

ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОК ВО ВРЕМЯ ПЕРЕХОДА К МЕНОПАУЗЕ И В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кубанский государственный медицинский университет (КубГМУ)
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4

Карахалис Л. Ю., Мезенцева В. Ю.

Резюме

Цель. Определить особенности течения периода ожидания менопаузы, ранней и поздней постменопаузы для выбора тактики ведения пациенток с климактерическим синдромом в зависимости от наличия соматической патологии.

Дизайн. Проспективное аналитическое обсервационное исследование.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациенток, поделенных на три группы: 1 группа (n=42) – женщины, находящиеся в периоде перехода к менопаузе, 2 группа (n=63) – в ранней постменопаузе и 3 группа (n=25) – в поздней постменопаузе. Изучали начало менархе и возраст наступления менопаузы. Все были опрошены по специальному опроснику, включающему 20 вопросов, которые характеризовали наличие и/или тяжесть климактерического синдрома. Проанализировано влияние индекса массы тела (ИМТ) у пациенток, принимающих гормональные средства.

Результаты. Возраст менархе в группах статистически не отличался: 1 группа – 13,1±1,6 лет; 2-я – 13,5±1,5 лет; 3-я – 13,4±1,4 года (p>0,05). Во 2 группе менопауза наступила в 48,8±3,7 лет, в 3-ей – в 45,4±3,7 лет (p>0,05). Используют гормональную терапию 12,3% из числа опрошенных, из них 83,3% имеют избыточную массу тела, 8,3% – ожирение. Выявлены значимые отличия между группами в ответе на вопрос о наличии вазомоторных нарушений; частоты бессонницы; появления слабости; жалоб на сухую кожу; наличие чувства повышения массы тела и снижение либидо. Большинство женщин имели климактерический синдром (КС) средней и тяжелой степени: в 1 группе соответственно 61,9% и 7,1%; во 2-ой – 60,3% и 28,6% и в 3-ей – 64,0% и 36,0%. В 1 группе женщин с высоким риском развития тромбозомболических осложнений было 40,5%; во 2-ой – 55,6%; в 3-ей – 60,0%. Пациентки с экстрагенитальной патологией имеют повышенный балл риска тромбозомболических осложнений.

Заключение. Возможность назначения МГТ у пациенток с экстрагенитальной патологией сохраняется после дополнительного обследования и проведения профилактических и/или лечебных мероприятий.

Ключевые слова: климактерический синдром, экстрагенитальная патология, МГТ.

PATIENT PROFILE TRANSITIONING INTO MENOPAUSE AND POSTMENOPAUSE

Kuban State Medical University
Russia, 350063, Krasnodar, Mitrofan Sedin Str., 4

Karakhalis L. Yu., Mezentseva V. Yu.

Abstract

Objectives. This study aimed to identify the specific characteristics of premenopausal, early postmenopausal, and late postmenopausal periods to guide the management of patients experiencing menopausal symptoms based on the presence of coexisting health conditions.

Design and Methods. This was a prospective analytical observational study. A total of 130 patients were included in the study and categorized into three groups: Group 1 (n=42) consisted of women in the menopausal transition, Group 2 (n=63) comprised women in early postmenopause, and Group 3 (n=25) included women in late postmenopause. The study assessed the onset of menarche and age of menopause. All participants completed a specialized questionnaire with 20 questions to evaluate the severity of menopausal symptoms. The impact of body mass index (BMI) on patients receiving hormonal therapy was also analyzed.

Results. The onset of menarche did not show statistically significant differences among the groups: Group 1 – 13.1±1.6 years, Group 2 – 13.5±1.5 years, and Group 3 – 13.4±1.4 years (p>0.05). Menopause occurred at an average age of 48.8±3.7 years in Group 2 and 45.4±3.7 years in Group 3 (p>0.05). Among hormone therapy users, 83.3% were overweight, and 8.3% were obese. Significant variations were observed among the groups regarding the presence of vasomotor symptoms, frequency of insomnia, weakness, dry skin, perceived weight gain, and decreased libido. The majority of women experienced moderate to severe menopausal symptoms: 1st group – 61.9% and 7.1%; 2nd group – 60.3% and 28.6%; 3rd group – 64.0% and 36.0%, respectively. The risk of thromboembolic complications was higher in women with extragenital health issues: 1st group – 40.5%, 2nd group – 55.6%, and 3rd group – 60.0%.

