

Женщины в период менопаузального перехода и постменопаузы – оценка состояния женщин в рамках диспансеризации

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A., Strelova D.A., Geets A.V.

Women during the menopausal transition and postmenopause - an assessment of the status of women in the framework of the medical examination

Резюме

В статье рассмотрены некоторые показатели здоровья, определенные в рамках диспансеризации 2019 среди женщин, находящихся в период менопаузального перехода и постменопаузы

Ключевые слова: диспансеризация, гинекологическая патология, менопаузальный переход, постменопауза

Для цитирования: Воронцова А.В., Звычайный М.А., Стрелова Д.А., Геец А.В., Женщины в период менопаузального перехода и постменопаузы – оценка состояния женщин в рамках диспансеризации, Уральский медицинский журнал, №06 (189) 2020, с. 82 - 88, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.20

Summary

The article discusses some health indicators defined in the framework of the clinical examination 2019 among menopausal women and postmenopausal women, as well as the severity of menopausal syndrome among women and their relationship to menopausal hormone therapy

Key words: clinical examination, gynecological pathology, menopausal transition, postmenopause

For citation: Vorontsova A.V., Zvychainyi M.A., Strelova D.A., Geets A.V., Women during the menopausal transition and postmenopause - an assessment of the status of women in the framework of the medical examination, Ural Medical Journal, No. 06 (189) 2020, p. 82 - 88, DOI 10.25694/URMJ.2020.06.20

Введение

Менопаузальный переход и менопауза – это естественные периоды в жизни женщины [1]. В мире общая численность женского населения старше 50 лет в настоящее время составляет более 500 млн, в России в возрасте 40-69 лет – 29 млн (около 30% всего населения) [1], а в Екатеринбурге и Свердловской области старше 45 лет – каждая вторая женщина. И уже через 10 лет, согласно прогнозам демографов, более 1,2 млрд. женщин будут находиться в постменопаузе [1]. При этом длительность постменопаузы составляет 30-40% от всей продолжительности жизни женщины и на данный момент почти треть своей жизни женщина проводит в состоянии гормонального дефицита, обуславливающего многочисленные нарушения в состоянии всех органов и систем женского организма, приводящие к развитию хронических неин-

фекционных заболеваний – сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета 2 типа, остеопороза и т.д. [2] Так, например, наличие «приливов жара» - одного из наиболее частых нейро-вегетативных симптомов снижения половых гормонов ассоциировано с развитием различных сердечно-сосудистых заболеваний, причем риск развития ишемической болезни сердца может сохраняться в течение 14 лет [3,4]. Поэтому крайне важно с точки зрения сохранения здоровья и продления жизни обеспечить адекватное состояние женщин в эти непростые для женского организма периоды. С другой стороны, в России, по статистическим данным, более 39% граждан пенсионного возраста продолжают работать, а половина из этого количества – женщины 55–59 лет [1,5]. Следовательно, существует необходимость обеспечить женщинам перименопаузального и постменопаузального возраста адек-

ватную работоспособность, высокий уровень качества здоровья и качества жизни в современном мире [6].

Диспансеризация – это один из видов обследования здоровья населения, представляющий собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей (в том числе и акушерами-гинекологами) с применением необходимых методов обследования (с точки зрения выявления гинекологической патологии – выявление злокачественных клеток при цитологическом исследовании мазки из цервикального канала и с наружной части шейки матки; маммография), определение групп состояния здоровья, проведение профилактического консультирования и, при необходимости, лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья выявленных больных. Проведение диспансеризации позволяет на ранних этапах выявить хронические неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения (в первую очередь ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких; а также факторы риска этих заболеваний; а значит, своевременно провести необходимые профилактические, лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для коррекции факторов риска, предотвращения развития заболеваний, их осложнений и достижения активного долголетия. Регулярное прохождение диспансеризации способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно. Ежегодное проведение диспансеризации работающих групп женского населения старше 40 лет может способствовать своевременному выявлению факторов риска развития соматической и гинекологической патологии (в том числе, наличие менопаузальных нарушений – нейро-вегетативных, психо-эмоциональных и обменно-эндокринных расстройств).

Цель исследования – оценка показателей здоровья женщин в период менопаузального перехода и постменопаузы в рамках диспансеризации.

