

Одномоментное исследование мультиморбидной патологии у женщин с дефицитом эстрогенов

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Popov A.A., Izmozherova N.V., Oboskalova T.A.

A simultaneous study of multimorbid pathology in women with estrogen deficiency

Резюме

Обоснование: Наступление менопаузы является доказанным фактором риска развития целого ряда социально значимых заболеваний внутренних органов, однако прогностическая значимость тяжёлого протекания климактерия явно недооценивается.

Цель исследования: сравнительная оценка частоты наиболее социально значимых коморбидных заболеваний при типичном и атипичном течении климактерического синдрома (КС) у женщин по сравнению с женщинами с бессимптомным течением климактерия.

Методы: проведено одномоментное исследование, в которое включены 1194 женщины, обратившиеся на специализированный прием по проблемам менопаузы. При обследовании женщин использовали общепринятые методы: опрос анамнеза, и жалоб, осмотр, общеклиническое и гинекологическое обследование, инструментальные и клинико-лабораторные исследования. Наличие климактерического синдрома, степень тяжести и вариант течения оценивали с помощью менопаузального индекса. Наличие коморбидной патологии верифицировали на основании актуальных клинических рекомендаций.

Результаты: Типичный КС был диагностирован у 636 женщин, атипичное течение климактерического синдрома – в 404 случаях, у 154 обследованных проявлений климактерического синдрома не было. Частота артериальной гипертензии среди женщин как с типичным, так с атипичным течением КС была вдвое выше, чем в группе без КС. Частота диагностики ХСН, была выше при типичном течении КС по сравнению с атипичным ($\chi^2= 5,66$; $df=1$; $P=0,017$). Страдавшие КС женщины имели значимо большую частоту остеоартроза ($\chi^2= 27,9$; $df=2$; $P=0,0001$), холецистита ($\chi^2= 21,41$; $df=2$; $P=0,0001$), панкреатита ($\chi^2= 60,45$; $df=2$; $P=0,0001$), желчнокаменной болезни ($\chi^2= 9,60$; $df=2$; $P=0,008$). В то же время риск снижения минеральной плотности костей и остеопоротических переломов не зависел от наличия симптомов КС и характера его протекания ($\chi^2= 0,14$; $df=2$; $P=0,932$).

Заключение: Для женщин с КС, независимо от характера его течения, была характерна полиморбидность: число заболеваний у одной женщины, требующих лечения согласно национальным рекомендациям колебалось от 2 до 12 (медиана 4), что значимо больше, чем у женщин, не имевших КС ($\chi^2=138,026$; $df= 14$; $P<0,0001$)

Ключевые слова: климактерический синдром, коморбидная патология у женщин

Для цитирования: Попов А.А., Изможерова Н.В., Обоскалова Т.А., Одномоментное исследование мультиморбидной патологии у женщин с дефицитом эстрогенов, Уральский медицинский журнал, №06 (189) 2020, с. 69 - 76, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.16

Summary

Rationale: The onset of menopause is a proven risk factor for the development of a number of socially significant diseases of internal organs, but the prognostic significance of the severe course of menopause is clearly underestimated. The purpose of the study: a comparative assessment of the frequency of the most socially significant comorbid diseases in a typical and atypical course of menopause syndrome (CS) in women compared with women with asymptomatic menopause.

Aims: a comparative assessment of the frequency of the most socially significant comorbid diseases in a typical and atypical course of menopausal syndrome (CS) in women compared with women with asymptomatic menopause.

Materials and methods: a one-stage study was conducted, which included 1194 women who applied for a specialized reception

on menopause problems. When examining women, they used generally accepted methods: interviewing the anamnesis and complaints, examination, general clinical and gynecological examination, instrumental and clinical laboratory tests. The presence of menopausal syndrome, severity and variant of the course were evaluated using the menopausal index. The presence of comorbid pathology was verified based on current clinical recommendations.

Results: Typical CS was diagnosed in 636 women, atypical course of menopausal syndrome - in 404 cases, 154 examined manifestations of menopausal syndrome were not. The frequency of arterial hypertension among women with both a typical and atypical course of CS was twice as high as in the group without CS. The frequency of diagnosis of CHF was higher in a typical course of CS compared with atypical ($\chi^2 = 5.66$; $df = 1$; $P = 0.017$). Women suffering from CS had a significantly higher incidence of osteoarthritis ($\chi^2 = 27.9$; $df = 2$; $P = 0.0001$), cholecystitis ($\chi^2 = 21.41$; $df = 2$; $P = 0.0001$), pancreatitis ($\chi^2 = 60.45$; $df = 2$; $P = 0.0001$), gallstone disease ($\chi^2 = 9.60$; $df = 2$; $P = 0.008$). At the same time, the risk of a decrease in bone mineral density and osteoporotic fractures did not depend on the presence of symptoms of CS and the nature of its course ($\chi^2 = 0.14$; $df = 2$; $P = 0.932$).