Conclusion. Menopausal hormone therapy may be considered for patients with extragenital conditions following additional assessment and appropriate preventive or therapeutic interventions.

Keywords: climacteric syndrome, extragenital pathology, menopausal hormone therapy.

Введение

Имеющиеся климактерические жалобы, объединенные в климактерический синдром (КС), возникающие в возрасте 45-55 лет, как раз на вершине карьерного роста и благополучия семейной жизни, требуют изучения частоты их встречаемости, в том числе и в популяции женщин с экстрагенитальной патологией [1]. Клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) по менопаузе и климактерическому состоянию четко обозначили перечень необходимых мероприятий, направленных для отбора целевой группы по назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ) [2]. Возникающий целый ряд проблем переходного периода влияют на качество сна, способствуют развитию психоэмоциональных нарушений, в том числе депрессии, что находит отражение в современных публикациях [3]. Любые исследования в этой области направлены, в первую очередь, на предотвращение раннего старения, в том числе и эндокринного [4]. Проанализировав имеющиеся данные научной литературы, нами предпринята попытка определить особенности перименопаузального и постменопаузального периодов.

Цель: определить особенности течения периода ожидания менопаузы, ранней и поздней постменопаузы для выбора тактики ведения пациенток с климактерическим синдромом в зависимости от наличия соматической патологии.

Материалы и методы

В условиях терапевтического стационара и женской консультации было обследовано и проинтервьюировано 130 пациенток. В зависимости от длительности менопаузы или ее отсутствия, все пациентки были разделены на три группы в соответствии со шкалой старения репродуктивной системы – Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW+10): 1 группа (n=42) соответствовала переходу к менопаузе, 2 группа (n=63) – ранней постменопаузе и 3 группа (n=25) – поздней постменопаузе. Нами проведен анализ массо-ростовых показателей у обследованных пациенток. У всех пациенток был рассчитан индекс массы тела (ИМТ) в кг/м² и в соответствии с критериями ВОЗ их рассматривали в зависимости от величины ИМТ: дефицит веса (ИМТ ниже 18,5 кг/м²); нормальный вес (ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м²); избыточная масса тела (ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м²); ожирение (ИМТ от 30,0 кг/м² и выше). Также среди анкетированных изучали менструальную функцию: начало менархе и начало менопаузы во 2 и 3 группах.

Все пациентки были опрошены, ответив на 20 вопросов составленного опросника, каждый ответ оценивали в баллах: «нет» – 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «да» – 2 балла. Если сумма баллов составляла от 7 до 17, считали, что имеются климактерические расстройства средней степени тяжести, если более 17 баллов – у пациентки был климактерический синдром тяжелой степени. Вопросы были следующего характера: страдает ли пациентка вазомоторными наруше-

ниями (1); имеются ли сердцебиения или другие нарушения деятельности сердца (2); нервничает ли чаще в последнее время (3); более ли склонна к депрессии, чем раньше (4); чаще ли беспокоит головная боль (5); есть ли головокружения (6); беспокоит ли ее слабость (7); усталость (8); страдает ли парестезиями (9); сильнее ли выпадают волосы (10); более сухой стала кожа (11); беспокоит сухость слизистой глаз и ротовой полости (12); беспокоит учащенное мочеиспускание, недержание мочи (13); есть ли боли в суставах (14); боли в мышцах и костях (15); чувствует себя «пополневшей» (16); имеется ли сухость влагалища (17); изменилось ли либидо (18); была удалена матка (19); яичники (20). Также оценивался тромботический анамнез в баллах по шкале оценки риска тромбозомболических осложнений у нехирургических больных (шкала Padua, созданная в университете г. Падуи из одиннадцати показателей, каждому из которых соответствует определенное количество баллов): при 0-3 баллах риск был низким; 4 и более баллов – высокий риск развития тромбозомболических осложнений, что требует соответствующей терапии и/или профилактики.

