https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-06

О чем молчат женщины «элегантного» возраста

О.П. Виноградова[1], доктор медицинских наук, профессор,
О.А. Бирючкова[2], кандидат медицинских наук,
Н.М. Поренко[1]
[1]Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России
[2]Пензенский государственный университет
E-mail: dge117@mail.ru

Увеличение продолжительности жизни и необходимость полноценно работать в период менопаузы делает необходимым поиски новых путей повышения качества жизни (КЖ) женщин. Выбор рациональной терапии для пациенток в период менопаузы с симптомами гипоэстрогении и мочевой инконтиненции позволит улучшить их КЖ.
Оценивается влияние препарата Фемо-Клим у женщин перименопаузального и менопаузального периода на сексуальную активность и развитие генитоуринарного синдрома.

Ключевые слова: гинекология, терапия, менопауза, перименопауза, гипоэстрогения, генитоуринарный синдром, Фемо-Клим.

Для цитирования: Виноградова О.П., Бирючкова О.А., Поренко Н.М. О чем молчат женщины «элегантного» возраста. Врач. 2021; 32 (5): 34–39. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-06

«Быстро осыпается недолговечный цветок жизни».
*римский поэт-сатирик **Децим Юний Ювенал***
(ок. 60 – ок.127 гг.)

Современное общество столкнулось с проблемой постарения населения, причем говоря о «стареющем» государстве, имеют в виду, что ≥7% от всего населения составляют люди в возрасте старше 65 лет. По данным 2020 г., в России доля возрастного населения составляет 15,5%. В целом по России людей пенсионного возраста на 33% больше, чем детей 0–15 лет. Такое превышение наблюдается в 71 регионе-субъекте Российской Федерации. Особенно значительно оно в Тульской, Тамбовской и Рязанской (в 2 раза), Пензенской, Смоленской, Воронежской областях и Республике Мордовия (в 1,8 раза). По сравнению с мужчинами, женщины живут дольше. Так, по данным Госкомстата (2020), в России проживают 15 893 женщины старше 100 лет, что более чем в 2 раза превышает численность мужчин (n=7005) того же возраста. Согласно Указу Президента России от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», прогнозируется повышение продолжительности жизни к 2024 г. до 78 лет, а к 2030 г. – уже до 80 лет. По статистическим данным, средний возраст наступления менопаузы в мире составляет 48,5 года, в России – 50 лет, то есть женщины продолжают работать в условиях гормонального дефицита.

Менопауза – это время угасания репродуктивной функции и перестройки организма в целом, но вместе с тем это особый период жизни женщины, когда уже многое достигнуто, но, опираясь на жизненный опыт и знания, еще многое хочется успеть.

На изменение гормонального фона реагирует весь организм, в связи с чем 50–82% женщин в возрасте от 45 до 55 лет отмечают ранние временные вазомоторные и эмоционально-психические нарушения, влияющие на их качество жизни (КЖ). По результатам электронного опроса женщин в возрасте 45–55 лет (n=896), занимающих административные и управленческие должности в 10 организациях Великобритании, отмечено нарушение концентрации внимания у 50,9%, повышенная утомляемость – у 50,7%, ухудшение памяти – у 50,5%, в то время как приливы их беспокоили лишь в 35,1% случаев. В современных условиях жизни климактерические симптомы имеют склонность к длительному течению, а у 10–30% женщин симптомы сохраняются до конца жизни.

Средневременные симптомы связаны со сниженным синтезом эластина, коллагена и гиалуроновой кислоты, что провоцирует снижение тургора и гигроскопических свойств кожи, что в состоянии гормонального дефицита приводит к формированию морщин, изменению придатков кожи – выпадению волос, ломкости ногтей, появлению пигментных пятен на коже вследствие избытка синтеза меланина меланоцитами. Также кожа становится тусклой за счет замедления деления клеток эпидермиса и нарушения процессов ороговения, что отражается не только на коже и ее придатках, но и приводит к развитию урогенитальной атрофии.