Conclusions: For women with CS, regardless of the nature of its course, polymorbidity was characteristic: the number of diseases in one woman requiring treatment according to national recommendations ranged from 2 to 12 (median 4), which is significantly more than for women who did not have CS ($\chi^2 = 138.026$; $df = 14$; $P < 0.0001$)

Key words: menopause syndrome, comorbid pathology in women

For citation: Popov A.A., Izmozherova N.V., Oboskalova T.A., A simultaneous study of multimorbid pathology in women with estrogen deficiency, Ural Medical Journal, No. 06 (189) 2020, p. 69 - 76, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.16

Введение

Более половины современных женщин в период наступления менопаузы страдают от широкого спектра клинических проявлений, объединяемых понятием климактерического синдрома (КС) [1]. В структуре КС выделяют, «ранние» проявления, возникающие в пременопаузе или в течение первых месяцев после наступления менопаузы. Эти симптомы включают ряд нейровегетативных нарушений, таких как приливы жара, ночная потливость, ознобы, нестабильность артериального давления, сердцебиения и других вазомоторных реакций, а также психоэмоциональные проявления: лабильность настроения, навязчивые состояния, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, аппетита, либидо и другие эмоционально-аффективные расстройства. [2,3]. Ведущую (хотя не исключительную) роль в формировании «ранних» симптомов играет дефицит эстрогенов [1,2]. Кроме того, наступление менопаузы может осложняться «средневременными» и «поздними», главным образом обменно-эндокринными и урогенитальными (или генито-уринарными) расстройствами [1,2,3,4]. Лечение КС традиционно считается прерогативой врача-гинеколога, что отражено и в действующих национальных клинических рекомендациях [1]. Между тем, наступление менопаузы является доказанным фактором риска развития целого ряда социально значимых заболеваний внутренних органов, однако прогностическая значимость тяжёлого протекания климактерия явно недооценивается [5,6,7].

Цель исследования: сравнительная оценка частоты наиболее социально значимых коморбидных заболеваний – артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), сосудистых катастроф, нарушений углеводного обмена, остеоартроза (ОА), остеопороза (ОП), а также депрессивных и тревожных расстройств – при типичном и атипичном течении КС у женщин по сравнению с жен-

щинами с бессимптомным течением климактерия.

Материалы и методы

Дизайн исследования

В одномоментное исследование на условиях добровольного информированного согласия включены 1194 женщины в возрасте от 28 до 64 лет (медиана 51 год, 25% – 95%: 48 – 55 лет), обратившихся на специализированный приём по проблемам менопаузы. Тяжесть проявлений КС оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) врачом, не информированным о конечной цели исследования [8]. Типичный вариант КС диагностировали при наличии «приливов» жара, ночной потливости и значений ММИ более 10 баллов по шкале нейровегетативных нарушений [8]. Атипичным считали течение КС при отсутствии типичных «приливов жара», значениях шкалы нейровегетативных нарушений 10 баллов и менее, но наличии обменно-эндокринных и/или психоэмоциональных проявлений КС [8]. Обследование включало осмотр терапевтом и гинекологом, измерение артериального давления (АД), регистрацию электрокардиограммы, массы тела, роста, окружности талии (ОТ), расчёт индекса массы тела (ИМТ). При унифицированном сборе анамнеза регистрировали перенесённые инфаркты миокарда (ИМ), нарушения мозгового кровообращения (НМК), данные репродуктивного анамнеза (см. табл. 2). Диагностика артериальной гипертензии (АГ) и стабильной стенокардии проводилась согласно рекомендациям Российского кардиологического общества [9,10]. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностировалась на основании рекомендаций «Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение» [11]. ОА коленных, тазобедренных и межфаланговых суставов кистей диагностировали при наличии клинических и рентгенологических критериев Американской Коллегии

