

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕНОПАУЗЫ

*Каттаходжаева Динара Уткурходжаевна,  
Ибрагимова Гулзира Жанабаевна,  
Садриддинова Асальбону Илхомжон кизи  
Старший преподаватель<sup>1</sup>, ассистент<sup>2</sup>, студент<sup>3</sup>  
Ташкентская медицинская Академия*

**Аннотация:** На работе рассмотрено виды менопаузы и синдромы. Показано, что возникающие в период пери- и постменопаузы ввиду недостатка эстрогенов, складываются в климактерический (менопаузальный) синдромы. В диагностике менопаузы важным является сбор анамнестических данных, включающий информацию о менструации, наличии менопаузальных симптомов.

**Ключевые слова:** менопауза, эстроген, анамнестический, менструация, диспареуния, гормональная терапия, эстрогендефицит.

Менопауза определяется как последняя самостоятельная менструация (ПМ). Естественная менопауза отражает окончательное прекращение менструальных циклов вследствие потери фолликулярной активности яичников. Является ретроспективным клиническим диагнозом, устанавливается после 12 последовательных месяцев отсутствия менструаций (аменореи).

Климактерический синдром - комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания (или резкой потери) гормональной функции яичников и общего старения организма.

Выделяют следующие типы менопаузы:

- самопроизвольная (естественная) менопауза;
- ятрогенная (вторичная) менопауза, наступившая в результате двухсторонней овариоэктомии (хирургическая менопауза), химио- или лучевой терапии;
- преждевременная (преждевременная недостаточность яичников) (до 40 лет);
- ранняя (40–44 года);
- своевременная (45–55 лет);
- поздняя (старше 55 лет).

В 2001 г. впервые была разработана клинико-гормональная характеристика этапов старения репродуктивной системы (Stages of Reproductive Aging Workshop — STRAW), пересмотренная в 2011 г. с учетом результатов крупных когортных исследований, проведенных в течение последующих 10 лет

(STRAW+10).

Период менопаузального перехода характеризуется вариабельностью циклов, начинается в 40–45 лет и заканчивается с наступлением менопаузы. Отмечаются различные уровни ФСГ, Е2 и снижение ингибина В и антимюллерова гормона (АМГ). На фоне задержек менструаций могут появляться вазомоторные, психологические, урогенитальные симптомы дефицита эстрогенов.

Менопауза — стойкое прекращение менструаций, это последняя самостоятельная менструация, обусловленная возрастным снижением гормональной и «выключением» репродуктивной функции яичников. Дата наступления менопаузы оценивается ретроспективно: спустя 12 мес. отсутствия менструации. Выделяют преждевременную менопаузу (до 40 лет), раннюю (40–44 лет), своевременную (45–55 лет) и позднюю (старше 55 лет).

Перименопауза включает период менопаузального перехода + 12 мес. после последней самостоятельной менструации.

Постменопауза — период после наступления менопаузы.

Различают фазы раннего постменопаузального периода: +1a, +1b, +1c. Характерно прогрессирующее повышение уровней ФСГ, снижение Е2, АМГ и ингибина В. Эта фаза продолжается 5–8 лет, чаще персистируют симптомы климактерического синдрома.

Поздняя постменопаузальная фаза (+2) - Вазомоторные симптомы менее выражены, но могут персистировать в 15 % случаев длительное время. На первый план выходит соматическое старение.

Клинические признаки, возникающие в период пери- и постменопаузы ввиду недостатка эстрогенов, складываются в климактерический (менопаузальный) синдром.

Установлена четкая взаимосвязь менопаузы и вазомоторных симптомов, нарушений сна/ бессонницы, сухости влагалища, диспареунии, лабильности настроения, депрессии, а также расстройства когнитивной функции. Существующие данные о связи сексуальных дисфункций с дефицитом эстрогенов в настоящее время неоднозначны.

Вазомоторные симптомы (приливы жара, потливость, ознобы) являются наиболее частыми проявлениями периода пери- и ранней постменопаузы. Субъективно приливы жара воспринимаются как внезапное ощущение жара или тепла, возникающее в верхней части туловища, часто сопровождающееся покраснением кожи, потоотделением, иногда сердцебиением. Продолжительность прилива в среднем от 3 до 4 минут с различными колебаниями (от 30 секунд до 60 мин).

