

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ У ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ

КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2023.67.30-38>

О.М. БАРНА

д. мед. н., професор, завідувачка кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0003-2711-4430

О.О. ЄФІМЕНКО

д. мед. н., провідний науковий співробітник ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-1228-0911

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., професор, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Л.А. МІЩЕНКО

д. мед. н., завідувачка відділу артеріальної гіпертензії та коморбідної патології ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-5484-854X

Н.Ю. ПЕДАЧЕНКО

д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-0821-2943

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5498-4143

Контакти:

Єфіменко Ольга Олександрівна
ДУ «ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
Тел.: +38 (044) 483-80-87
Email: ipag.gyn@gmail.com

ПЕРЕЛІК ТЕРМІНІВ [1]

Клімактерій (від грец. climacteric – щабель сходів) – це фізіологічний перехідний період у житті жінки, упродовж якого на тлі вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, що характеризуються зниженням репродуктивної і менструальної функції внаслідок генетично запрограмованого згасання та припинення функціонування яєчників.

Згідно з критеріями Робочої групи з визначення етапів репродуктивного старіння у жінок STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop), виділяють 4 періоди клімактерію: період менопаузального переходу, менопауза, перименопауза і постменопауза (рис. 1).

Період менопаузального переходу характеризується варіабельністю менструальних циклів, починається у віці 40–45 років і закінчується з настанням менопаузи. На тлі порушень менструального циклу можуть з'являтися вазомоторні симптоми (ВС) та психоемоційні симптоми дефіциту естрогенів, спостерігаються варіабельні рівні фолікуло-стимулювального гормону (ФСГ), естрадіолу (Е₂), зниження рівнів прогестерону, інгібіну В і антимюллерового гормону (АМГ).

Менопауза – це остання самостійна менструація в житті жінки, її дата оцінюється ретроспективно через 12 місяців відсутності менструацій.

Менопаузальний синдром – комплекс симптомів, які можуть супроводжувати клімактерій.

Ятрогенна менопауза – припинення менструальної функції внаслідок хірургічного видалення обох яєчників (з видаленням матки або без) чи іншого способу припинення функції яєчників (радіоактивне опромінення, хіміотерапія). Виділяють передчасну недостатність яєчників (до 40 років), ранню менопаузу (40–45 років), своєчасну менопаузу (46–54 роки) і пізню менопаузу (від 55 років).

Перименопауза включає період менопаузального переходу від появи перших симптомів та 12 місяців після останньої самостійної менструації.

Постменопауза – період після настання менопаузи до закінчення життя жінки. Розрізняють фази ранньої та пізньої постменопаузи. Фазі ранньої постменопаузи, яка для

більшості жінок триває протягом 5–8 років, притаманні симптоми клімактеричного синдрому. У фазі пізньої постменопаузи на перший план виходить соматичне старіння жінки, зокрема кардіоваскулярні захворювання, остеопороз і генітоуринарний менопаузальний синдром. ВС менш виражені, але можуть персистувати протягом тривалого часу.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Профілактика [1]

Профілактичні заходи спрямовані на охорону здоров'я жінок у пре-, пери- та постменопаузальному періоді.

Зважаючи на те, що на сьогодні немає жодних достовірних ознак, які б прогнозували кількість, тяжкість і тривалість менопаузальних розладів, слід зосереджувати увагу всіх жінок на веденні здорового способу життя як на частині первинної профілактики тяжких менопаузальних порушень.

Обов'язковим є проведення інформаційної роботи серед жінок щодо:

- дотримання здорового способу життя, що включає регулярні фізичні навантаження;
- відмови від куріння, надмірного споживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної ваги та зменшення стресу;
- споживання кальцію/вітаміну D.

Згідно з Методичними рекомендаціями з лікування та профілактики дефіциту вітаміну D у населення країн центральної Європи [3], рекомендовані дози вітаміну D та кальцію такі:

Рекомендовані дози вітаміну D для населення:

Дорослі (> 18 років) і особи старечого віку (65 років і старші):

- 800–2000 МО/добу (20,0–50,0 мкг/добу) залежно від маси тіла (застосовувати з вересня до квітня);
- 800–2000 МО/добу (20,0–50,0 мкг/добу) залежно від маси тіла при недостатньому синтезі вітаміну D у шкірі в літню пору року.