Революционным прорывом в современной методологии сущности урогенитальных нарушений у женщин можно считать решение экспертов ведущих международных сообществ по менопаузе (Международное общество по изучению женского сексуального здоровья – International Society for the Study of Women's Sexual Health, Североамериканское сообщество по менопаузе – North American Menopause Society) о введении в 2014 г. в клиническую практику нового термина *«genitourinary syndrome of menopause»* (генитоуринарный менопаузальный синдром – ГУМС) вместо общепринятого ранее и неполноценно отражавшего суть проблемы термина «вульвовагинальная атрофия». Второе место по встречаемости после вазомоторных нарушений, занимает именно ГУМС, согласно статистическим данным, он возникает более чем у половины женщин в пери- и постменопаузе, признаки вагинальной атрофии наблюдают у 15% пациенток в перименопаузе и у 40–57% – в менопаузальном периоде. ГУМС относится к средне-

временным симптомам и характеризуется атрофическими изменениями мочеполовой системы, диспареунией, дискомфортом со стороны гениталий, сухостью, раздражением, зудом и жжением вульвы, влагалища, посткоитальными кровотечениями, стрессовым или ургентным недержанием мочи и даже пролапсом тазового дна. ГУМС характеризуется разнообразием проявлений, сопровождается сексуальными проблемами, нарушениями со стороны мочевыделительной системы и оказывает существенное негативное влияние на КЖ [1, 2].

Гормоны влияют на генитоуринарную область, поэтому для лечения ГУМС наиболее часто используют эстрогены [3, 4]. Эстрогены отвечают за пролиферацию и десквамацию многослойного плоского эпителия, синтез гликогена, улучшают кровоснабжение влагалища и шейки матки, стимулируют активность компонентов Т-клеточного звена иммунитета и синтез базальных кератиноцитов и фибробластов, а также повышают митотическую активность клеток влагалищного эпителия и шейки матки. В период менопаузальной перестройки значительное снижение уровня синтеза прогестерона (к 50 годам снижение составляет 75% по сравнению с 35% снижением уровня эстрогенов) приводит к уменьшению толщины эпителиального покрова и развитию атрофии, замедлению дифференцировки клеток урогенитального эпителия и благодаря тому, что деление клеток опережает их созревание, возникает дефицит поверхностных зрелых эпителиальных клеток (преобладают незрелые парабазальные клетки). Далее ситуация усугубляется снижением уровня тестостерона, он в тандеме с эстрогенами предотвращает пролиферацию эпителия и ороговение поверхностных слоев влагалища. Дискомфорт, возникающий в области гениталий, заметно влияет на качество и регулярность сексуальных взаимоотношений, заставляя женщину избегать партнерской близости. Помимо этого, в организме снижается уровень гормонов, который оказывает влияние на сексуальность женщины. В своей книге профессор Н.М. Подзолкова пишет о том, что два крупных независимых исследования показали взаимосвязь между уровнем андрогенов и сексуального желания у женщин в возрасте 19–65 лет. Также выявлены корреляции между уровнем тестостерона и частотой мастурбаций, сексуальным желанием и возбуждением у женщин в возрасте 42–52 года. Эти исследования дают достаточно надежные данные о взаимосвязи уровня андрогенов и сексуальной функцией женщины (рис. 1) [5–13].

Поздневременные симптомы менопаузы, такие как остеопороз и сердечно-сосудистые катастрофы, не только усложняют жизнь, но и приводят к инвалидизации или даже к смертельным исходам.

Современность ставит перед акушерами-гинекологами важную задачу выбора рациональной терапии для пациенток с симптомами гипоэстрогении и мочевой инконтиненции в периоде менопаузы и улучшения их КЖ.

В терапии симптомов менопаузы широко применяются препараты заместительной менопаузальной гормональной терапии (МГТ) и альтернативной терапии для коррекции вазомоторных, психоэмоциональных и сексуальных нарушений, профилактики урогенитальных осложнений и расстройств сна. Однако многие женщины имеют предубеждение к приему гормонов и ищут альтернативные способы облегчения симптомов – фитопрепараты, антидепрессанты, транквилизаторы, сердечно-сосудистые средства, препараты кальция, магния.