Статистический анализ проведен в среде пакета STATISTICA 10 (Tibco, USA) и Microsoft Excel 2016. Данные охарактеризованы средним арифметическим (M) и среднеквадратическим (стандартным) отклонением (m). Во всех критериях использовали общепринятый уровень статистической значимости $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ показал, что по возрасту группы распределились следующим образом: в 1 группе средний возраст пациенток составил 45,3±3,6 года; во 2 группе – 52,5±4,7 года и в 3 группе – 57,5±2,4 лет. Менархе у пациенток начиналась: в 1 группе в 13,1±1,6 лет; во 2 группе в 13,5±1,5 лет; в 3 группе в 13,4±1,4 года. Значимой разницы между группами в возрасте начала первой менструации не выявлено ($p>0,05$). Для 2 и 3 групп рассчитали, в каком возрасте наступила менопауза. Оказалось, что во 2 группе менопауза наступила в среднем в 48,8±3,7 лет, а в 3 группе – в 45,4±3,7 лет ($p>0,05$). Таким образом, опрошенные пациентки, находящиеся в периоде поздней постменопаузы (длительность более 8 лет), имеют более ранние показатели ее наступления по возрасту, хотя статистическая разница отсутствует.

У всех пациенток рассчитывали ИМТ (кг/м²) и в зависимости от его уровня определяли дефицит массы, нормальный вес, избыточную массу тела и ожирение, изучали частоту их встречаемости в группах (табл. 1).

Взаимосвязь между ИМТ и категориальным показателем слабая, статистически незначимая, распределение относительных частот в строках таблицы примерно одинаковое.

Кроме того, было изучено, какая доля пациенток 3-х групп использовала/использует гормональные средства или комбинированные гормональные контрацептивы (КГК), или внутриматочную систему (ВМС), или менопаузальную гормональную терапию (МГТ) в своей практике (табл. 2).

Изменение ИМТ в группах исследования

ИМТ, кг/м ²	2-входная итоговая: наблюдаемые частоты (Таблица) Частоты выделенных ячеек > 10			
	1 группа (n=42)	2 группа (n=63)	3 группа (n=25)	Строк по стр.
До 18,5 абс.	1	1	0	2
%	50,0	50,0	0	
18,5-24,9 абс.	25	24	10	59
%	42,37	40,68	16,95	
25,0-29,9 абс.	11	24	6	41
%	26,83	58,54	14,63	
30,0 и выше абс.	5	14	9	28
%	17,86	50,0	32,14	
Всего	42	63	25	130

Таблица 2

Использование гормональной терапии в группах

Гормонотерапия	1 группа (n=42)		2 группа (n=63)		3 группа (n=25)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
КГК	5	11,9	1	1,6	0	0
ВМС	0	0	2	3,2	0	0
МГТ	0	0	7	11,1	1	4,0

Мы проанализировали, сколько пациенток из числа использующих различную гормональную терапию имеют избыточный вес и ожирение (рис. 1). Из всех групп только 16 женщин использовали гормональные средства, что составляет 12,3%, среди которых у 10 (83,3%) имеется избы-

точная масса тела и у 1 (8,3%) – ожирение. Следовательно, период перехода в менопаузу, ранняя и поздняя менопауза требуют анализа пищевого поведения, использования лекарственных средств, снижающих аппетит, ведения здорового образа жизни, адекватной физической нагрузки.



Рисунок 1. Абсолютное количество пациенток в группах, принимающие гормональные средства

Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что связь между группами и ответом на поставленный вопрос о наличии вазомоторных нарушений (1) статистически значимая: критерий хи-квадрат Пирсона – $p=0,016$; корреляция Спирмена – $p=0,001$; М-П хи-квадрат – $p=0,006$. При ответе на вопрос о наличии сердцебиений (2) не выявлено отличий, распределение относительных частот примерно одинаковое (табл. 3). Выявлена статистически значимая разница в частоте бессонницы, нарушений ритма сна

(3): хи-квадрат Пирсона – $p=0,048$; корреляция Спирмена – $p=0,003$; М-П хи-квадрат – $p=0,049$. На 4 вопрос, который выяснял, нервничает пациентка как раньше или нет, полученные ответы значимо не отличались, как и на 5 вопрос о депрессии, и на 6 вопрос о головной боли. По поводу наличия головокружений (7) между группами также не достигнуто значимой разницы. Найдены незначительные отличия между группами при ответе на 8 вопрос о слабости в последнее время: хи-квадрат Пирсона – $p=0,011$;

корреляция Спирмена – $p=0,524$; М-П хи-квадрат – $p=0,007$. При ответе на 9 вопрос о наличии парестезий, как и при ответе на 10 вопрос

о более сильном выпадении волос в последнее время, статистической разницы между группами не обнаружено.