Особам літнього та старечого віку (65 років і старші) необхідно призначати 800–2000 МО/добу (20,0–50,0 мкг/добу) протягом усього року через зниження синтезу вітаміну D у шкірі.

| Менархе | | Остання менструація (стадія 0) | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|----------------|--|-------------|
| Стадія | -5 | -4 | -3 | -3 | -2 | -1 | +1a | +1b | +1c | +2 | |
| Термінологія | Репродуктивний період | | | | Перехід до менопаузи | | | Постменопауза | | | |
| | Ранній етап | Пік | Пізній етап | | Ранній етап | Пізній етап | | Рання | | | |
| Тривалість | Різна | | | | Різна | | | 1–3 роки | 2 роки (1 + 1) | 3–6 років | Решта життя |
| | Основні критерії | | | | | | | | | | |
| Менструальний цикл | Різний або регулярний характер | Регулярний | Регулярний | Незначні зміни стабільності/тривалості | Різна тривалість, стабільні (≥ 7 днів) коливання тривалості послідовних циклів | Тривалість аменореї ≥ 60 днів | | | | | |
| Додаткові критерії | | | | | | | | | | | |
| Ендокринні: ФСГ АМГ Інгібін-В | | | Нормальний Низький Низький | Різний* Низький Низький | ↑ Різний* Низький Низький | ↑ > 25 МО/л** Низький Низький | ↑ Різний* Низький Низький | Стабільний Дуже низький Дуже низький | | | |
| Кількість антральних фолікулів | | | Низька | Низька | Низька | Низька | Дуже низька | Дуже низька | | | |
| Описові характеристики | | | | | | | | | | | |
| Симптоми | | | | | | Вазомоторні симптоми (ймовірні) | Вазомоторні симптоми (дуже ймовірні) | | | Посилення симптомів атрофії сечостатевої системи | |

Рисунок 1. Критерії STRAW+10: етапи старіння репродуктивної системи жінки [2]

* Кров досліджують на 2–5-й день менструального циклу.

** Приблизний очікуваний рівень ґрунтується на чинному сьогодні міжнародному стандарті оцінювання гормонів гіпофіза.

Рекомендовані дози вітаміну D для груп ризику розвитку дефіциту вітаміну D:

Дорослі та особи старечого віку з ожирінням (індекс маси тіла 30 кг/м² та більше):

- 1600–4000 МО/добу (40–100 мкг/добу) залежно від ступеня ожиріння, застосовувати протягом усього року;
- помірна інсоляція поряд із пероральним прийманням вітаміну D є безпечною.

Люди, які працюють у нічні зміни, а також темношкірі особи:

- 1000–2000 МО/добу (25–50 мкг/добу) залежно від маси тіла, протягом усього року.

Максимально допустимі дози вітаміну D для населення:

- для дорослих і людей старечого віку з нормальною масою тіла – 4000 МО/добу (100 мкг/добу);
- для дорослих із ожирінням і людей старечого віку з ожирінням – 10 000 МО/добу (250 мкг/добу).

Рекомендовані терапевтичні дози для пацієнтів зі встановленим дефіцитом вітаміну D:

- Для дорослих і людей старечого віку із рівнем 25(ОН)D у сироватці крові нижчим за 20 нг/мл (50 нмоль/л) – 7000–10 000 МО/добу (175–250 мг/добу) залежно від маси тіла, або 50 000 МО/тиждень (1250 мкг/тиждень); тривалість лікування 1–3 місяці.

Рекомендовані Міжнародною асоціацією остеопорозу (International Osteoporosis Foundation, IOF) добові норми вживання кальцію для жінок наведені в таблиці 1 [4].

2. ДІАГНОСТИКА [1]

Діагностичні заходи спрямовані на виявлення суб'єктивних та об'єктивних ознак менопаузальних порушень.

Збір анамнезу та фізикальне обстеження допомагають визначити провідні симптоми менопаузи, скерувати жінку на

Таблиця 1. Добові норми вживання кальцію для жінок

| Вік жінки | Норма вживання кальцію (мкг/добу) |
|-----------|-----------------------------------|
| 19–50 | 1000 |
| 51–70 | 1200 |
| 70+ | 1200 |

обстеження, визначити/уточнити тактику ведення пацієнтки.

Для уточнення стадій репродуктивного старіння доцільно використовувати критерії Робочої групи з визначення стадій репродуктивного старіння жінок (STRAW+10). Критерії STRAW+10 не можна застосовувати для жінок із синдромом полікістозних яєчників, передчасною недостатністю яєчників, для жінок, яким введено внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом, а також після видалення ендометрію, одного яєчника та/або тотальної гістеректомії. Для таких пацієнток необхідно застосовувати додаткові критерії для визначення репродуктивного етапу.