Фемо-Клим – пероральный препарат, содержащий фитоэстрогены, схожие по своей структуре с эстрадиолом и эстроном, – одними из основных гормонов женского организма. Эти вещества связываются с рецепторами эстрогенов и активируют их. При этом фитоэстрогены действуют гораздо мягче, чем человеческие гормоны.

Препарат Фемо-Клим (ООО «Парафарм», Пенза) содержит HDBA – органик-комплекс (гомогенат трутневый адсорбированный) – 100 мг; β-аланин – 170 мг; глицин – 90 мг; траву клевера красного – 25 мг; корни солодки голой – 25 мг; листья шалфея лекарственно-

Рис. 1. ГУМС и его связь с либидо
Fig. 1. Genitourinary syndrome of menopause and its relationship to libido

го – 25 мг; пиридоксина гидрохлорид (витамин B_6) – 0,2 мг. Уникальность препарата определяется гомогенатом трутневым адсорбированным, который в своем составе имеет белки (до 41%), аминокислоты (до 37%), органические кислоты – пантотеновую, фолиевую, никотиновую (до 38%), витамины А, Е и группы В, витамин D_3 (в 3 раза больше, чем в рыбьем жире), ферменты (липаза, протеаза, фосфатаза, дегидрогеназа, амилаза и др.), углеводы (фруктоза, глюкоза и др.), комплекс веществ липидной фракции, включая фосфолипиды (1,1–1,5%), макро- и микроэлементы (магний, йод, фосфор, кальций, калий, железо и др.) и энтомологические гормоны пчел (тестостерон – 0,292–0,322 нмоль на 100 г, эстрадиол – 431,2–847,0 нмоль на 100 г, прогестерон 42,63–60,01 нмоль на 100 г) [14–17].

Цель исследования: оценить влияние препарата Фемо-Клим у женщин перименопаузального и менопаузального периода на сексуальную активность и развитие ГУМС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы женщины (n=81) в возрасте от 42 до 62 лет (средний возраст – 51,9±6,4 года) с вегетососудистыми (приливы жара, ознобы, повышенная потливость, головные боли, артериальная гипотензия или гипертензия, учащенное сердцебиение), обменно-эндокринными (жалобы со стороны суставов и мышц; сухость влагалища, диспареунию, опущение стенок влагалища) и психоэмоциональными (раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо) проявлениями климактерического синдрома, наблюдаемые в женских консультациях (Пенза) [18–20].

Критерии включения в исследование:

- жалобы и симптомы, характерные для климакса;
- письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- прием препаратов МГТ на момент начала исследования или необходимость ее назначения с целью лечения выраженного климактерического синдрома;
- альтернативная терапия климактерического синдрома другими препаратами;
- наличие соматических заболеваний в стадии обострения;
- отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я (основная; n=51) – пациентки, принимающие препарат Фемо-Клим; 2-я (контрольная; n=30) – женщины, которые не получали ни МГТ, ни топические эстрогены и глюкокортикостероиды.

В обеих группах исследовали уровни гормонов: фолликулостимулирующего (ФСГ), эстрадиол и тестостерон. Исследование проводилось иммуноферментным методом на приборе Wallac 1420 (Victor-2) (Финляндия).

Оценку сексуальной активности женщин проводили с помощью анкеты с оценкой по шкале сексуального дистресса (FSDS-R), где пациентки оценивали следующие критерии в баллах:

- тревога в связи с сексуальной жизнью;
- чувствуете себя несчастной;
- испытываете вину;
- испытываете разочарование;
- испытываете стресс, связанный с сексом;
- чувствуете себя неполноценной;
- беспокоитесь из-за секса;
- испытываете сожаление и неловкость;
- отмечаете неудовлетворенность от половой жизни;
- отмечаете пониженное половое влечение.

Оценка ≥11 баллов свидетельствовала о наличии сексуальной дисфункции.