Таблица 3

Ответы на вопросы анкеты обследованных пациенток трех групп

Вопросы/ баллы	1 группа, n=42			2 группа, n=63			3 группа, n=25		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
1. абс.	34	7	1	32	17	14	16	4	5
1. %	80,95	16,67	2,38	50,79	26,98	22,22	64,0	16,0	20,0
2. абс.	15	23	4	18	29	16	7	11	7
2. %	35,7	54,76	9,52	28,57	46,03	25,4	28,0	44,0	28,0
3. абс.	24	10	8	19	18	26	9	9	7
3. %	57,14	23,81	19,05	30,16	28,57	41,27	36,0	36,0	28,0
4. абс.	25	8	9	32	13	18	12	2	11
4. %	59,52	19,05	21,43	50,79	20,63	28,57	48,0	8,0	44,0
5. абс.	34	6	2	47	8	8	19	3	3
5. %	80,95	14,29	4,76	74,6	12,7	12,7	76,0	12,0	12,0
6. абс.	30	9	3	41	13	9	18	3	4
6. %	71,43	21,43	7,14	65,08	20,63	14,29	72,0	12,0	16,0
7. абс.	23	14	5	32	20	11	11	11	3
7. %	54,76	33,33	11,9	50,79	31,75	17,46	44,0	44,0	12,0
8. абс.	15	13	14	21	12	30	5	1	19
8. %	35,71	30,95	33,33	33,33	19,05	47,62	20,0	4,0	76,0
9. абс.	31	8	3	37	16	10	11	7	7
9. %	73,81	19,05	7,14	58,73	25,4	15,87	44,0	28,0	28,0
10. абс.	33	2	7	45	7	11	21	0	4
10. %	78,57	4,76	16,67	71,43	11,11	17,46	84,0	0	16,0
11. абс.	4	10	28	3	5	55	0	0	25
11. %	9,52	23,81	66,67	4,76	7,94	87,3	0	0	100
12. абс.	31	6	5	42	3	18	15	0	10
12. %	73,81	14,29	11,9	66,67	4,76	28,57	60,0	0	40,0
13. абс.	29	8	5	34	11	18	10	9	6
13. %	69,05	19,05	11,9	53,97	17,46	28,57	40,0	36,0	24,0
14. абс.	29	6	7	25	10	28	7	8	10
14. %	69,05	14,29	16,67	39,68	15,87	44,44	28,0	32,0	40,0
15. абс.	30	11	1	43	12	8	12	9	4
15. %	71,43	26,19	2,38	68,25	19,05	12,7	48,0	36,0	16,0
16. абс.	20	13	9	28	9	26	13	7	5
16. %	47,62	30,95	21,43	44,44	14,29	41,27	52,0	28,0	25,0
17. абс.	34	4	4	32	13	18	8	3	14
17. %	80,95	9,52	9,52	50,79	20,63	28,57	32,0	12,0	56,0
18. абс.	28	5	9	18	14	31	4	4	17
18. %	66,67	11,9	21,43	28,57	22,22	49,21	16,0	16,0	68,0
19. абс.	42	-	0	57	-	6	23	-	2
19. %	100,0	-	0	90,48	-	9,52	92,0	-	8,0
20. абс.	42	-	0	57	-	6	23	-	2
20. %	100,0	-	0	90,48	-	9,52	92,0	-	8,0

Подавляющее большинство всех пациенток (100% в 3 группе и 87,3% во 2 группе) ответили, что кожа стала сухой, ухудшилась ее эластичность (11 вопрос). При этом отличия были значимыми: хи-квадрат Пирсона – $p=0,007$; корреляция Спирмена – $p=0,021$; М-П хи-квадрат – $p=0,002$. Возникшая сухость слизистой оболочки глаз (12) беспокоила 33,33% пациенток 2 группы, 40,0% пациенток 3 группы, в 1 группе таких женщин было 11,9%, при этом статистическая разница между группами отсутствовала.