Нижченаведені стани діагностуються без лабораторних досліджень у здорових жінок віком понад 45 років:

- перименопауза – на основі наявності ВС та нерегулярних менструацій;
- менопауза – у жінок, які не мали менструацій щонайменше 12 місяців і при цьому не використовували гормональних контрацептивів, або на основі появи симптомів у жінок, яким виконана гістеректомія. Менопаузальні симптоми включають:
 - ВС (припливи та пітливість);
 - психоемоційні симптоми (перепади настрою, проблеми зі сном);
 - урогенітальні симптоми (дискомфорт та сухість піхви);

- сексуальні розлади (знижене лібідо);
- симптоми з боку опорно-рухової системи (болі в суглобах і м'язах).

2.1. Опитування щодо виявлення менопаузального синдрому

Усім жінкам віком понад 40 років, які прийшли на консультацію, доцільно поставити 6 запитань для виявлення менопаузального синдрому (табл. 2).

| | |
|-------------|---|
| Запитання 1 | Чи є у вас порушення менструального циклу (зміни в регулярності, періодичності, тривалості або обсягу)? |
| Запитання 2 | Чи помічаєте ви наявність припливів? |
| Запитання 3 | Чи страждаєте ви від депресії, перепадів настрою або безсоння? |
| Запитання 4 | Чи є у вас неприємні відчуття в ділянці серця або за грудиною, чи пов'язані ці відчуття з фізичним навантаженням; чи є епізоди підвищеного артеріального тиску (посилене серцебиття, порушення серцевого ритму)? |
| Запитання 5 | Чи є у вас відчуття сухості та печіння слизової оболонки піхви, проблеми із сечовиділенням (збільшення частоти сечовиділення, нетримання сечі), проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності)? |
| Запитання 6 | Чи бувають у вас неприємні відчуття в суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)? |

Якщо отримано позитивну відповідь на перше та на будь-яке наступне питання, необхідно скерувати жінку на дообстеження на предмет діагностики клімактеричних розладів.

Для визначення оцінки тяжкості симптомів менопаузи використовують міжнародну шкалу Menopause Rating Scale (MRS) (табл. 3).

Інтерпретація результатів оцінки симптомів менопаузи за шкалою MRS:

- 0–4 бали – немає симптомів або слабо виражені;
- 5–8 балів – слабкі симптоми;
- 9–15 балів – помірні симптоми;
- більш як 16 балів – тяжкі симптоми.

2.2. Жінок із симптомами менопаузи необхідно скерувати до лікаря – акушера-гінеколога.

2.3. Опитування жінок щодо наявності супутніх захворювань та оцінювання ризиків

З метою визначення критеріїв для діагностичного пошуку супутньої соматичної патології та подальшого вибору оптимального обсягу обстежень доцільно з'ясувати особистий анамнез супутніх захворювань і чинників ризику виникнення:

- раку молочної залози (PM3) (слід зазначити, що базовий ризик PM3 для жінок менопаузального віку варіює залежно від наявності основних чинників ризику (додаток 1));
- остеопорозу (за допомогою онлайн-опитувальника FRAX, що оцінює ризик перелому кісток протягом наступних 10 років (розроблений BOO3 у 2008 р.): <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX>);
- цукрового діабету (ЦД);
- венозної тромбоемболії;
- сімейного та особистого анамнезу раку ендометрію, яєчників та кишечника (наприклад, синдром Лінча);

Таблиця 3. Шкала MRS з оцінювання симптомів менопаузи

| Які з перелічених нижче симптомів зараз вас турбують? Будь ласка, зазначте квадрат, що найбільше відповідає прояву кожного симптому. Якщо якийсь симптом у вас відсутній, то зазначте квадрат із позначкою «немає симптому». | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Симптоми: | Немає симптому | Виражений незначно | Виражений помірно | Значно виражений | Надзвичайно виражений |
| Бали | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Напади відчуття жару, пітливості (епізоди пітливості) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Неприємні відчуття у ділянці серця (незвичне відчуття серцебиття, порушення серцевого ритму, прискорення серцебиття, відчуття стиснення у грудній клітці) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Проблеми зі сном (важкість засинання, прокидання вночі, завчасне прокидання) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Депресивний настрій (відчуття пригнічення, суму, плаксивість, відсутність мотивації, зміни настрою) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Дратівливість (знервованість, внутрішня напруга, агресивність) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Відчуття стурбованості (внутрішній неспокій, панічний настрій) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Відчуття фізичного та психічного виснаження (зниження загальної працездатності, погіршення пам'яті, послаблення концентрації уваги, забудькуватість) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності та задоволення від сексу) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Проблеми із сечовиділенням (важкість сечовиділення, збільшена необхідність сечовиділення, нетримання сечі) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Сухість слизової оболонки піхви (відчуття сухості та печіння у піхві, важкість проведення статевого акту) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Неприємні відчуття у суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- серцево-судинного ризику (ССР) (зокрема, артеріального тиску і рівня холестерину) за шкалою SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), яка оцінює ризик смертельного серцево-судинного захворювання (ССЗ) протягом 10 років.