Ревматологов [12]. Выраженность функциональных ограничений коленных и тазобедренных суставов оценивали с помощью альгофункционального индекса Лекена [12]. ОП диагностировали с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) поясничного отдела позвоночника [2,13]. Тревожные расстройства и депрессия являются частыми спутниками периода менопаузального перехода и менопаузы [2,3,14]. Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра (МКБ-10). Выявлялись три главных признака депрессии: подавленность настроения, по степени выраженности не соответствующая обычному, длящаяся не менее 2-х недель; ангедония – утрата интереса или потеря способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности; общее «снижение энергии» или выраженная утомляемость. К дополнительным признакам были отнесены: потеря уверенности и снижение самооценки; самообвинение без повода или чувство непомерной вины; повторные мысли о смерти, самоубийстве, любое суицидальное поведение; когнитивные нарушения (жалобы на затруднение осмысления, нарушение концентрации внимания, нерешительность, сомнения при принятии решений); пессимистическое видение будущего; нарушения сна; изменение аппетита [3,14]. Всем женщинам проводили скрининговое ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при наличии симптомов желудочной диспепсии – эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта [15]. Содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли ферментативным способом на анализаторе «Cobas Integra», Roche: тест-системами «Roche Chol-2», «Roche HDL-C plus 2 gen», «Roche TG». Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывали по формуле $КА = ОХС/ЛПВП$. Уровень холестерина липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП) рассчитывали по формуле Фридвальда. Кровь для исследования брали натощак в 8 часов из локтевой вены после 14-ти часового голодания. Наличие метаболического синдрома определяли согласно критериям АТР III [12].

Условия проведения

Работа выполнялась с 2018 по 2019 годы на базе МБУ ЦГБ№6 города Екатеринбурга (гл. врач А.И. Степанов).

Исходы исследования

Основной исход исследования: оценка частоты наиболее социально значимых коморбидных заболеваний – артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), сосудистых катастроф, нарушений углеводного обмена, остеоартроза (ОА), остеопороза (ОП), а также депрессивных и тревожных расстройств – при типичном и атипичном течении КС у женщин по сравнению с женщинами с бессимптомным течением климактерия.

Этическая экспертиза

При создании протокола исследования мы руководствовались Хельсинкской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (пересмотр 59-й Генеральной

ассамблеи WMA, Сеул, Южная Корея, 2008 г.), а также документом «Международные этические рекомендации по проведению биомедицинских исследований с участием людей» (International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects). Протокол исследования одобрен этическим комитетом МБУ ЦГБ № 6.

Статистический анализ

Статистическую обработку проводили с помощью статистического пакета «NCSS». Учитывая характер распределения большинства переменных, для оценки статистической значимости различий между группами использовали непараметрические критерии Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни. Значимость различия частот оценивали с помощью критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение

Объекты (участники) исследования

Для изучения коморбидных заболеваний обследованы 1194 женщины в возрасте от 28 до 64 лет (медиана 51 год, 25%-95%: 48-55 лет), обратившихся на специализированный прием по проблемам менопаузы

Основные результаты исследования

Типичный КС был диагностирован у 636 женщин, атипичное течение КС – в 404 случаях, у 154 обследованных проявлений КС не было (см. табл.1). Не выявлено различий между группами по возрасту, росту, массе тела, окружности талии, бедер и отношению талия/бедро (см. табл.1), однако среди женщин с типичным КС чаще встречались лица с абдоминальным ожирением (см. табл.3). Пациентки с атипичным КС отличались от других групп меньшим возрастом, более ранним наступлением менопаузы, меньшей длительностью репродуктивного периода. В группе с типичным течением КС более 2/3 женщин находились в периоде достоверной постменопаузы, причём каждая четвёртая из них – в индуцированной постменопаузе (см. табл. 2). При атипичном течении в постменопаузе были лишь 55% женщин ($\chi^2= 26,27$; $df=1$; $P<0,0001$), хирургическая менопауза отмечена в 16% случаев ($\chi^2= 9,47$; $df=1$; $P=0,002$). Кроме того, у женщин с типичным течением КС чаще, чем при атипичном КС, выявляли миому матки ($\chi^2= 5,63$; $df=1$; $P=0,017$). В остальном, состояние репродуктивной системы и основные параметры гинекологического анамнеза у женщин всех трёх групп практически не различались (см. табл. 2). Два случая рака молочной железы были диагностированы у женщин, более 10 лет получавших заместительную терапию эстроген-гестагенными препаратами по поводу тяжёлого и стойкого синдрома постоварэктомии.