Не было выявлено статистической разницы и при ответе на 13 вопрос о нарушении мочеиспускания. Однако необходимо отметить, что характерные для поздних нарушений в постменопаузе нарушения мочеиспускания начинают беспокоить пациенток гораздо раньше, что нами уже отмечалось [5]. При ответе на вопрос о наличии боли в суставах (14) большинство пациенток ранней и поздней постменопаузы дали положительный ответ при значимых отличиях между группами: хи-квадрат Пирсона – $p=0,003$;

корреляция Спирмена – $p=0,003$; М-П хи-квадрат – $p=0,003$.

Вопрос о наличии болей в мышцах или костях (15) является чрезвычайно актуальным, так как сегодня недостаточно уделяется внимания саркопении, которую принято считать «молчаливым» осложнением постменопаузы, впрочем, как и остеопения с остеопорозом. По данным научной литературы, менопауза приводит к увеличению массы висцерального жира и снижению синтеза мышечного белка, что ведет к развитию ожирения и саркопении, вызывающие целый ряд метаболических нарушений, повышая частоту кардиометаболических и сердечно-сосудистых заболеваний [6, 7]. Несмотря на то, что боли в мышцах и костях беспокоят в 1 группе всего 2,38%, во 2-й – 31,75% и в 3 группе – 52,0%, необходимо учитывать развитие ряда осложнений при саркопении и остеопорозе (метаболический синдром, кардиологические нарушения, переломы и др.). Учитывая полученные нами данные и работы других исследователей, понятна назревшая необходимость включения в доступное для женщин постменопаузального возраста обследование двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию и рентгеновскую денситометрию за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

На вопрос, чувствуете ли Вы себя «пополневшей» (16), положительно ответила половина опрошенных женщин, при этом статистическая разница между группами отсутствовала. При ответе на 17 вопрос о сухости влагалища

подавляющее большинство 3 группы и половина 2-ой ответили положительно. Нами выявлена значимая разница: хи-квадрат Пирсона – $p<0,001$; корреляция Спирмена – $p=0,016$; М-П хи-квадрат – $p<0,001$.

Изменение либидо (18 вопрос) отметило большинство пациенток 2 и 3 групп, в 1 группе таких пациенток оказалась треть от 42 (32,33%) опрошенных. Выявлены статистические отличия, что доказано уровнями хи-квадрат Пирсона – $p<0,001$; корреляция Спирмена – $p=0,001$; М-П хи-квадрат – $p<0,001$.

Во 2 группе были удалены матка (19) и яичники (20) у 9,52% женщин, в 3 группе – у 8,0%. Статистическая разница отсутствовала.

Таким образом, значимые отличия между группами выявлены в ответе на вопрос о наличии вазомоторных нарушений; в частоте возникновения бессонницы и нарушений ритма сна; появления слабости в последнее время; в жалобах на сухую кожу и ухудшение ее эластичности; наличии чувства повышения массы тела и снижение либидо. При этом, несмотря на отсутствие значимой разницы между группами в ответе на вопрос о наличии болей в мышцах или костях, а также учитывая развитие с возрастом саркопении и остеопороза, необходимо включить двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию и рентгеновскую денситометрию в обязательное обследование женщин в постменопаузе.

Анализ общего балла, характеризующего тяжесть климактерического синдрома, представлен на рисунке 2.