Менопаузу слід розглядати як чинник ризику розвитку ССЗ, що запускає цілий каскад патологічних змін в організмі жінки, включаючи розвиток артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, ожиріння за абдомінальним типом, виникнення інсулінорезистентності, збільшення симпатоадреналового тону, порушення ендотеліальної функції, запальні судинні реакції.

Ризик розвитку атеросклеротичних ССЗ у жінок із настанням менопаузи поступово зростає саме через появу та/або збільшення виразності вищеперахованих чинників ССР. Стратифікація загального ССР є обов'язковим компонентом оцінювання стану здоров'я пацієнтки перед призначенням менопаузальної гормональної терапії (МГТ). Для визначення ризику в жінок без анамнезу ішемічної хвороби серця, інсульту, ЦД, сімейної гіперхолестеринемії та хронічної хвороби нирок застосовують шкалу SCORE-2 (додаток 2).

За умови виявлення високого й дуже високого ризику ССЗ рекомендовано скерувати жінку на консультацію до кардіолога.

2.4. Скринінгові обстеження

Слід обговорити з жінками важливість дотримання регулярності скринінгових обстежень, зокрема цервікального скринінгу, колоноскопії тощо.

Жінкам від 40 до 49 років рекомендується виконувати [5]:

- клінічне обстеження молочних залоз (МЗ);
- мамографію;
- цитологічну діагностику (ПАП-тест) та тест на вірус папіломи людини (ВПЛ-тест).

Жінкам 50 років і старшим рекомендується виконувати [5]:

- клінічне обстеження МЗ;
- мамографію;
- колоноскопію.

Після 60 років інші обстеження призначає сімейний лікар чи терапевт за потреби.

Кратність скринінгових обстежень визначається чинними нормативними документами та клінічною ситуацією.

3. ЛІКУВАННЯ [1]

Лікування пацієнток з менопаузальними порушеннями проводить лікар загальної практики – сімейний лікар із застосуванням немедикаментозних методів і засобів фармакотерапії.

Доведено, що своєчасна комплексна медична допомога пацієнткам із менопаузальними порушеннями в більшості випадків дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, покращити соціальні функції та якість життя.

3.1. Інформування

Необхідно надати повноцінну інформацію жінкам з менопаузальними порушеннями та членам їхніх сімей або

опікунам (якщо потрібно), що включатиме пояснення стадій менопаузи, загальні симптоми, зміну способу життя та методи, які могли б допомогти покращити загальний стан здоров'я і самопочуття жінки, переваги й ризики лікування симптомів менопаузи, віддалені наслідки впливу менопаузи на здоров'я (додаток 1).

3.2. Призначення лікарських засобів

Жінок з менопаузальними порушеннями обов'язково потрібно скерувати до лікаря-гінеколога, який визначить доцільність призначення менопаузальної гормональної терапії (МГТ), яка залишається «золотим стандартом» лікування менопаузальних порушень. Призначення МГТ вчасно й з урахуванням можливих ризиків забезпечує такі переваги: полегшення/усунення симптомів менопаузи, збереження мінеральної щільності кісток та профілактика остеопорозу, зниження ризику розвитку серцево-судинних захворювань і загальної смертності, покращення сексуальності та загальної якості життя жінки.

Негормональні лікарські засоби сімейний лікар може призначати самостійно.

Лікарські засоби на основі циміцифуги та сангвінарії канадської можуть здійснювати позитивний вплив на зменшення ВС.

Призначення полівітамінних комплексів сприяє покращенню загального стану здоров'я і зниженню ризику виникнення хронічних захворювань.

3.3. Лікування супутньої патології

Лікування супутньої патології призначають відповідні фахівці згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги.