Материалы и методы

Проспективное исследование было проведено на базе поликлиники одного из ЛПУ г.Екатеринбурга. Были обследованы женщины, находящиеся в период менопаузального перехода и в постменопаузе, обратившиеся на терапевтический прием с лечебно-диагностической или консультативной целью и прошедшие обследование в рамках диспансеризации по месту жительства. При достижении выбранного количества пациенток, находящихся в каждом из периодов, было сформировано 2 равные группы: 1 группа – 20 женщин в постменопаузе (возраст 62,91 (2,62) года), 2 группа – 20 женщин в менопаузальном переходе (возраст 47,6 (2,22) года).

У женщин, обратившихся на прием к терапевту, были произведены: сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр (определение массы тела, роста, расчет индекса массы тела (ИМТ)), а так же оценивались лабораторные (количество эритроцитов, тромбоцитов, концентрация гемоглобина, холестерин, глюкозы, результат онкоцито-

логического исследования мазков, полученных из цервикального канала и с наружной поверхности шейки матки) и инструментальные (маммография) данные, проведенные в рамках диспансеризации 2019; дополнительно проводилось анкетирование с помощью менопаузальной шкалы Грина (Рисунок 1).

Использование шкалы Грина рекомендовано к использованию для определения тяжести менопаузальных симптомов (уровень доказательности В, уровень достоверности доказательств 2) [7]. Инструмент содержит 21 вопрос, каждый из которых необходимо оценить от 0 до 3 баллов в зависимости от степени его выраженности (где 0 – отсутствие симптома и 3 – максимальная выраженность симптома). Можно выделить 5 подгруппы вопросов: 1-11 вопрос – оценка психологических симптомов (1-6 вопрос – уровень тревожности, 7-11 вопрос – уровень депрессии), допустимое значение – 10 баллов; 12-18 вопрос – соматические симптомы, допустимое значение 6 баллов; 19-20 вопрос – вазомоторные симптомы (нейро-вегетативные), допустимое значение – 4 балла и 21 вопрос – наличие сексуальной дисфункции [8]. При суммировании всех баллов получаем: 1-11 баллов – слабая выраженность менопаузальных расстройств, 12-19 – умеренная выраженность и 20 баллов и более – тяжелые менопаузальные симптомы.

Что касается обследования женщин в период менопаузального перехода или постменопаузы у приема врача акушера-гинеколога, то в соответствии с клиническими рекомендациями [7] в перечень исследований входят некоторые исследования, проводимые и при диспансеризации – определение ИМТ, АД, онкоцитологическое исследование, маммография, клинический анализ крови, общий холестерин, глюкоза.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc). В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Для сравнения независимых совокупностей в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Рассчитанные значения U-критерия Манна-Уитни сравнивались с критическими при заданном уровне значимости: в том случае, если рассчитанное значение U было равно или меньше критического, признавалась статистическая значимость различий. Сравнение номинальных данных проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 5, для оценки уровня значимости различий использовался точный критерий Фишера. Полученное значение

точного критерия Фишера $p > 0,05$ свидетельствовало об отсутствии статистически значимых различий, значение $p < 0,05$ – об их наличии. В качестве показателя тесноты связи между количественными показателями x и y , имеющими нормальное распределение, использовался коэффициент корреляции r_{xy} Пирсона. Значения коэффициента корреляции r_{xy} интерпретировались в соответствии со шкалой Чеддока: $< 0,1$ – корреляционная связь отсутствует, $0,1-0,3$ – связь слабая, $0,3-0,5$ – связь умеренная, $0,5-0,7$ – связь заметная, $0,7-0,9$ – высокая связь и $0,9-0,99$ – весьма высокая теснота корреляционной связи.

Результаты и обсуждение

Менопаузальные нарушения

Что касается наличия менопаузальных расстройств, то среди опрошенных женщин первой группы отметили факт наличия у них климактерических нарушений на момент анкетирования 15% ($n=3$), а коррекцию менопаузальных симптомов ранее проводили 25% женщин (из них, 15% применяли препараты на основе фитоэстрогенов, а 10% – менопаузальную гормональную терапию). То есть, в итоге 35% пациенток первой группы знали или предполагали о наличии у них менопаузальных нарушений. И ни одна из женщин данной группы на момент исследования не принимала каких-либо препаратов для лечения менопаузальных симптомов.

Во второй группе обследованных о наличии у них на данный момент менопаузальных нарушений сообщили 65% ($n=13$), причем корректировали имеющиеся нарушения лишь 20% пациенток (прием гормональных препаратов).