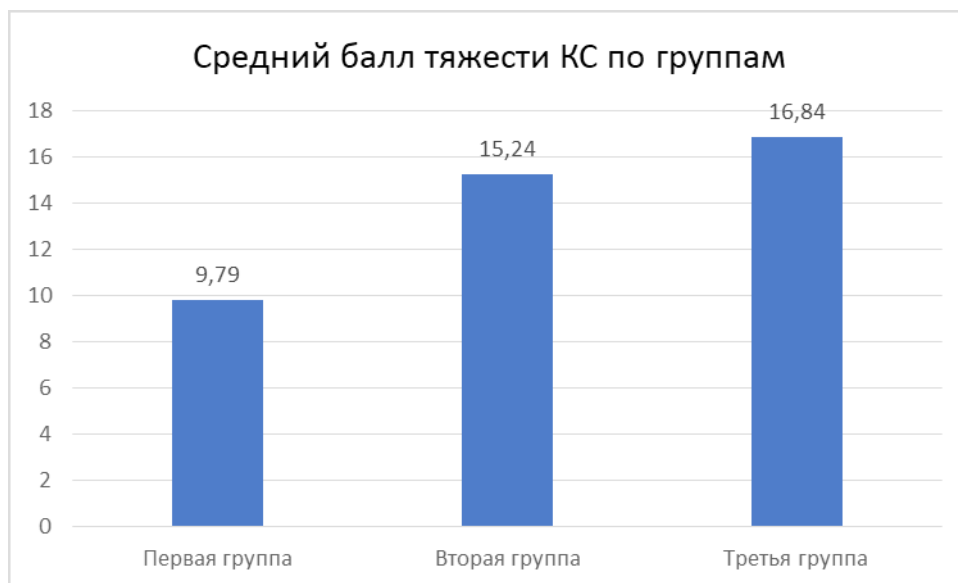


Рисунок 2. Оценка степени тяжести климактерического синдрома по группам

Полученный балл в 1 группе ($9,79\pm 5,11$) соответствовал климактерическому синдрому (КС) средней степени тяжести (от 7 до 17 баллов), при этом в 1 группе наблюдались 3 (7,1%) пациентки с тяжелым КС (более 17 баллов) и у 26 (61,9%) КС был средней степени тяжести. Во 2 группе полученный балл также соответствовал КС средней степени тяжести – $15,24\pm 6,21$ при максимально оцениваемой тяжести в 35 баллов. Всего с тяжелым КС во 2 группе было 18

(28,6%) женщин, со средней степенью тяжести – 38 (60,3%). В 3 группе средний балл составлял $16,84\pm 4,91$, максимальный – 26, тяжелая форма КС выявлена у 9 (36,0%) пациенток, а КС средней степени тяжести у 16 (64,0%). Таким образом, проявления, характерные для КС средней и тяжелой степени встречаются в периоде перехода к менопаузе, соответственно у 61,9% и 7,1%. Частота КС средней и тяжелой степени возрастает и во 2 группе, и составляет соответственно

60,3% и 28,6%. Максимальные показатели отмечены в 3 группе – 64,0% и 36,0% соответственно

Проведена оценка тромботического анамнеза по шкале Padua (рис. 3).

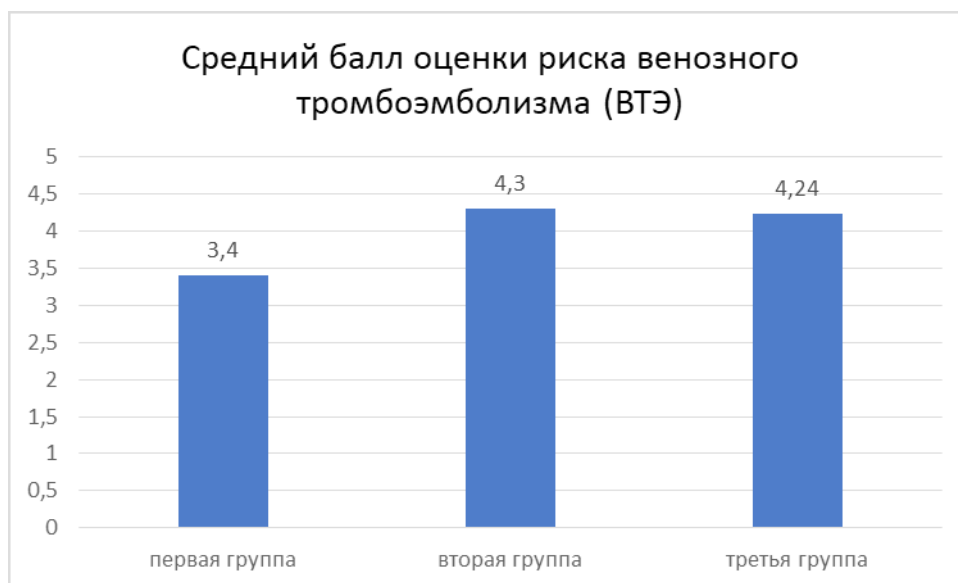


Рисунок 3. Средний балл риска ВТЭ в группах

Следовательно, во 2 и 3 группах уровень среднего балла был выше 4-х, что говорит о возможных рисках развития сосудистых нарушений при назначении гормональной терапии. Необходимо отметить, что в каждой из групп были выявлены пациентки с баллом выше 4 (1 группа – 17 (40,5%), 2 группа – 35 (55,6%), 3 группа – 15 (60,0%)). Таким образом, пациентки, имеющие экстрагенитальную патологию, чаще имеют повышенный балл, ассоциированный с риском развития тромботических осложнений.