Частота АГ среди женщин как с типичным, так с атипичным течением КС была вдвое выше, чем в группе без КС (см. табл.3). Кроме того, наличие симптомов, считавшихся проявлениями КС, ассоциировалось со значимым увеличением частоты ИБС, ХСН, а также жалоб на боли в области сердца, не характерные для ИБС. Кроме того, частота диагностики ХСН, была выше при типичном течении КС по сравнению с атипичным ($\chi^2= 5,66$; $df=1$; $P=0,017$). Женщины, страдавшие КС, значимо чаще имели перенесённые сосудистые катастрофы – ИМ

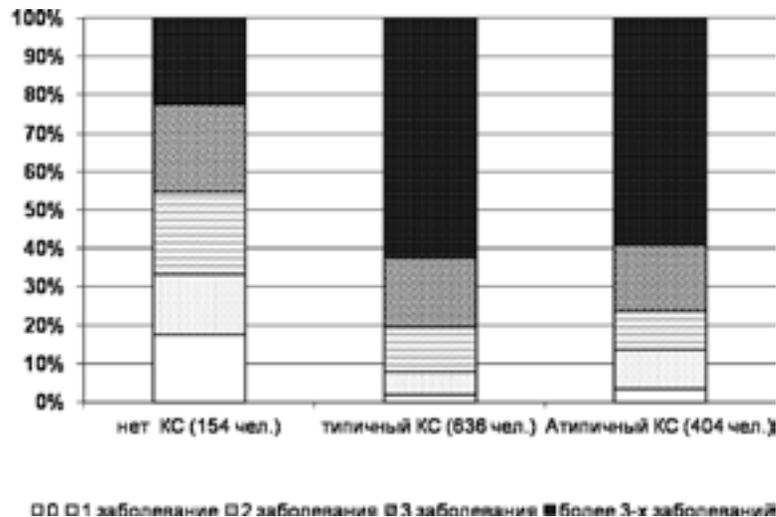


Рисунок 1. Доля женщин с климактерическим синдромом и различным числом соматических заболеваний

Таблица 1 Антропометрические показатели (медианы, 25% и 75%) обследованных женщин

	Группы			p*	p**
	Типичный (n=636)	КС	Атипичный КС (n=404)		
	1	2	3		
Возраст, годы	52 (49 – 55)	51 (48 – 55)	52 (47 – 55)	0,002	0,008
Возраст менопаузы, годы	49 (45 – 51)	47 (44 – 50)	47 (45 – 51)	0,0003	0,002
Длительность постменопаузы, годы	2 (0 – 6)	1 (0 – 6)	2 (0 – 6,5)	0,005	0,067
Длительность КС, годы	2 (1 – 6)	2 (1 – 7)	2 (1 – 4)	0,76	0,77
Длительность репродуктивного периода, годы	35 (32 – 38)	34 (31 – 37)	34 (30,0 – 36,25)	0,0008	0,013
Масса тела, кг	72 (63 – 80)	72 (62 – 82)	67,5 (61,5 – 76,0)	0,17	0,99
Рост, см	160 (156 – 164)	160 (156 – 164)	160 (156 – 164)	0,48	0,75
Индекс массы тела, кг/м ²	27,99 (24,91 – 31,21)	27,60 (24,65 – 31,27)	25,3 (23,9 – 28,1)	0,88	0,95
Окружность талии, см	88 (80 – 96)	87 (78 – 97)	82 (77 – 90)	0,49	0,75
Окружность бедер, см	106 (101 – 112)	107 (100 – 114)	105 (98 – 110)	0,76	0,95
ОГ/ОБ	0,82 (0,78 – 0,85)	0,82 (0,77 – 0,87)	0,80 (0,75 – 0,83)	0,80	<0,001
Нейроvegetативные проявления, баллы	18 (14 – 22)	14 (11 – 17)	8 (6 – 11)	<0,001	<0,001
Обменно-эндокринные проявления, баллы	5 (4 – 7)	5 (3 – 7)	3 (1 – 4)	0,015	<0,001
Психоэмоциональные проявления, баллы	11 (8 – 15)	10 (7 – 14)	3 (1 – 4)	0,002	0,04
ММВ, баллы	34 (27 – 43)	29 (24 – 35)	13 (0 – 17)	<0,001	<0,001

Примечание: * – значимость различий между группами с типичным и атипичным КС (критерий Манна-Уитни)
 ** - значимость различий между тремя группами (критерий Краскала - Уоллиса)

и НМК – в анамнезе, но различия по их частоте между группами с типичным и атипичным течением КС не было выявлено. Повышение частоты сердечно-сосудистой патологии у больных КС ассоциировалось и с существенно более высокой частотой абдоминального ожирения и метаболического синдрома, хотя по частоте диагностированных нарушений углеводного обмена группы с различным течением КС также не различались.