При детализации симптомов, которые женщины связывали именно с «менопаузой», оказалось, что 87,5% ($n=10$) пациенток среди проанкетированных первой и второй группы подразумевали именно наличие «приливов жара», а наличие других симптомов не расценивали как менопаузальные нарушения.

При проведении специального анкетирования женщин обеих групп с помощью менопаузальной шкалы Грина было выяснено (таблица 1), что среднее значение уровня психологического симптомов среди женщин постменопаузы (10,25 (3,35) балла) и менопаузального перехода (10,45 (3,25) балла) превышало допустимое значение (10 баллов), что свидетельствовало о выраженных психоэмоциональных нарушениях в обеих группах женщин. Уровень выраженности соматических симптомов у женщин в обеих группах достоверно отличался: в первой группе среднее значение составило 8,35 балла, во второй группе 3,85 (1,56) балла, при допустимом значении до 6 баллов, следовательно, в группе постменопаузальных женщин общесоматические расстройства были выражены интенсивнее, чем у женщин менопаузального перехода ($p < 0,05$). Следует отметить, что несмотря на то, что «приливы жара» (один из вазомоторных симптомов) наиболее часто ассоциируется с менопаузальными нарушениями, средняя выраженность вазомоторных проявлений в обеих группах женщин не превышала порогового (4 балла) и статистически не отличалась в разных группах:

среднее значение в первой группе – 1,45 (0,82) балла, во второй – 1,75 (0,96) балла.

В итоге, интегральный показатель выраженности менопаузальных расстройств среди женщин в постменопаузе оказался 20,05 (5,09) балла, что свидетельствовало о наличии тяжелых менопаузальных проявлений, тогда как в группе женщин в периоде менопаузального перехода среднее значение было статистически значимо ниже ($p < 0,05$), составило 16,5 (4,59) балла и соответствовало средней степени тяжести менопаузальных симптомов.

Полученные данные свидетельствуют о недооценки женщинами наличия и тяжести менопаузальных нарушений. Данный факт предполагает обязательное активное выявление менопаузальных симптомов как минимум на основе применения шкалы Грина в соответствии с имеющимися рекомендациями.

Наличие гинекологической патологии

При анализе наличия гинекологической патологии и ее структуры в обеих группах выяснено, что среди женщин в постменопаузе частота встречаемости патологии составила 50% ($n=10$): в структуре преобладали гиперпластические процессы репродуктивной системы (миома матки – 40% ($n=4$), гиперплазия эндометрия без атипии – 20% ($n=2$)), а у 40% ($n=4$) была выполнена ампутация матки (показания к операции не указываются).

В группе женщин менопаузального перехода наличие патологии отмечалось в 70% случаев ($n=14$). Чаще всего встречалась миома матки – 50% ($n=7$), при этом множественная миома была обнаружена у 28% ($n=4$). Также наблюдались гиперплазия эндометрия без атипии – у 20% ($n=3$), кисты яичников (гистологическая характеристика не уточняется) – у 20% ($n=3$) и аденомиоз 3 степени – у 10% ($n=1$).

Следует отметить, что ни в первой, ни во второй группе не было упоминания ни о наличии менопаузальных нарушений, ни о состоянии молочных желез.

Цитологическое исследование

По данным, полученным при онкоцитологическом исследовании материала, полученного с поверхности шейки матки и из цервикального канала (забор которой осуществлялся в рамках диспансеризации), установлено, что в группе женщин в постменопаузе нормальная цитологическая картина наблюдалась в 65% случаев ($n=13$), цитогамма воспаления – в 25% ($n=5$), CIN-1 – в 10% случаев ($n=2$). В группе женщин в периоде менопаузального перехода воспалительная цитогамма наблюдалась у 40% ($n=8$); а цервикальная интраэпителиальная неоплазия встречалась также в 10% случаев (из них, по одной пациентке обнаружена CIN-1 (5%) и CIN-2 (5%)); у остальных обследованных (50%) наблюдалась нормальная цитологическая картина. Выводов цитологического исследования на основе системы Bethesda при диспансеризации не было ни у одной из пациенток в обеих группах.