Оценку развития генитоуринарной атрофии проводили путем исследования эндо- и эктоцервикса с помощью микроскопической визуализации мазков с окрашиванием по Папаниколау.

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. При обработке полученных результатов исследований использованы методы параметрической и непараметрической статистики.

Достоверность различий оценивалось с помощью t-критерия Стьюдента. Выбор методов статистической обработки определялся видом анализируемой выборки. При статистическом анализе полученных результатов использовался метод сравнения двух независимых выборок (U-критерий Манна–Уитни) и сравнения >2 независимых выборок (тест Краскела–Уоллиса). Данные представлены в виде средней (медианы). В таблицах указаны средние арифметические значения соответствующего параметра и его средняя ошибка (M±m) [21].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На начальном этапе исследования проанализированы обе группы пациенток. Достоверных различий по возрасту, паритету, репродуктивной и менструальной функции, данным общих лабораторных и инструментальных показателей между группами не выявлено.

В исследование не включались пациентки, принимающие системную МГТ, использующие топические эстрогены и глюкокортикостероиды, требующие радикального лечения и находящиеся на стационарном лечении по заболеваниям экстрагенитальной сферы.

На втором этапе исследования проведена оценка показателей гормонального фона пациенток, определялись уровни ФСГ, эстрадиола и тестостерона. Показа-

Показатели гормонального фона
Indicators of the hormonal background

Показатель	Референтные интервалы	Группа				p
		1-я	2-я	1-я	2-я	
		до приема препарата	1-й визит	через 6 мес		
ФСГ, мМЕ/мл	19,13–100,60	52,06±0,25	54,30±0,16	49,92±0,18	56,06±0,30	<0,00000
Тестостерон, нмоль/л	0,48–1,85	0,86±0,01	0,81±0,15	1,10±0,14	0,84±0,01	<0,000000
Эстрадиол, пмоль/л	<73 – для менопаузы	53,25±0,01	56,30±0,12	54,82±0,12	52,8±0,2	<0,000000

тели оценивались в обеих группах: в 1-й группе – перед началом приема препарата Фемо-Клим и через 6 мес, во 2-й – в начале исследования и через 6 мес (см. таблицу).

Показатели тестостерона в 1-й группе возросли на 28% через 6 мес по сравнению с исходным уровнем, но оставались в пределах референтных интервалов.

В контрольной группе уровень тестостерона за 6 мес практически не изменился, но также оставался в пределах нормы.

Как видно из полученных результатов, ФСГ в группе пациенток, принимающих препарат Фемо-Клим, снизился на 4%, в то время как в контрольной группе уровень ФСГ за 6 мес исследования повысился на 3,6%.

При анализе данных изменений по типу обратной связи снижения уровня ФСГ в результате повышения уровня эстрадиола, получены следующие показатели: уровень эстрадиола в 1-й группе повысился за период проведения исследования на 2,86% (что объясняет снижение выраженности симптомов гормонального дефицита в группе приема препарата Фемо-Клим), во 2-й группе – снизился на 6% (рис. 2).

При оценке влияния препарата на сексуальную жизнь женщин обращает на себя внимание тот факт, что до начала терапии у 64% женщин установлен сексуальный дистресс (≥11 баллов по шкале FSDS-R), а после 6 мес приема препарата таких женщин стало только 49%, что, возможно, связано с увеличением уровня тестостерона за счет применения своеобразной природной менопаузальной гормональной поддержки, так как именно тестостерон – гормон, отвечающий за физическую активность и сексуальность женщины (рис. 3).

Оценку качества влагалищного эпителия и эпителия шейки матки проводили путем цитологического исследования эндо- и эктоцервикса с помощью окрашивания мазков по Папаниколау. За 6 мес приема препарата Фемо-Клим отмечена положительная динамика дифференцировки клеток влагалищного эпителия в сторону увеличения промежуточного и поверхностного слоев в группе получавших лечение.

Также отмечено, что в группе принимавших препарат Фемо-Клим значительно сократилось число женщин, использующих лубриканты и увлажняющие средства (рис. 4).