Наличие клинических проявлений КС ассоциировалось со значимым увеличением частоты эмоциональ-

но-аффективных нарушений, представленных генерализованным тревожным расстройством, паническими атаками, тревожно-депрессивным расстройством, депрессивными эпизодами и др., однако различий по их частоте и структуре между женщинами с типичным и атипичным течением КС выявлено не было (см. табл.3).

Гипотиреоз значимо чаще встречался при атипичном течении КС по сравнению с группой типичного КС. (см. табл.3).

Страдавшие КС женщины имели значимо большую

Таблица 2 Характеристика репродуктивного здоровья женщин с типичным и атипичным течением климактерического синдрома

Оцененные параметры, n (%)	Климактерический синдром				Нет КС (n=154)	χ^2 , df=2	P**
	Типичный (n=636)	Атипичный (n=404)	χ^2 , df=1	P*			
Постменопауза	453 (71,2%)	225 (55,7%)*	26,27	<0,0001	97 (63,0%)	26,45	<0,0001
Хирургическая менопауза	153 (24,1%)	65 (16,1%)*	9,47	0,002	35 (23,2%)	9,76	0,0076
Бесплодие	63 (9,9%)	28 (6,9%)	2,74	0,97	19 (12,3%)	4,68	0,096
Миома матки	307 (48,3%)	166 (41,1%)*	5,63	0,018	60 (39,0%)	6,16	0,046
Гиперплазия эндометрия	142 (22,3%)	84 (20,8%)	0,29	0,87	26 (16,9%)	2,24	0,327
Внематочная беременность	25 (3,9%)	19 (4,7%)	0,36	0,83	6 (3,9%)	0,41	0,819
Самопроизвольно с прерывание	144 (22,6%)	77 (19,1%)	0,90	0,17	34 (22,1%)	1,94	0,379
Искусственное прерывание	506 (79,6%)	323 (80,0%)	0,007	0,93	104 (67,5%)	11,67	0,003
Хронический сальпингоофорит	195 (30,7%)	119 (29,5%)	0,21	0,65	45 (29,2%)	0,23	0,981
Очаговые образования молочных желез	63 (9,9%)	44 (10,9%)	0,25	0,62	13 (8,4%)	0,772	0,680
Диффузный аденоматоз молочных желез	141 (22,2%)	89 (22,0%)	0,0008	0,98	23 (14,9%)	4,14	0,126
Фиброзно-кистозная мастопатия	55 (8,7%)	35 (8,7%)	0,0002	0,99	11 (7,1%)	0,39	0,821
Рак молочной железы	2 (0,3%)	0	–	–	0	–	–

Примечание: * – значимость различий между группами с атипичным и типичным КС

** – значимость различий между тремя группами

частоту остеоартроза, хронического тонзиллита, холецистита, панкреатита, желчнокаменной болезни, имели тенденцию к более частой холецистэктомии (см. табл.4). В то же время риск снижения минеральной плотности костей и остеопоротических переломов не зависел от наличия симптомов КС и характера его протекания (см. табл.3).

Не было различий между группами и по частоте язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, однако имела тенденция к её повышению при типичном течении КС.

Для страдавших КС, независимо от характера его течения, была характерна полиморбидность: число заболеваний у одной женщины, требующих лечения согласно национальным рекомендациям колебалось от 2 до 12 (медиана 4), что значимо больше, чем у женщин, не имевших КС ($\chi^2=138,026$; $df=14$; $P<0,0001$).

В течение последних десятилетий медицинское сообщество пришло к пониманию того, что климактерический синдром, обусловлен возрастным дефицитом половых стероидов, и поэтому считается сугубо гинекологической проблемой. Специалистами других профилей не уделяется должного внимания развитию соматической и эмоционально-аффективной патологии в этом периоде, когда закладываются основы многочисленных болезней, присущих старшему возрасту женщин [4]. Дефицит эстрогенов не только служит предиктором ряда патологических процессов, но и способствует инициации заболеваний сердца, сосудов, костей и других органов, а также