Маммография

Также были проанализированы результаты проведенной маммографии. Выяснено, что в первой группе в 80% случаев ($n=16$) встречалось заключение «фиброзно-жировая инволюция» (ФЖИ), в 15% случаев ($n=3$) на-

Таблица 1. Результаты опроса по менопаузальной шкале Грина

Показатели	1 группа (n=20)	2 группа (n=20)	Значимость различий
Показатель психологического здоровья, балл	10,25 (3,35)	10,45 (3,25)	p<0,05
Показатель физического здоровья, балл	8,35 (2,41)	3,85 (1,56)	p<0,05
Показатель вазомоторных нарушений, балл	1,45 (0,82)	1,75 (0,96)	p>0,05
Интегральный показатель климактерических расстройств, балл	20,05 (5,09)	16,51 (4,59)	p<0,05

Таблица 2. Перечень диагнозов, выставленных по итогам первого этапа диспансеризации

Нозология	Первая группа (n=20)	Вторая группа (n=20)	Точный критерий Фишера (двусторонний)
Гипертоническая болезнь (I11.9)	40%	25%	0,33830
Гиперхолестеринемия (E75.5)	20%	15%	0,70374
ДФКМ (N60.1)	10%	20%	0,42159
Остеохондроз позвоночника (M42.1)	10%	10%	1,000000
Хронический гастрит (K29.3)	10%	10%	1,000000
Полли ободочной кишки (K63.5)	10%	0%	0,24359
Дисплазия ШИМ (N87.9)	0%	5%	0,50000
Условно здоров (Z00)	0%	15%	0,11538
Итого	100%	100%	

блюдались кисты молочных желез, а в 5% случаев (n=1) фиброаденома молочной железы (ФАМ). У женщин второй группы женщин в 50% случаев (n=10) было дано заключение «диффузная фиброзно-кистозная мастопатия», в 20% случаев обнаружены кисты молочных желез, в 15% случаев – ФАМ молочной железы и в 15% - ФЖИ молочных желез. Следует отметить, что, заключения ММГ, выполненной в рамках диспансеризации, не соответствуют ни современной международной системе BIRADS [9], ни клинко-рентгенологической классификации Рожковой Н.И. [10].

Наличие соматической патологии

Соматическая патология в обеих группах встречалась в 100%, ввиду того что исследование проводилось на терапевтическом приеме, т.е. все пациентки имели жалобы и установленные диагнозы. Однако, в группе пациенток в постменопаузе преобладали хронические неинфекционные заболевания (диагноз выставлен в соответствии с МКБ-Х) – гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа), остеоартроз, ишемическая болезнь, бронхиальная астма (БА), часто встречалось сочетание данных заболеваний, особенно ГБ, СД 2 типа и остеоартроза, что объясняется общей патогенетической основой – дефицит половых гормонов, метаболические нарушения, ожирение.

В группе женщин менопаузального перехода встречались также и острые заболевания – как причина обращения на терапевтический прием, такие как ОРВИ, обострение хронического тонзиллита, но доля их составила лишь 30% (n=6). Среди хронических заболеваний (70%; n=12) были такие же заболевания, как и в первой группе – ГБ, СД 2 типа, БА, заболевания ЖКТ (хронический гастрит, холецистит, панкреатит). То есть женщины переходного периода уже имели достаточно серьезный набор

заболеваний, который может или ограничивать прием менопаузальной гормональной терапии или потребовать индивидуализацию выбора траектории ведения данных пациенток с учетом имеющихся рисков.

Следует отметить, что ранее диагноз ожирения не был выставлен ни у одной из обследованных женщин.

Индекс массы тела

Значение ИМТ у женщин переходного периода составило 25,42 (2,34) кг/м³. При этом, женщин с ИМТ в пределах 18,5-24,9 оказалось 45% (n=9); а наличие избыточной массы тела и ожирения было выявлено у 35% (n=7) и у 10% (n=2) обследованных второй группы соответственно. Недостаточная массы тела была обнаружена у 10% (n=2) пациенток этой группы.

Что касается пациенток в постменопаузе, то значение ИМТ в первой группе составило 30,52 (3,21) кг/м³ и статистически значимо (p<0,001) превысило среднее значение ИМТ у женщин во второй группе. Количество женщин с ИМТ в пределах 18,5-24,9 в первой группе оказалось лишь 15% (n=3), а наличие избыточной массы тела и ожирения было выявлено у 50% (n=10) и у 35% (n=7) соответственно. Недостатка массы тела не было ни у одной из женщин в постменопаузе.