Лікар загальної практики – сімейний лікар контролює своєчасне виконання призначень лікаря-спеціаліста, консультування та контроль комплаєнтності.

4. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛІКУВАННЯ [1]

Пацієнтки з перименопаузальним та менопаузальними розладами потребують спостереження в лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнткою рекомендацій фахівців.

Доведено, що менопауза є чинником ризику розвитку в пацієнток ССЗ, остеопорозу, когнітивних розладів, порушень сну та деяких видів раку.

Спостереження включає такі обов'язкові кроки:

4.1. Надання рекомендацій щодо ведення здорового способу життя, регулярних фізичних навантажень і раціонального харчування.

4.2. Призначення огляду акушера-гінеколога через 3, 6 та 12 місяців після початку терапії для оцінювання його ефективності та прихильності до лікування.

4.3. Надалі огляд проводять щорічно, якщо немає клінічних показань для огляду раніше (неефективність лікування, поява побічних ефектів або небажаних явищ) (додаток 3).

Додаток 1. Визначення чинників ризику розвитку РМЗ [1]

Визначаються незалежно від того, чи планується призначення МГТ.

Чинники ризику виникнення РМЗ:

- сімейний анамнез (спадковий анамнез РМЗ по жіночій лінії);
- вік (> 40 років); європеоїдна раса.

Чинники способу життя:

- збільшений індекс маси тіла (> 25 кг/м²);
- вживання алкоголю;
- поточна або попередня терапія естрогенами та прогестагенами.

Репродуктивний анамнез:

- раннє менархе;
- відсутність пологів/мало пологів;

- пізній репродуктивний вік при перших пологах;
- пізня менопауза.

Інші чинники:

- часточкова карцинома молочної залози (МЗ) *in situ* в анамнезі;
- атипова гіперплазія (протокова або часточкова);
- плоскоклітинна атипія;
- кількість біопсій МЗ;
- висока мамографічна щільність МЗ (гетерогенна та/або дуже щільна МЗ);
- променева терапія органів грудної клітки в анамнезі у віці до 30 років.

Додаток 2. Визначення загального ССР та алгоритм обстеження в кардіолога перед призначенням МГТ [1, 6]

ССР – це індивідуальний ризик розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій протягом певного періоду часу.

Загальний ССР за шкалою SCORE-2 дозволяє оцінити ймовірність розвитку нефатальних (інфаркт міокарда, ішемічний інсульт) і фатальних (серцево-судинна смерть) серцево-судинних подій протягом наступних 10 років.

Методика оцінювання ризику:

1. Для всіх пацієнток без встановлених атеросклеротичних ССЗ, ЦД, хронічної хвороби нирок (ХХН) і сімейної гіперхолестеринемії загальний ССР оцінюють за допомогою шкали ризику SCORE-2. Індивідуальний 10-річний ССР визначають за таблицями SCORE-2 відповідно до жіночої статі, статусу курця, віку, рівня артеріального тиску та рівня холестерину не-ЛПВЩ (ліпопротеїнів невисокої щільності) (рис. 2). Визначений за системою SCORE-2 ССР може бути **низький, помірний, високий** або **дуже високий**.

2. У пацієнток із ЦД 2-го типу та пацієнток із ЦД 1-го типу віком понад 40 років ризик визначається як:

- **помірний** у разі добре контрольованого ЦД тривалістю < 10 років без ознак ураження органів-мішеней та додаткових чинників ССР;

- **високий** – за відсутності атеросклеротичних ССЗ та/або наявності значущого ураження органів-мішеней і за невідповідності критеріям помірному ризику;

- **дуже високий** – за наявності атеросклеротичних ССЗ та/або ураження органів-мішеней: розрахована швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) < 45 мл/хв/1,73м² незалежно від наявності альбумінурії; рШКФ 45–59 мл/хв/1,73м² і співвідношення альбумін/креатинін (САК) 30–300 мг/г; макроальбумінурія (протеїнурія) і САК >300 мг/г; наявність мікроеваскулярного ураження мінімум трьох різних локалізацій (наприклад, мікроальбумінурія + ретинопатія + нейропатія).

3. У пацієнток із сімейною гіперхолестеринемією ССР визначається як високий.

4. У пацієнток із ХХН без ЦД ССР визначається як:

- високий за наявності помірно виразної ХХН (рШКФ 30–44 мл/хв/1,73м² і САК < 30 мг/г; або рШКФ 45–59 мл/хв/1,73м² і САК 30–300 мг/г; або рШКФ > 60 мл/хв/1,73м² і САК > 300 мг/г);

- дуже високий за наявності тяжкої ХХН (рШКФ < 30 мл/хв/1,73м²; або рШКФ 30–44 мл/хв/1,73м² і САК >30 мг/г).