усугубляет течение уже имеющейся патологии [2,4,5,6]. Прежде всего, большие сложности испытывают женщины с патологией внутренних органов, развивающейся на фоне или параллельно с выраженными психоэмоциональными расстройствами при отсутствии клиники типичного КС (приливов, повышенной потливости). АГ, атеросклероз и ОП до момента развития угрожающих жизни осложнений (переломов, макро- и микрососудистых катастроф), протекают практически бессимптомно, но имеют у женщин ряд патогенетических особенностей, требующих в ряде случаев иного подхода к выбору терапии [5,6,16,17]. Патология щитовидной железы и расстройства углеводного обмена, находящиеся в стадии компенсации также не имеют высокоспецифичных клинических проявлений, заставляющих женщину обращаться к соответствующему специалисту за квалифицированной медицинской помощью, однако накоплено множество фактов, доказывающих, что менопауза ассоциирована с неблагоприятным метаболическим профилем и риском сахарного диабета 2 типа. [18].

В нашем исследовании не обнаружено различий в частоте основных заболеваний между типичной и атипичной формой КС. В предыдущих исследованиях нами установлено, что адекватное лечение АГ позволяет существенно уменьшить и частоту и тяжесть ряда проявлений, которые принято считать признаками КС, частности – приливов жара, потливости, сердцебиений, головокружений [19].

Таблица 3 Частота сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний и эмоционально-аффективных нарушений у женщин в климактерии

Оцененные параметры, n (%)	Климактерический синдром				Нет КС (n=154)	χ^2 , df=2	p**
	Типичный (n=636)	Атипичный (n=404)	χ^2 , df=1	p*			
Артериальная гипертензия	469 (73,7%)	284 (70,3%)	3,10	0,21	58 (37,7%)	75,65	<0,0001
ИБС	85 (13,4%)	43 (10,6%)	1,61	0,20	4 (2,6%)	14,72	<0,0001
Кардиалгии	477 (75%)	285 (70,1%)	2,34	0,13	68 (44,2%)	42,29	<0,0001
ХСН	254 (39,9%)	151 (37,4%)*	5,66	0,017	17 (11,0%)	46,41	<0,0001
Перенесенный ИМ и/или НМК	30 (4,7%)	13 (3,2%)	0,98	0,32	1 (0,7%)	6,16	0,046
Нарушения углеводного обмена	69 (10,8%)	47 (11,6%)	2,51	0,47	11(7,1%)	2,43	0,29
Метаболический синдром	204 (32,1%)	126 (32,2%)	0,08	0,76	17 (11,0%)	27,95	<0,0001
Гипотиреоз	171(26,9%)	121 (30,0%)	9,09	0,003	34 (22,1%)	3,60	0,165
Гипертиреоз	6 (0,9%)	2 (0,5%)	0,22	0,32	1 (0,6%)	0,690	0,708
Тиреоидэктомия	39 (6,1%)	28 (6,9%)	0,18	0,66	4 (2,6%)	3,83	0,480
Абдоминальное ожирение	448 (71,3 %)	262 (65,3 %)	4,12	0,042	80 (52,6 %)	20,0	<0,0001
Депрессивные расстройства	222 (34,9%)	134 (33,2%)	0,50	0,78	19 (12,3%)	30,19	<0,0001
Тревожные расстройства	274 (43,8%)	153 (37,9%)	3,59	0,17	31 (20,1%)	27,68	<0,0001

Примечание: * – значимость различий между группами с атипичным и типичным КС
** – значимость различий между тремя группами

Таблица 4 Частота заболеваний опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта у женщин в климактерии

Оцененные параметры, n (%)	Климактерический синдром				Нет КС (n=154)	χ^2 , df=2	p**
	Типичный (n=636)	Атипичный (n=404)	χ^2 , df=1	p*			
Остеoarтроз (любой локализации)	280 (44,0%)	176 (43,6%)	0,02	0,88	33 (21,4%)	27,9	<0,0001
Остеoarтроз узелками Гебердена	197 (31,0%)	129 (31,9%)	0,06	0,80	33 (21,4%)	6,38	0,04
Ревматоидный артрит	14 (2,2%)	8 (2,0%)	0	0,99	2 (1,3%)	0,51	0,775
Боль в нижней части спины	391 (61,5%)	232 (57,4%)	1,69	0,19	48 (31,2%)	46,64	<0,0001
Остеопения	79 (12,4%)	48 (12,0%)	0,03	0,87	20 (14,0%)	0,14	0,932
Остеопороз, несложившийся	163 (25,7%)	104 (26,1%)	0,03	0,98	34 (23,8%)	0,92	0,63
Остеопороз, осложившийся	182 (28,7%)	115 (28,8%)	0	0,99	36 (25,0%)	7,97	0,092
Хронический холецистит	454 (72,3%)	270 (67,0%)	3,29	0,07	75 (52,4%)	21,41	<0,0001
Желчно-каменная болезнь	131 (20,8%)	70 (17,5%)	1,72	0,19	14 (9,9%)	9,60	0,008
Холестеринэктомия	68 (10,8%)	41 (10,3%)	0,07	0,78	6 (4,2%)	5,87	0,053
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	83 (13,3%)	61 (10,2%)	2,79	0,25	12 (8,4%)	5,24	0,073
Хронический панкреатит	58 (9,1%)	37 (9,1%)	0	0,99	6 (4,2%)	60,45	<0,001
Хр. Гастрит	332 (52,2%)	199 (49,3%)	0,97	0,32	59 (38,3%)	9,58	0,008
Гастродуоденит	114 (17,9%)	76 (18,8%)	0,10	0,75	20 (13,0%)	2,71	0,257