Клинический анализ крови

В результате анализа результатов исследования клинического анализа крови в обеих группах женщин, наличие анемии I степени оказалось примерно у одинакового количества женщин обеих групп (35% (n=7) – у женщин в постменопаузе и 40% (n=8) – у женщин менопаузального перехода), а минимальное значение гемоглобина составило 104 г/л в первой группе и 96 г/л – во второй группе.

Наличие анемии в постменопаузе, вероятно связана с негинекологическими причинами, тогда как у женщин менопаузального перехода гиперпластические процессы

Симптомы	совсем не беспокоит	немного беспокоит	сильно беспокоит	очень сильно беспокоит
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
1. Учащенное и сильное сердцебиение				
2. Чувство напряженности или нервозности				
3. Нарушения сна				
4. Возбудимость				
5. Приступы паники				
6. Трудности в концентрации				
7. Чувство усталости или нехватки энергии				
8. Потеря интереса к большинству вещей				
9. Чувство нечастливости или депрессия				
10. Плаксивость				
11. Раздражительность				
12. Ощущение головокружения или обморочности				
13. Давление или стеснение в голове или теле				
14. Онемение или покалывание в частях тела				
15. Головные боли				
16. Боли в мышцах или в суставах				
17. Потеря чувствительности в руках или стопах				
18. Затрудненное дыхание				
19. Приливы жара				
20. Ночная потливость				
21. Потеря интереса к сексу				

Рисунок 1. Шкала Грина (перевод Д.И.Бурчакова)

репродуктивной системы могут способствовать снижению гемоглобина, наряду с возможными негинекологическими факторами.

Биохимический анализ крови (общий холестерин, глюкоза)

Оказалось, что среднее значение уровня холестерина (при верхней границе нормы до 5,2 ммоль/л) в первой группе было равным 6,04 (1,72) ммоль/л (у 55% - выше нормы), во второй – 5,39 (1,08) ммоль/л (у 55% - выше нормы), т.е. в обеих группах обследованных женщин имеет место гиперхолестеринемия и необходимо определение липидного спектра, оценки уровня тиреотропного гормона с целью выяснения причин и необходимости назначения медикаментозной липидснижающей терапии или/и диетотерапии. Среднее значение уровня глюкозы в первой группе составило 5,78 (1,32) ммоль/л, во второй – 4,87 (1,08) ммоль/л (норма до 6,1 ммоль/л), при этом процентное количество женщин имеющих гипергликемию натощак в первой группе было в 6 раз больше – 30% (n=6) по сравнению со второй группой – 5% (n=1). Кроме того, было выяснено, что между ИМТ и уровнем холестерина в обеих группах имеется положительная корреляционная связь средней силы (rxy=0,36), а между ИМТ

и уровнем глюкозы крови натощак корреляционная связь средней силы положительной направленности (rxy=0,42). Таким образом, чем выше ИМТ, тем больше уровень и глюкозы, и холестерина в сыворотке крови, которые повышают риск развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, сопровождающихся развитием инвалидности или ранней смертности.

Итоговые результаты первого этапа диспансеризации
Заключительным моментом первого этапа диспансеризации является посещение участкового терапевта, который выставляет диагноз, дает дальнейшие рекомендации и в случае необходимости отправляет на второй этап (дообследование). В конечном итоге, терапевт выделяет группы пациентов, однородных по состоянию здоровья и степени активности патологического процесса для удобства дальнейшего их наблюдения. В таблице 2 представлены диагнозы, которые были выставлены на момент заключительного первого этапа диспансеризации (диагноз выставлен в соответствии с МКБ-Х).

Как видно из представленных данных сравниваемые группы статистически значимо не отличались между собой ни по частоте встречаемости перечисленных диагнозов, ни по наличию «условно здоровых» пациенток.

При сравнении результатов обследования и выставленных диагнозов обращают на себя внимание следующие несоответствия:

■ по результатам онкоцитологического исследования цервикального мазка дисплазия шейки матки была диагностирована у 10% женщин первой группы и у 10% пациенток второй группы), однако, в качестве диагноза «дисплазия шейки матки неуточненная» была выставлена лишь у 5% женщин второй группы;

■ что подразумевалось под диагнозом N60.1 «ДФКМ» у пациенток обеих групп осталось совсем непонятным, так как в данном случае ни одно из заключений ММГ не умещалось по количеству имеющегося диагноза ДФКМ; кроме того в диагноз не было вынесено наличие очаговых образований – фиброаденомы и солитарных кист.