Как показывают данные исследований, начало приливов жара зачастую

предшествует прекращению менструального цикла. Средняя продолжительность приливов составляет 7,4 года, однако в последнее время появляется все больше данных проспективных исследований о том, что у значительного числа женщин они могут продолжаться  $\geq 10$  лет.

Наиболее типичная жалоба пациенток с нарушениями сна - частые пробуждения (фрагментация сна). Другими проявлениями являются бессонница, трудности засыпания и ранние пробуждения. Нередко нарушения сна сочетаются с вазомоторными симптомами (являясь по отношению к ним первичными или вторичными), а также с повышенной тревожностью, лабильность настроения.

В возникновении нарушений сна в период менопаузы немаловажную роль играют психосоциальные факторы, стресс и сопутствующие заболевания.

Сухость влагалища, зуд и диспареуния (болезненность при половом акте) являются симптомами, связанными с ВВА. В основе развития ВВА лежит дефицит половых гормонов (в первую очередь эстрогенов), вызывающий ряд инволютивных (атрофических) процессов в урогенитальном тракте и сопровождается изменением состава микробиоты.

Симптомы ВВА нередко сочетаются с расстройствами мочеиспускания (поллакиурией, никтурией, цисталгией, императивными позывами к мочеиспусканию). Симптомокомплекс, возникающий у женщин на фоне дефицита эстрогенов, включающий физиологические и анатомические изменения во влагалище, уретре, мочевом пузыре и наружных половых органах получил название ГУМС.

Возникновение депрессии в период менопаузы связано с недостатком эстрогенов в организме женщины, часто сочетается с вазомоторными симптомами и ночной потливостью, что ведет к нарушению сна и бессоннице, и является результатом нарушения регуляции норадренергической и серотонинергической систем.

Эти же процессы имеют отношение к нарушениям когнитивной функции (как правило, снижение концентрации внимания и памяти), которые в большей степени наблюдаются у пациенток в период перименопаузы, однако связь когнитивных нарушений и дефицита эстрогенов носят более сложный характер. Следует отметить, что данные проявления нередко коррелируют с вазомоторными симптомами, депрессией и тревожными состояниями у менопаузальных женщин.

В диагностике менопаузы важным является сбор анамнестических данных, включающий информацию о менструации, наличии менопаузальных симптомов. Данные лабораторных и инструментальных обследований необходимы в случае затруднений при установлении диагноза, а также для выявления

ассоциированных с менопаузой состояний.

Критерии установления диагноза/состояния на основании патогномоничных данных:

1. анамнестических данных
2. физикального обследования
3. лабораторных исследований
4. инструментального обследования.

Индивидуальный подход к каждой пациентке является приоритетным при выборе тактики лечения климактерических расстройств. Учитывая современную концепцию персонализации менопаузальной гормональной терапии, врач при выборе терапии должен соблюдать следующие принципы:

1. Безопасность составляющих компонентов используемого препарата.
2. Персонализация МГТ с учетом факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), рака молочной железы (РМЖ) и постменопаузального остеопороза (ПМО), наличия коморбидных состояний у женщины:
  - Подбор минимальной эффективной дозировки
  - Определение лекарственной формы препаратов МГТ
  - Использование режима терапии с учетом возраста, стадии репродуктивного старения (STRAW +10) и потребности пациентки

Применение МГТ требует периодической коррекции дозировок в зависимости от стадии репродуктивного старения, возраста, эффективности и переносимости лечения, что позволяет:

1. Эффективно купировать симптомы климактерического синдрома.
2. Уменьшить / отсрочить развитие отдаленных последствий дефицита эстрогенов.

Рекомендуется назначение менопаузальной гормональной терапии (МГТ) женщинам в перименопаузе и постменопаузе для лечения:

- Вазомоторных симптомов умеренной и тяжелой степени, существенно снижающих качество жизни,
- Симптомов ГУМС, сексуальной дисфункции.

Комментарий: Цель МГТ у женщин в перименопаузе и постменопаузе — частично восполнить дефицит половых гормонов, используя минимально-оптимальные дозы гормональных препаратов, способные улучшить общее состояние больных, купировать климактерические симптомы, обеспечить профилактику поздних обменных нарушений.

Следует придерживаться так называемой «временной гипотезы терапевтического окна»: начинать МГТ в возрасте моложе 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет. По мере увеличения возраста пациентки и длительности постменопаузы целесообразно снижение дозы

назначаемой МГТ.