Примечание: * – значимость различий между группами с атипичным и типичным КС
** – значимость различий между тремя группами

Выявление ассоциации КС с более высокой частотой заболеваний сердечно-сосудистой системы, и тревожно-депрессивными расстройствами позволяет рассматривать КС как важный маркер повышенного риска преждевременной смерти. Множественная сочетанная соматическая патология, ассоциированная с дефицитом эстрогенов, должна стать основанием для выделения этой группы населения для проведения комплексной первичной профилактики важнейших социально значимых заболеваний [4,15].

Заключение

Таким образом, важнейшим фактором, который влияет на развитие разнообразной и многочисленной соматической патологии у женщин старшей возрастной группы, является дефицит половых стероидов. Следовательно, для предотвращения формирования полиморбидности необходима своевременная коррекция дефицита эстрогенов, однако актуально выявление и других факторов риска коморбидной патологии. Кроме того, менопаузальная гормонотерапия назначается с учётом уже имеющихся

расстройств, имеет определённую интервальную нишу и не должна провоцировать появление новых проблем. Поэтому тактика коррекции гормонального дефицита и лечения соматических заболеваний должны происходить одновременно с вовлечением специалистов различных профилей с целью обеспечить долговременную стратегию сохранения здоровья женщин и стремления к активному долголетию. ■

Попов Артем Анатольевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Изможерова Надежда Владимировна д.м.н., профессор кафедры фармакологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Обоскалова Татьяна Анатольевна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург. Автор, ответственный за переписку: Попов А.А. 620028 Екатеринбург, улица Репина, д. 3, телефон: +7 9122497149, e-mail: art_popov@mail.ru

Литература:

1. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клинические рекомендации. Российское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация по менопаузе ID: KP117 М.; 2016. 45. *Menopause and menopause in women. Clinical recommendations. Russian society of obstetricians and gynecologists, Russian menopause Association ID: KP117 М.; 2016. 45.*
2. Юренева С.В., Ермакова Е.И. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Акушерство и гинекология. 2018; 7: 32-38. *Yureneva S.V., Ermakova E.I. Menopause and menopausal status in a woman. Akusherstvo i Ginekologia/Obstetrics and Gynecology. 2018; (7): 32-8. (in Russian). [https:// dx.doi.org/10.18565/aig.2018.7.32-38](https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.7.32-38)*
3. Гаспарян С.А., Дросова Л.Д., Карпов С.М., Хрипунова А.А. Использование менопаузальной гормональной терапии в коррекции когнитивных нарушений у 157-62. *Gasparyan S.A., Drosova L.D., Karpov S.M., Khripunova A.A. Use of menopausal hormone therapy in the correction of cognitive impairment in menopausal women. Akusherstvo i Ginekologia/Obstetrics and Gynecology. 2018; (12): 157-62. (in Russian)/ [https:// dx.doi.org/10.18565/aig.2018.12.157-162](https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.12.157-162)*
4. Радзинский В.Е. Вечная молодость... *Status Praesens. 2019; 4[59]08: 7-9. Radzinsky V. E. Eternal youth... Status Praesens. 2019; 4[59]08: 7-9. (in Russian)*
5. Nesarat N., Brumback L., Luo Y. et al. Timing of hormone replacement therapy and coronary artery calcium progression: the Multi-Ethnic study of Atherosclerosis Society of Cardiovascular Computed Tomography. 2016. *Annual Scientific Meeting; June 23; Orlando, Fl. Abstract 94.*
6. Dinger J., Bardenheuer K., Heineman K. Drospirenone plus estradiol and the risk of serious cardiovascular events in postmenopausal women. *Climacteric. 2016; 19(4):349-356*
7. Юренева С.В., Ильина Л.М., Эбзиева З.Х. Менопаузальные вазомоторные симптомы: социальные аспекты, динамика, кардиометаболические риски и возможности гормональной терапии. Акушерство и гинекология. 2019; 1: 26-32. *Yureneva S.V., Plyina L.M., Ebzieva Z.K. Menopausal vasomotor symptoms: social aspects, dynamics, cardiometabolic risks, hormone therapy options. Akusherstvo i Ginekologia/Obstetrics and Gynecology. 2019; (2): 26-32. (in Russian). [https:// dx.doi.org/10.18565/aig.2019.1.26-32](https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.1.26-32).*
8. Yu C., Kor C., Weng S., Chang C., Chen C., Wu C. Symptomatic menopausal transition and risk of subsequent stroke. *Peer J. 2019; 7:e7964. [https:// doi.org/10.7717/peerj.7964](https://doi.org/10.7717/peerj.7964)*
9. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016. 51с. *Stable coronary heart disease. Clinical recommendations. Ministry of health of the Russian Federation; 2016. 51c.*
10. Артериальная гипертензия у взрослых Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2016. *Hypertension in adults Clinical guidelines. Ministry of health of the Russian Federation; 2016.*
11. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение Кардиология. 2018; 58(S6). 164 с. DOI: 10.18087/cardio. 2475 *Clinical*