Рис. 2. Уровни тестостерона у пациенток обеих групп
Fig. 2. Testosterone levels in both groups of patients

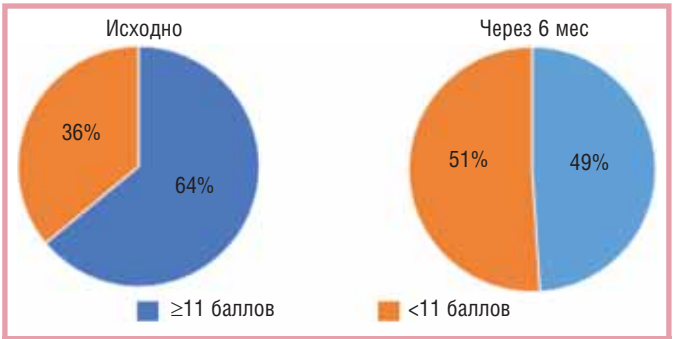

Рис. 3. Оценка сексуального дистресса у пациенток 1-й группы
Fig. 3. Assessment of sexual distress in Group 1 patients

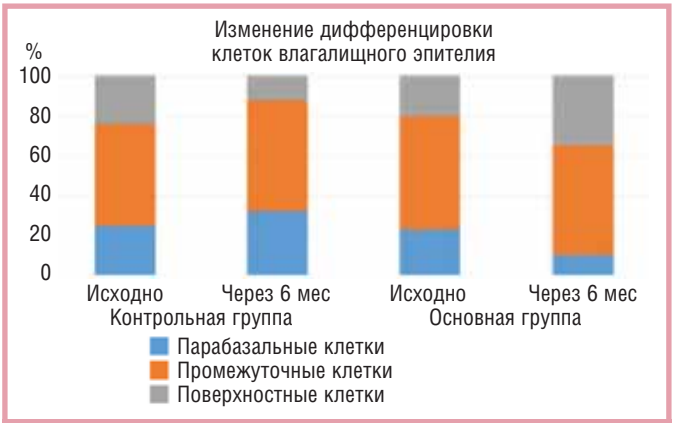

Рис. 4. Результаты вагинальной цитологии
Fig. 4. The results of vaginal cytology, the changes in the differentiation of vaginal epithelial cells

Анализируя полученные результаты, препарат Фемо-Клим можно рекомендовать пациенткам:

- с противопоказаниями к МГТ;
- в период обследования перед назначением МГТ;
- гормонофобам или женщинам, не желающим принимать гормональные препараты;
- в комплексной терапии с МГТ;
- с онкологическими заболеваниями;
- с кастрационным синдромом или лекарственной менопаузой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение продолжительности жизни и необходимость полноценно работать в период менопаузы делает необходимым поиски новых путей повышения КЖ женщин. Сексуальная жизнь имеет важное значение в любом возрасте и определяется совокупностью многих факторов социальных, культурных, психологических, межличностных и конечно медицинских, включающих в себя достаточный уровень андрогенов и здоровое состояние влагалищного эпителия.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/Reference

1. Имельбаева А.Г., Ящук А.Г., Мусин И.И. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин с пролапсом гениталий в менопаузе. *Медицинский совет*. 2017; 2: 128–31 [Imelbayeva A.G., Yaschuk A.G., Musin I.I. Overactive bladder in women with genital prolapse during menopause. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2017; 2: 128–31 (in Russ.)]. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-2-128-131

2. Короткевич О.С., Мозес В.Г. Эффективность предложенного способа объективной оценки степени пролапса тазового дна у женщин. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017; 70 (3): 39–43 [Korotkevich O.S., Moses V.G. Efficiency of the offered way of objective assessment of degree of the prolapse of the pelvic bottom at women. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2017; 70 (3): 39–43 (in Russ.)].