Заключение

Полученные в ходе нашего анализа результаты позволяют сделать вывод, что число женщин, использующих различную гормональную терапию, составляет 12,3%, среди них у 83,3% имеется избыточная масса тела и у 8,3% – ожирение. В период перехода к менопаузе, в ранней и поздней постменопаузе необходимо оценивать пищевое поведение, рекомендовать адекватную физическую нагрузку.

Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что имеются значимые отличия между группами в ответе на вопрос о наличии вазомоторных нарушений; частоты бессонницы и нарушений ритма сна; появления слабости; жалоб на сухую кожу и ухудшение ее эластичности; наличие чувства повышения массы тела и снижение либидо. Несмотря на отсутствие значимой разницы между группами в ответе на вопрос о наличии болей в мышцах или костях, а также учитывая развитие с возрастом саркопении и остеопороза, повышающих кардиометаболические риски, необходимо включать двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию и рентгеновскую денситометрию в план обследования женщин в постменопаузе.

Большинство пациенток имели КС средней и тяжелой степени: в 1 группе таких женщин было 61,9% и 7,1%; во 2 группе – 60,3% и 28,6% соответственно; и в 3 группе – 64,0% и 36,0%.

Оценка риска тромботических осложнений показала, что в 1 группе число женщин с высоким риском составляло 40,5%; во 2 группе – 55,6%; в 3 группе – 60,0%. Пациентки с экстрагенитальной патологией чаще имеют повышенный балл, ассоциированный с риском развития тромботических осложнений, что было четко обозначено в критериях приемлемости назначения МГТ [1]. При этом возможность назначения МГТ сохраняется после дополнительного обследования и проведения профилактических и/или лечебных мероприятий.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Шляхто Е.В., Сухих Г.Т., Серов В.Н. [и др.]. Российские критерии приемлемости назначения менопаузальной гормональной терапии пациенткам с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями. *Согласительный документ Российского Кардиологического Общества, Российского Общества Акушеров-Гинекологов, Российской Ассоциации Эндокринологов, Евразийской Ассоциации Терапевтов, Ассоциации Флебологов России. Кардиология.* 2023; 10(63): 9-28. <https://doi.org/10.18087/cardio.2023.10.n2561>. – EDN SBRPQX.
2. Клинические рекомендации. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. 2021. Доступно на https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/117_2
3. Гаспарян С.А., Чотчаева А.М., Карпов С.М. Когнитивные и психоэмоциональные нарушения у женщин периода менопаузального перехода: возможности медикаментозной коррекции. *Проблемы эндокринологии.* 2023; 1(69): 86-95. <https://doi.org/10.14341/probl13205>
4. Михеев Р.К., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Абсарова Ю.С., Одарченко А.С., Оплетаяева О.Н. Молекулярные и

клеточные механизмы старения: современные представления (обзор литературы). *Проблемы эндокринологии*. 2023; 5(69): 45-54. <https://doi.org/10.14341/probl13278>

5. Карахалис Л.Ю. Проблемы урогенитальной атрофии у женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2007; 1-2: 63-67. ID: 9481106

6. Kang S.Y., Lim G.E., Kim Y.K., Kim H.W., Lee K., Park T.J., Kim J. Association between Sarcopenic Obesity and Metabolic Syndrome in Postmenopausal Women: A Cross-sectional Study Based on the Korean National Health and Nutritional Examination Surveys from 2008 to 2011. *J Bone Metab.* 2017 Feb; 24(1): 9-14. <https://doi.org/10.11005/jbm.2017.24.1.9>