- recommendations of the OASN-RKO-RNMOT. Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (CHF). Diagnostics, prevention and treatment of Cardiology. 2018; 58(S6). 164 p. DOI: 10.18087/cardio. 2475*
12. Попов А.А. Соматическая патология у женщин в климактерии: клинико-функциональные, психологические и организационно-методические аспекты: дисс. ... докт.мед.наук. Екатеринбург, 2009. 250с. Popov A. A. Somatic pathology in women in climacteria: clinical and functional, psychological and organizational and methodological aspects: Diss. ... doctor of medical Sciences. Yekaterinburg, 2009. 250S.
 13. Мельниченко Г.А., Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению, и профилактике остеопороза. Проблемы эндокринологии. 2017; 63(6): 392-426. Melnichenko G. A., Belaya Zh. E., Rozhinskaya L. Y. et al. Federal clinical guidelines for the diagnosis, treatment, and prevention of osteoporosis. Problems of endocrinology. 2017; 63(6): 392-426.
 14. Maki P.M., Kornstein S.G., Joffe H. et al. CONSENSUS RECOMENDATIONS. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. Menopause. 2018; 25(1): 1069-1085.
 15. Раевская О.А. Как для себя. Status Praesens. 2019; 4[58]08: 79-81. Raevskaya O. A. As for yourself. Status Praesens. 2019; 4[58]08: 79-81.
 16. Андреева Е.Н., Шереметьева Е.В. Психические аспекты и нарушение жирового обмена в климактерии. Andreeva E. N., Sheremeteva E. V. Mental aspects and v fat metabolic disturbances in menopause. Akusherstvo i Ginekologia/Obstetrics and Gynecology. 2019; (9): 165-72. (in Russian). <https:// dx.doi.org/ 10.18565/aig.2019.9.165-172>.
 17. Протасова А.Э., Юренева С.В., Байрамова Н.Н., Комедина В.И. Менопауза, ожирение и коморбидность: возможности менопаузальной гормональной терапии. Акушерство и гинекология. 2019; 5:43-48. Protasova A. E., Yureneva S. V., Bayramova N. N., Komedina V. I. Menopause, obesity and comorbidity: possibilities of menopausal hormone therapy. Akusherstvo i Ginekologia/Obstetrics and Gynecology. 2019; (5):43-48. (in Russian). <https:// dx.doi.org/ 10.18565/aig.2019.5.43-48>.
 18. Slopian R., Wender-Ozegowska E., Rogowicz-Frotczak A. et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. Maturitas. 2018;117:6-10
 19. Андреев А.Н., Изможерова Н.В., Попов А.А., Степанова Л.В. Тактика заместительной гормональной терапии у женщин с артериальной гипертензией. Клиническая медицина. 2003;7: 56 – 59. Andreev A. N., Izmozherova N. V., Popov A. A., Stepanova L. V. Tactics of hormone replacement therapy in women with arterial hypertension. Clinical medicine. 2003;7: 56 – 59.