5. Дуже високий ризик ССЗ мають пацієнтки зі встановленим клінічно значущим атеросклеротичним ССЗ або з наявним за даними візуалізації.

Клінічно документовані атеросклеротичні ССЗ включають інфаркт міокарда, гострий коронарний синдром, коронарну ревазуляризацію та інші артеріальні процедури ревазуляризації; інсульт, транзиторну ішемічну атаку, аневризму аорти, захворювання периферичних артерій. Документований атеросклероз за даними візуалізації включає атеросклеротичні бляшки за даними коронарної ангіографії або УЗД сонних артерій чи комп'ютерної томографії.

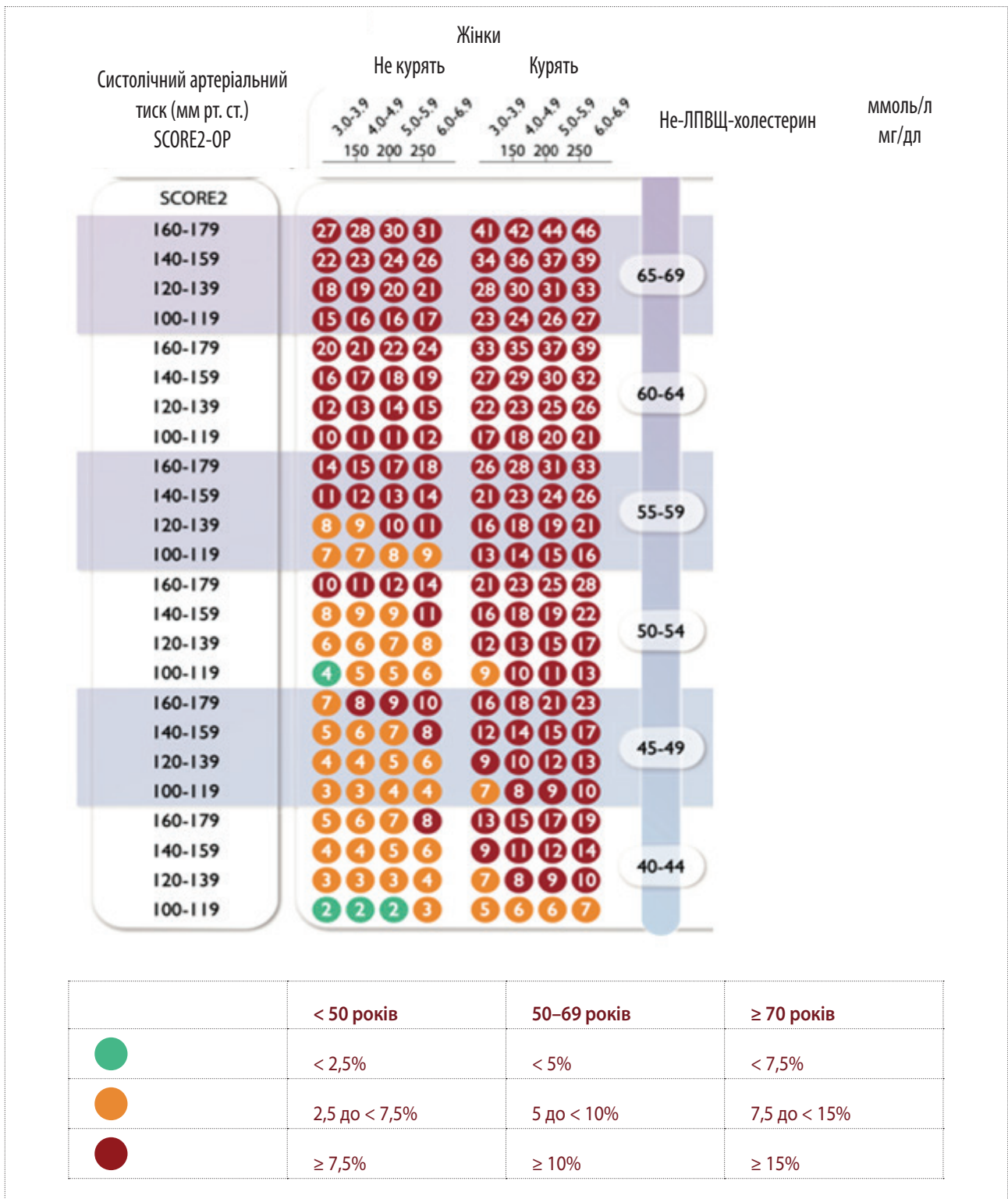


Рисунок 2. Оцінювання ризику ССЗ для жінок на найближчі 10 років життя (країни Європи з дуже високим ризиком ССЗ)