■ так, повышение уровня холестерина было выявлено у 55% обследованных в обеих группах, тогда как диагноз E75.5 был выставлен лишь у 20% и 15% женщин в первой и второй группе соответственно;

■ диагноз «Нарушение гликемии натощак» не был выставлен ни у одной из женщин, имеющих превышение нормального уровня глюкозы;

■ диагноз «Ожирение» так же отсутствовал у всех женщин, имеющих ИМТ 30 и более;

■ диагноз «Анемия» так же отсутствовали у всех женщин, имеющих снижение гемоглобина.

Заключение

Результаты проведенного обследования в рамках диспансеризации свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья женщин не только в постменопаузе, но и в период менопаузального перехода – наличие ожирения, анемии, гипергликемии, гиперхолестеринемии, CIN-1 или CIN-2, диффузной и очаговой патологии молочных желез. Обнаружение данных изменений, особенно еще на стадии ранних отклонений, уже требует более детального обследования пациентов и активной тактики врача и пациента. Однако, в результате проведения пер-

вого этапа диспансеризации выявленные метаболические или структурные изменения не выставляются в диагноз, что обесценивает саму идею диспансеризации. Имеющиеся отклонения интерпретируются без использования современных классификаций, а порой используются несуществующие термины.

Наличие менопаузальных нарушений на терапевтическом приеме не учитывается и, соответственно, не рассматривается в качестве фактора риска развития соматической патологии. Тем не менее, у обследованных женщин, прошедших диспансеризацию, при дополнительном обследовании были выявлены менопаузальные нарушения средней степени тяжести. При этом, обращает на себя внимание, что наличие «приливов жара» не является единственным проявлением менопаузальных нарушений – вазомоторные симптомы при анализе анкетирования по шкале Грина имели допороговые значения (менее 4 баллов) и на первое место выходили психо-эмоциональные и обменно-эндокринные симптомы. Кроме того, женщины в периоде менопаузального перехода и в постменопаузе не ассоциируют ухудшение в состоянии своего здоровья с наличием менопаузальных расстройств; а значит, они активно не сообщают об этом на приемах у врача.

Таким образом, для обеспечения сохранения здоровья и работоспособности у женщин в период менопаузального перехода и постменопаузы крайне важно и активное выявление менопаузальных проявлений со стороны врача, и просветительская работа среди женского населения, способствующая повышению медицинской грамотности населения и формированию внимательного отношения к своему здоровью. ■

Воронцова Анна Валерьевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Звычайный Максим Александрович, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Стрелова Д.А., Гец А.В. Автор, ответственный за переписку: Воронцова А.В. E-mail: a_valerevna@mail.ru

Литература:

1. Ткачева О.Н. Профилактика преждевременного старения у женщин / О.Н.Ткачева, Ю.Э.Доброхотова, Е.Н.Дудинская //Методические рекомендации. – 2017. – С. 5-6
2. Baber R. J., Panay N., Fenton A. et al. The IMS Writing Group 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // *Climacteric*. 2016. Vol. 19(2). P. 109–150.
3. Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, et al. Association of Vasomotor and Other Menopausal Symptoms with Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157417. Published 2016 Jun 17. doi:10.1371/journal.pone.0157417
4. Herber-Gast, G., Brown, W., & Mishra, G. (2014). *Hot flushes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: a longitudinal study*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(11), 1560–1567. doi:10.1111/1471-0528.13163
5. Lobo R.A., Davis S.R., de Villiers T.J. et al. Prevention of diseases after menopause // *Climacteric*. 2014. Vol. 17. P. 540–556.
6. Лопатина О.В. Факторы женского здоровья с точки зрения старения репродуктивной системы и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний / О.В. Лопатина, В.Е. Балан, О.Н. Ткачева, Н.В. Шарашкина, А.С. Журавель // Альманах клинической медицины. – 2015. – Т.1. – №37. – С. 111-117
7. Менопауза и климактерическое состояние у жен-

- цин: клинические рекомендации. Москва, 2016 (утверждено профессиональным сообществом: Российское общество акушеров-гинекологов Российской ассоциация по менопаузе).
8. <https://www.corptransinc.com/sites/greeneclimactericscale/instrument-information.aspx> (шкала Грина)
 9. D'Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, et al. ACR BI-RADS Atlas®, Breast Imaging Reporting and Data System, 5th ed. Reston, VA: American College of Radiology; 2013
 10. Методические рекомендации по профилактике рака молочной железы (Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы»). Москва, 2018. 24 с.