3. Подзолкова Н.М., Подзолков В.И., Брагина А.Е. и др. Современные возможности диагностики, лечения и профилактики возрастзависимых заболеваний у женщин. М., 2019; 198 с. [Podzolkova N.M., Podzolkov V.I., Bragina A.E. et al. Sovremennye vozmozhnosti diagnostiki, lecheniya i profilaktiki vozrastzavisimykh zabolevanii u zhenshchin. M., 2019; 198 s. (in Russ.)].

4. Прилепская В.Н. Климактерический синдром: инновации в менопаузальной терапии. *РМЖ*. 2017; 25 (2): 105–8 [Prilepskaya V.N. Climacteric syndrome: novel modalities for menopausal therapy. *RMJ*. 2017; 25 (2): 105–8 (in Russ.)].

5. Сухих Г.Т., Сметник В.П. Андреева Е.Н. и др. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. *Проблемы репродукции*. 2016; 8–9 [Sukhikh G.T., Smetnik V.P. Andreeva E.N. et al. Menopauzal'naya gormonoterapiya i sokhranenie zdorov'ya zhenshchin v zrelom vozraste. *Problemy reproduktsii*. 2016; 8–9 (in Russ.)].

6. Ткачева О.Н., Доброхотова Ю.Э., Дудинская Е.Н. и др. Профилактика преждевременного старения у женщин. М., 2018 [Tkacheva O.N., Dobrokhotova Yu.E., Dudinskaya E.N. et al. Profilaktika prezhdevremennogo stareniya u zhenshchin. M., 2018 (in Russ.)].

7. Хавинсон В.Х., Линькова Н.С., Куканова Е.О. и др. Молекулярные механизмы снижения функциональной активности клеток кожи при ее старении. *Успехи физиологических наук*. 2016; 47 (2): 62–76 [Khavinson V. Kh., Linkova N.S., Kukanova E.O. et al. Molecular mechanisms of functional activity decreasing of the skin cells with its aging. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk*. 2016; 47 (2): 62–76 (in Russ.)].

8. Хавинсон В.Х., Линькова Н.С., Ничик Т.Е. и др. Пептидная регуляция клеточного старения. Проблемы возрастной патологии в Арктическом регионе: биологические, клинические и социальные аспекты. Сб. тез., статей росс. научно-практ. конф. с междунар. участ. 2016; с. 156–8 [Khavinson V.Kh., Lin'kova N.S., Nichik T.E. et al. Peptidnaya regulyatsiya kletochnogo stareniya. Problemy vozrastnoi patologii v Arkticheskom regione: biologicheskie, klinicheskie i sotsial'nye aspekty. Sb. tez., statei ross. nauchno-prakt. konf. s mezhdunar. uchast. 2016; s. 156–8 (in Russ.)].

9. Strukov V.I., Kislov A.I., Eremina N.V., et al. The use of bone tissue nonsteroid anabolizators in treatment of osteoporosis. *Research Journal of Pharmacy and Technology*. 2019; 12 (5): 2195–9. DOI: 10.5958/0974-360X.2019.00366.4

10. Kaunitz A.M., Manson J.A.E. Management of Menopausal Symptoms. Obstet Gynecol. 2015; 126 (4): 859–76. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001058

11. Rahn D.D., Carberry C., Sanses T.V. et al. Vaginal Estrogen for Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2014; 124 (6): 1147–56. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000526

12. Erekson E.A., Yip S.O., Wedderburn T.S. et al. The VSQ: a questionnaire to measure vulvovaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*. 2013; 20 (9): 973–9. DOI: 10.1097/GME.0b013e318282600b

13. Santoro N., Epperson C.N., Mathews S.B. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015; 44 (3): 497–515. DOI: 10.1016/j.ecl.2015.05.001

14. Исмаилова О.А., Еремина Н.В., Струков В.И. и др. Связь воспалительных заболеваний пародонта с постменопаузальным остеопорозом. В сб.: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2015). Сб. статей V Междунар. научн. конф. Под ред. А.Н. Митрошина, С.М. Геращенко. 2015; с. 340–2 [Ismailova O.A., Eremina N.V., Strukov V.I. et al. Svyaz' vospalitel'nykh zabolevanii parodonta s postmenopauzal'nym osteoporozom. V sb.: Aktual'nye problemy meditsinskoi nauki i obrazovaniya (APMNO-2015). Sb. statei V Mezhdunar. nauchn. konf. Pod red. A.N. Mitroshina, S.M. Gerashchenko. 2015; s. 340–2 (in Russ.)].