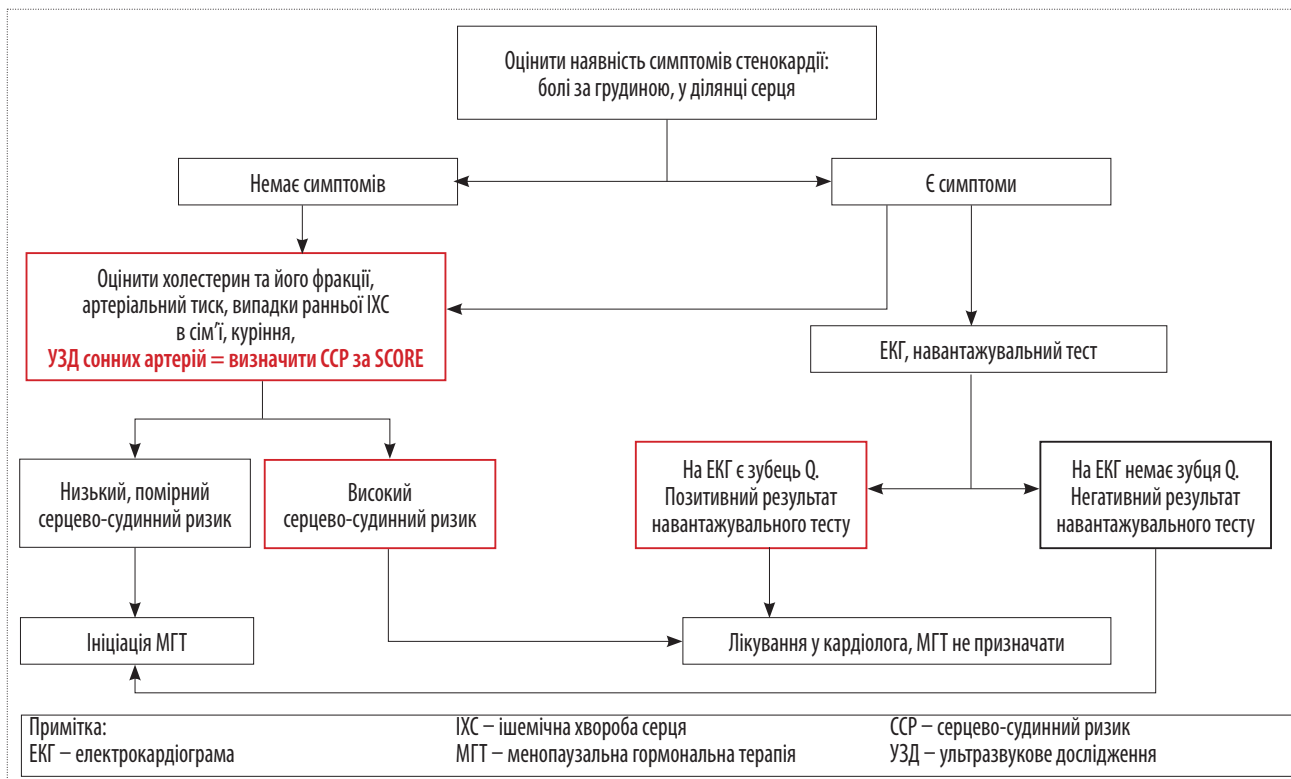


Рисунок 3. Алгоритм обстеження в кардіолога перед призначенням МГТ

Додаток 3. Інформація для пацієнтки [1]

Менопауза – це природний процес, з яким стикається в певному віці кожна жінка, і кожна жінка переносить цей період по-різному. Усе залежить від стану її організму, спадковості та способу життя. Але є низка симптомів, які тією чи іншою мірою відчувають на собі всі жінки.

Менопаузальні симптоми:

- вазомоторні (припливи й пітливість);
- психоемоційні (перепади настрою, проблеми зі сном);
- урогенітальні (дискомфорт і сухість піхви);
- сексуальні розлади (знижене лібідо);
- симптоми з боку опорно-рухової системи (болі в суглобах та м'язах).

