамнеза пациентки и проведении обследования (обсуждение необходимых методов исследований и их результатов). Исходная мотивация пациента на эффективное лечение и, что крайне важно, на сохранение своего здоровья определяет следование рекомендациям врача; данное обстоятельство требует активного, правдивого, прозрачного и доступного освещения всех проблем, возникающих в перименопаузальном периоде как во врачебной среде, так и среди населения. Таким образом, при повторной встрече по результатам обследования рекомендуется повторно обсудить как возможные преимущества МГТ, так и возможные риски, побочные эффекты.

В итоге, в результате двух приемов врач совместно с пациенткой выбирает необходимую тактику ведения женщины в перименопаузе, учитывая ее пожелания и тревогу, репродуктивные планы и факторы риска осложнений МГТ. Невозможно заставить пациента принимать тот или иной вариант лечения или пройти обследование, необходимо совместное принятие решения, основанное на предоставлении реальной информации. Подать авторитетом врача возможно, но исход в данной ситуации всегда сомнителен - пациентка в конечном итоге все равно не будет следовать рекомендациям. Кроме того, переизбыток информации, предлагаемой пациенту, особенно на сугубо медицинском языке, старание врача максимально полно осветить абсолютно все аспекты выбранного метода лечения, а соответственно и удлинение время консультирования, не способствует повышению приверженности пациентки к выбранной тактике ее ведения.

Исключение тех или иных методов лечения (в своей практике или уже назначенных пациенту другим специалистом), основанное лишь на своем негативном опыте или теоретических предположениях, свидетельствует, зачастую, о некомпетентности врача и о лишении пациента возможно эффективного метода лечения. Назначение врачами МГТ находится в прямой зависимости от их информированности по вопросам диагностики и коррекции менопаузальных расстройств. Наблюдается слабая мотивация значительной части специалистов на освоение новых знаний. Основные образовательные программы учебных учреждений медицинского профиля должны отражать указанные проблемы для врачей различных специальностей. В рамках реализации положений о непрерывном медицинском образовании важным аспектом являются дополнительные научно-практические и образовательные мероприятия, проводимые образовательными организациями на каждой конкретной территории, особенно в рамках междисциплинарных встреч. ■

*Воронцова А.В., кандидат мед.наук, Звездный М.А., доктор мед.наук, Обоскалова Т.А., доктор мед.наук, Прохорова О.В., кандидат мед.наук, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии. Автор, ответственный за переписку - Воронцова Анна Валерьевна, 620026, г.Екатеринбург, Репина 3, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии, a\_valerevna@mail.ru*

**Литература:**

1. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М. 2015 - 111 с.
2. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте: Клинические рекомендации (протоколы). М.; 2015
3. de Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, P'erez S Cerdas, Rees M, Yang C, Pierroz D.D. Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. *Climacteric* 2016;19(4):313-5
4. Baber RJ, Panay N, Fenton A, and the IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2015;19:109-50
5. Kaunitz AM, Pinkerton JV, Manson JE. The North American Menopause Society has updated hormone therapy guidelines. *OBG Manag.* 2017;29(6):20-3
6. Santen RJ et al. Postmenopausal Hormone Therapy: An Endocrine Society Scientific Statement. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95:1-66
7. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama* 2002; 288: 321-33
8. Karim R, Dell RM, Greene DF, Mack WJ, Gallagher JC, Hodis HN. Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization. *Menopause* 2011;18:1172-7
9. Tao M, Teng Y, Shao H, Wu P, Mills EJ. Knowledge, perceptions and information about hormone therapy (HT) among menopausal women: a systematic review and meta-synthesis. *PLoS One* 2011; 6: e24661 <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0024661>