7. Silva Neto L.S., Medeiros A., Travassos A., Osório N.B., Nunes G.F. Association between sarcopenic obesity, muscle strength and risk of cardiovascular and cardiometabolic diseases in the elderly: A systematic review. *Rev Nutr.* 2019; 32: e180237. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e180237>

References

1. Shlyakhto E.V., Sukhikh G.T., Serov V.N. [et al.] Russian criteria of acceptability of prescribing menopausal hormonal therapy to patients with cardiovascular and metabolic diseases. Consensus document of the Russian Cardiologic Society, Russian Society of Obstetricians and Gynecologists, Russian Association of Endocrinologists, Eurasian Association of Therapists, Association of Phlebologists of Russia. *Cardiology*. 2023; 10(63): 9-28. <https://doi.org/10.18087/cardio.2023.10.n2561>. - EDN SBRPQX. (In Russ.)

2. Clinical guidelines. Menopause and the menopausal state in women. 2021. Available at https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/117_2. (In Russ.)

3. Gasparyan S.A., Chotchaeva A.M., Karpov S.M. Cognitive and psychoemotional disorders in women of menopausal transition: possibilities of medication correction. *Problems of Endocrinology*. 2023; 1(69): 86-95. <https://doi.org/10.14341/probl13205>. (In Russ.)

4. Mikheev R.K., Andreeva E.N., Grigoryan O.R., Sheremetieva E.V., Absatarova Y.S., Odarchenko A.S., Opletaeva O.N. Molecular and cellular mechanisms of aging: modern concepts (literature review). *Problems of Endocrinology*. 2023; 5(69): 45-54. <https://doi.org/10.14341/probl13278>. (In Russ.)

5. Karakhalis L.Y. Problems of urogenital atrophy in women of reproductive and perimenopausal age. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2007; 1-2: 63-67. ID: 9481106. (In Russ.)

6. Kang S.Y., Lim G.E., Kim Y.K., Kim H.W., Lee K., Park T.J., Kim J. Association between Sarcopenic Obesity and Metabolic Syndrome in Postmenopausal Women: A Cross-sectional Study Based on the Korean National Health and Nutritional Examination Surveys from 2008 to 2011. *J Bone Metab.* 2017 Feb; 24(1): 9-14. <https://doi.org/10.11005/jbm.2017.24.1.9>

7. Silva Neto L.S., Medeiros A., Travassos A., Osório N.B., Nunes G.F. Association between sarcopenic obesity, muscle strength and risk of cardiovascular and cardiometabolic diseases in the elderly: A systematic review. *Rev Nutr.* 2019; 32: e180237. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e180237>

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Карахалис Людмила Юрьевна, д. м. н., профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, Кубанский государственный медицинский университет; врач акушер-гинеколог, Краевая клиническая больница №2, г. Краснодар.

E-mail: lomela@mail.ru.

<https://orcid.org/0000-0003-1040-6736>.

Информация об авторах

Мезенцева Валерия Юрьевна, аспирант кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар.

E-mail: gonchar1993@internet.ru.

<https://orcid.org/0009-0008-0651-8333>.

Contact information

Corresponding author: Lyudmila Yu. Karakhalis, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists, Kuban State Medical University; Obstetrician-gynecologist, Regional Clinical Hospital No. 2, Krasnodar.

E-mail: lomela@mail.ru.

<https://orcid.org/0000-0003-1040-6736>.

Author information

Valeriya Yu. Mezentsseva, Postgraduate student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists, Kuban State Medical University, Krasnodar.

E-mail: gonchar1993@internet.ru.

<https://orcid.org/0009-0008-0651-8333>.

Поступила в редакцию 26.02.2024

Принята к публикации 12.04.2024

Для цитирования: Карахалис Л. Ю., Мезенцева В. Ю. Портрет пациенток во время перехода к менопаузе и в постменопаузе. *Бюллетень медицинской науки*. 2024; 2(34): 102-108. <https://doi.org/10.31684/25418475-2024-2-102>

Citation: Karakhalis L. Yu., Mezentsseva V. Yu. Patient profile transitioning into menopause and postmenopause. *Bulletin of Medical Science*. 2024; 2(34): 102-108. <https://doi.org/10.31684/25418475-2024-2-102> (In Russ.)