Рекомендуется назначение менопаузальной гормональной терапии (МГТ) женщинам в перименопаузе и постменопаузе для профилактики постменопаузального остеопороза:

Назначение МГТ для профилактики остеопороза показано женщинам в перименопаузе, а также женщинам в постменопаузе моложе 60 лет и длительностью менопаузы не более 10 лет.

МГТ является эффективным методом предотвращения потери костной массы, которая наиболее выражена в первые 3–5 лет постменопаузы, а также способствует сохранению качества кости и межпозвонковых дисков у женщин в постменопаузе. Эффективность МГТ доказана в отношении снижения риска перелома в популяции постменопаузальных женщин.

Снижение риска остеопоротических переломов зависит от длительности приема и возраста начала МГТ и сохраняется в течение продолжительного времени после прекращения лечения.

Доказательства профилактики переломов при назначении МГТ ограничены данными по пероральному применению стандартных доз эстрогенов и медроксипрогестерона (по анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ))

- Прогестагены и эстрогены (для последовательного «календарного» приема).

Имеются фактические данные о предотвращении потери МПК при пероральном (эстрадиол, эстрадиола валерат) и трансдермальном (эстрадиол) применении доз эстрогенов в составе МГТ (по АТХ Прогестагены и эстрогены в комбинации;

Прогестагены и эстрогены (для последовательного «календарного» приема);

Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)), ниже стандартных, а также о предотвращении переломов позвонков и других локализаций при применении тиболона (по АТХ – прочие эстрогены).

Мониторинг эффективности терапии осуществляется с помощью ДЭРА - 1 раз в 1-2 года.

Рекомендуется назначение менопаузальной/заместительной гормональной терапии (МГТ/ЗГТ) женщинам для восполнения дефицита эстрогенов при:

- Преждевременной недостаточности яичников и ранней менопаузе;
- Двусторонней овариэктомии.

Целью гормональной терапии у женщин с преждевременной недостаточностью яичников и после двусторонней овариэктомии является достижение средних значений концентрации эстрадиола в плазме крови,

характерных для женщин с сохраненным, регулярным менструальным циклом.

Показаниями к назначению ЗГТ половыми стероидами являются лечение симптомов эстрогендефицита, а также первичная профилактика остеопороза.

Начинать заместительную гормональную терапию следует как можно раньше после постановки диагноза ПНЯ при отсутствии противопоказаний.

Не рекомендуется назначать МГТ женщинам при отсутствии четких показаний для ее применения, т.е. значимых симптомов или физических последствий дефицита эстрогенов.

### Список литературы:

1. J. Drewe, K. A. Bucher, and C. Zahner, "A systematic review of non-hormonal treatments of vasomotor symptoms in climacteric and cancer patients," pp. 1–29, 2015, doi: 10.1186/s40064-015-0808-y. [
2. P. F. Schnatz, A. Romegialli, J. Abrantes, K. Marakovits, D. Cunningham, and D. M. O'Sullivan, "The North American Menopause Society: From abstract to publication," *Menopause*, vol. 15, no. 5, pp. 996–1001, 2008, doi: 10.1097/gme.0b013e318166f026.
3. Ю. С. В. Сухих Г.Т., Сметник В.П., Андреева Е.Н., Балан В.Е., Гависова А.А., Григорян О.Р., Ермакова Е.И., Зайдиева Я.З., Ильина Л.М., Касян В.Н., Марченко Л.А., Подзолкова Н.М., Роговская С.И., Сметник А.А., Чернуха Г.Е., Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации. 2015, pp. 8–9.
4. Elmurotova D.B., Gaibnazarov B.B., Cho'tpulatova M.B. Rahimberganova Z.M., Tibbiyot texnikasini o'rnatishda texnik xavfsizlik talablari // Меж. Научно-образовательный электронный журнал «Образование и наука в XXI веке» В.№24, Т.2, март 2022 С.1349-1353. <https://www.mpcareer.ru>.
5. Элмуротова Д.Б., Махмудов С.Й., Нематов А.Х., Шералиев Ж.Н. Системы классификации отпечатков пальцев // Меж. Научно-образовательный электронный журнал «Образование и наука в XXI веке» В.№24, Т.2, март 2022 С.1323-1327. <https://www.mpcareer.ru>
6. Elmurotova D.B., Ismatova L.N, Xaitov F.N., Odilova N.J. Tubes for x-ray structure analysis // *Eurasian Research Bulletin* V.7, ISSN: 2795-7365 April, 2022 P. 69-72. [www.geniusjournals.org](http://www.geniusjournals.org).
7. Elmurotova D.B., Yusupova N.S., Jo'raqulov Sh.R., Ixrorova S.I. Complex of High Quality Portable X-Ray Systems // *Modern Journal of Social Sciences and Humanities* ISSN: 2795-4846 V.7 (July-2022). P.1-4, Portugal. <https://mjssh.academicjournal.io>
8. Elmurotova D.B., Tursunbayev Q.N., Meyliyev L.O., Xo'jamberdiyeva J.N. Kilovoltmeter for x-ray equipment // *American Journal of Interdisciplinary Research and Development*. V.07, ISSN Online: 2771-8948, Aug., 2022, P. 28-30. [www.ajird.journalspark.org](http://www.ajird.journalspark.org)
9. Elmurotova D.B., Raximberganova Z.M. Rentengen qurilmalari kilovoltmetri // *Young academic, magazine*. V4, August 2022, P.37-38. Delhi, India.