15. Исмаилова О.А., Еремина Н.В., Струков В.И. и др. Рентгенологические особенности хронического генерализованного пародонтита у женщин в постменопаузальный период. В сб.: Актуальные вопросы хирургии. Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ., посвящ. 85-летию НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза ОАО «РЖД». НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза ОАО «РЖД»; ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, 2015; с. 179–82 [Ismailova O.A., Eremina N.V., Strukov V.I. et al. Rentgenologicheskie osobennosti khronicheskogo generalizovannogo parodontita u zhenshchin v postmenopauzal'nyi period. V sb.: Aktual'nye voprosy khirurgii. Mat-ly Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchast., posvyashch. 85-letiyu NUZ «Otdelencheskaya klinicheskaya bol'nitsa na stantsii Penza OAO «RZhD». NUZ «Otdelencheskaya klinicheskaya bol'nitsa na st. Penza OAO «RZhD»; GBOU DPO «Penzenskii institut usovershenstvovaniya vrachei» Minzdrava Rossii, 2015; s. 179–82 (in Russ.)].

16. Исмаилова О.А., Еремина Н.В., Струков В.И. и др. Лечение хронического генерализованного пародонтита у женщин в постменопаузальном периоде. В сб.: Апитерапия сегодня. Мат-лы XVIII Всеросс. научн. конф. 2016; с. 32–4 [Ismailova O.A., Eremina N.V., Strukov V.I. et al. Lechenie khronicheskogo generalizovannogo parodontita u zhenshchin v postmenopauzal'nom periode. V sb.: Apiterapiya segodnya. Mat-ly XVIII Vseross. nauchn. konf. 2016; s. 32–4 (in Russ.)].

17. Бурмистрова Л.А., Кислов А.И., Струков В.И. и др. Можно ли вылечить или приостановить развитие постменопаузального остеопороза? *Лечащий врач*. 2014; 3: 91 [Burmistrova L.A., Kislov A.I., Strukov V.I. et al. Mozhno li vylechit' ili priostanovit' razvitie postmenopauzal'nogo osteoporoza? *Lechashchii vrach*. 2014; 3: 91 (in Russ.)].

18. Струков В., Елистратов Д., Балыкова Л. и др. Влияние остеомеда форте на гормональный статус и течение остеопороза у женщин с дефицитом андрогенов в постменопаузе. *Врач*. 2015; 3: 28–32 [Strukov V., Elistratov D., Balykova L. et al. Effect of osteomed forte on hormonal status and course of osteoporosis in postmenopausal women with androgen deficiency. *Vrach*. 2015; 3: 28–32 (in Russ.)].

19. Петрова Е., Калистратов В., Полубояринов П. и др. Применяемый при климаксе препарат Фемо-клим – лучшее негормональное решение гормональных проблем. *Врач*. 2019; 30 (1): 46–8 [Petrova E., Kalistratov V., Polyboyarinov P. et al. The menopause drug Femo-Klim is the best nonhormonal solution of hormonal problems. *Vrach*. 2019; 30 (1): 46–8 (in Russ.)]. DOI: 10.29296/25877305-2019-01-08

20. Исмаилова О.А., Еремина Н.В., Струков В.И. и др. Диагностика заболеваний пародонта у женщин в постменопаузальном периоде с учетом минеральной плотности костной ткани. *Вестник Медицинского стоматологического института*. 2014; 1 (28): 37–40 [Ismailova O.A., Eremina N.V., Strukov V.I. et al. Diagnosis of periodontal disease in postmenopausal women corresponding with the bone mineral density. *Vestnik Meditsinskogo stomatologicheskogo instituta*. 2014; 1 (28): 37–40 (in Russ.)].

21. Мамаев А.Н., Кудлай Д.А. Статистические методы в медицине. М.: Практическая медицина, 2021; 136 с. [Mamaev A.N., Kudlay D.A. Statisticheskie metody v meditsine. M.: Prakticheskaya meditsina, 2021; 136 s. (in Russ.)].

WHAT WOMEN OF «ELEGANT» AGE ARE SILENT ABOUT

*Professor **O. Vinogradova**[1], MD; **O. Biryuchkova**[2], Candidate of Medical Sciences; **N. Porenko**[1]*
[1]Penza Institute for Postgraduate Training of Physicians, Branch, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia
[2]Penza State University

The increase in life expectancy and the need to work efficiently during menopause make it necessary to search for new ways to improve quality of life (QOL) in women. The choice of rational therapy for menopausal patients with symptoms of hypoestrogenism and urinary incontinence will be able to improve their quality of life.
The effects of Femo-Klim on sexual activity and the development of genitourinary syndrome are evaluated in perimenopausal and menopausal women.
***Key words:** gynecology, therapy, menopause, perimenopause, hypoestrogenism, genitourinary syndrome, Femo-Clim.*
***For citation:** Vinogradova O., Biryuchkova O., Porenko N. What women of «elegant» age are silent about. Vrach. 2021; 32 (5): 34–39. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-06*

https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-07

Клинические особенности полипов эндометрия в постменопаузе

Т.В. Клинышкова[1], доктор медицинских наук, профессор,
Н.Б. Фролова[2], кандидат медицинских наук,
Е.Е. Совейко[3],
Н.П. Чернышова[2]
[1]Омский государственный медицинский университет Минздрава России
[2]Клиническая больница «РЖД-Медицина», Омск
[3]Клинико-диагностический центр «Ультрамед», Омск
E-mail: klin_tatyana@mail.ru

Заболеваемость раком тела матки на протяжении последних лет находится на первом месте в структуре рака гениталий. Полипы эндометрия (ПЭ) – актуальная гинекологическая проблема с позиции онкологического риска, повышенного в период постменопаузы.

***Цель исследования** – количественный анализ клинических особенностей течения ПЭ у пациенток в постменопаузе.*

***Материал и методы.** Выполнено ретроспективное когортное исследование на базе гинекологического отделения ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» (Омск). Исследовательскую когорту составили 133 женщины с ПЭ в постменопаузе (средний возраст – 59,23±6,34 года), которым была выполнена гистероскопическая полипэктомия.*

***Результаты.** Продолжительность постменопаузы составила 9,47±6,66 года. ПЭ доминировали у женщин с поздней постменопаузой (68,4%). Пациентки с ПЭ в постменопаузе имели бессимптомное течение (69,2%), маточные кровотечения (30,8%), рецидивирование ПЭ (15,8%), сопутствующее лечение тамоксифеном (3,8%). По данным гистероскопии преобладали единичные ПЭ (75,2%) средним размером 15,7±9,4 мм. Характерно преобладание железисто-фиброзного ПЭ (61,7%) относительно железистого (36,8%) и аденоматозного (1,5%). Признаки малигнизации аденоматозного ПЭ и рака в окружающем эндометрии обнаружены при симптомном (n=41) и асимптомном (n=92) течении заболевания (p>0,05).*

***Заключение.** У пациенток в постменопаузе с бессимптомными ПЭ и ПЭ, ассоциированными с постменопаузальным кровотечением, заболевание протекает на фоне предрака и рака эндометрия (в полипе или окружающем эндометрии) в 3,76% наблюдений, что требует гистологической верификации при выявлении пролиферативных процессов эндометрия по УЗИ, независимо от размера полипа и отсутствия клинических проявлений.*

Ключевые слова: гинекология, онкология, полип эндометрия, постменопауза, гистероскопическая полипэктомия, малигнизация, эндометриальный рак.

Для цитирования: Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Совейко Е.Е. и др. Клинические особенности полипов эндометрия в постменопаузе. Врач. 2021; 32 (5): 39–43. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-07