10. Elmurotova D.B. Tursunbaev Q.N. Kilovoltmetrlar va ularning qo'llanishi // World scientific research journal, Uzbekistan, V.6, No.1 2022-08-27, P.49-57. [www.wsrjournal.com](http://www.wsrjournal.com).
11. Элмуротова Д.Б., Юнусходжаева М.З., Одилова Н.Ж. Классификация пирометров // Образование наука и инновационные идеи в мире. Меж. научно-образовательный электронный журнал. Россия. В2, Т.7, октябрь, 2022, С.264-268. <http://newjournal.org>.
12. Salomov U.A., Elmurotova D.B., Meyliyev L.O. Technological process medicine // World Bulletin of Public Health. ISSN (E): 2749-3644, Impact Factor: 7.635, India.
13. Elmurotova D.B., Tashev B.J., Rakhimov I.T., Bozorov E.X., Mussayeva M.A. Gamma Therapeutic Devices // International journal of health systems and medical sciences, 2022-11-24, 1(5), P. 267-269. <https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS/article/view/482>
14. Элмуротова Д.Б., Шакаров Ф.К., Махмудов С.Ю., Ихорова С.И. Виды статистических данных в медицине // Journal of Eastern world of science. V2, Issue-2, January. 2022 P.5-7.
15. Элмуротова Д.Б., Гаибназаров Б.Б., Баходиржонова А.Б., Чутпулатова М.Б., Юсупова Н.С. Синтез электрокардиосигналов на основе линейно-квадратичной интерполяции в системе MATLAB // Synergy: Journal of ethics and governance V.: 02 Issue: 01 ISSN: 2181-2616, 2022, P.37-40. <https://sciencebox.uz/index.php/sjeg/article/view/771>.
16. Elmurotova D.B., Gaibnazarov B.B., Cho'tpulatova M.B. Tibbiyot texnikasiga texnik xizmat ko'rsatish // Oriental Renaisasance: Innovative, educational, natural and social sciences. V.2, ISSUE3, SJIF 2022:5,947, ASI Factor-1.7, Mart 2022, P.469-474. <https://cyberleninka.ru/article/n/tibbiyot-texnikasiga-texnik-xizmat-ko-rsatish>
17. Элмуротова Д.Б., Махмудов С.Ю., Нематов А.Х., Шералиев Ж.Н. Идентификации отпечатков пальцев // Uztozlar Uchun. Respublika pedagoglar jurnali, 23-son, 4-to'plam, mart, 2022. B.310-313. [www.pedagoglar.uz](http://www.pedagoglar.uz)
18. Elmurotova D.B., Odilova N.J., Khaitov F.N. Yurak faoliyati va gemodinamikaning fizikaviy asoslari// Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences (JARTES) V 1, ISSUE 10 / ISSN 2181-2675. 2022, P 120-123. DOI: 10.5281. <http://ijournal.uz/index.php/jartes>
19. Elmurotova D.B., Mamashova N.T., Bozorov E.H., X-ray therapy and its applications // Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences (JARTES) V 1, ISSUE 10 / ISSN 2181-2675. 2022, P 358-363. DOI: 10.5281/zenodo.7241942, <http://ijournal.uz/index.php/jartes>