Симптоми під час менопаузи виникають унаслідок фізіологічних змін в організмі жінки та пов'язані зі зменшенням вироблення гормонів естрогенів (статевих гормонів у жінок).

У більшості жінок менопаузальні симптоми більшою чи меншою мірою тривають упродовж 5–10 років та виникають ще до припинення менструацій.

Менопауза настає, коли місячні відсутні протягом 12 місяців, у середньому у віці 51 рік (з певними коливаннями в один чи інший бік). Але менопауза може розпочатися і раніше з інших причин, як-от:

- оперативне втручання з видалення яєчників (двобічна овариоектомія) та/або видалення матки (гістеректомія);
- застосування хіміотерапії;
- застосування променевої терапії органів малого тазу.

Ранні симптоми – зміна менструацій

У багатьох жінок менопаузальні симптоми часто виникають ще до припинення менструацій і їхній характер змінюється.

Якщо менструація стає більш тривалою, рясною або повторюється частіше, слід звернутися до лікаря – акушера-гінеколога.

Припливи та нічний піт

Припливи й нічні потовиділення можуть коливатися від легких до досить сильних. Деякі жінки вважають, що ці симптоми порушують їхній сон – їм може знадобитися навіть змінити простирядло впродовж ночі через сильне потовиділення. Майже всі жінки відчувають припливи і пітливість, але це не завжди викликає стурбованість.

Проблеми зі сном

Деякі жінки мають проблеми зі сном, навіть якщо в них відсутні припливи й нічне потовиділення.

Зміна рівня гормонів може вплинути на біологічний годинник жіночого організму, ускладнити засинання або сон. Це може статися, особливо якщо жінка має інші стани, що впливають на сон (наприклад, хронічний біль, хронтіння), або якщо вживала алкоголь чи кофеїн перед сном.

Біль у суглобах і втома

Дослідження показали, що гормональні зміни під час менопаузи можуть призвести до того, що деякі жінки відчуватимуть біль у суглобах або більшу втому, ніж зазвичай.

Тривога або зміна настрою

Більшість із нас часом відчуває занепокоєння, але ви можете виявити, що речі, з якими ви зазвичай можете впоратися, змушують вас тривожитися. Ви також можете почуватися засмученою, сумною або злою в таких ситуаціях, які не турбували вас раніше. Такі збільшення тривожності та зміни настрою можуть бути спричинені гормональними змінами.

Сухість піхви

Деякі жінки відчувають дискомфорт, вагінальну сухість або подразнення шкіри в ділянці вульви, особливо під час сексу. Цей симптом трапляється часто. Найбільш поширеною причиною сухості піхви є зниження в організмі жінки рівня естрогенів, які відповідають за вироблення змащувальних рідин.

Гіперактивний сечовий міхур

Жінки під час менопаузи також можуть відчути порушення в роботі сечового міхура: нездатність контролювати сечовипускання, мимовільне сечовипускання при кашлі, чханні, сміху, підніманні важких речей, бігу, стрибках тощо. Ви можете відчувати нестримний рапто-вий позив до сечовипускання, що веде до середнього чи значного мимовільного виділення сечі. Поява таких симптомів і скарг має стати мотиваційним фактором негайно проконсультуватися з лікарем. Важливо розпочати лікування якомога раніше. Часто потрібне тривале лікування, оскільки симптоми можуть поновитися після припинення терапії.

Що ви можете зробити із симптомами?

Жінкам, які прагнуть полегшити симптоми менопаузи, слід насамперед зосередити увагу на здоровому способі життя, включаючи регулярне фізичне навантаження, правильне харчування, споживання кальцію/вітаміну D, відмову від куріння, надмірного вживання алкоголю та кофеїну, підтримання оптимальної ваги та зменшення стресу.

Крім того, контрольоване дихання, когнітивно-поведінкова терапія, тренування усвідомленості та акупунктура можуть бути корисними методами, які слід враховувати при лікуванні вазомоторних симптомів, особливо у випадках, коли менопаузальна гормональна терапія протипоказана.

Також доступні фармакологічні варіанти лікування (негормональне й гормональне лікування) та їхнє поєднання. Медикаментозне лікування повинен призначати лише лікар – акушер-гінеколог.

Враховавши всі особливості вашого організму, дані анамнезу та обстежень, лікар обере індивідуальний варіант лікування. Саме розуміння суті періоду менопаузи та планування разом із вашим лікарем, комплексна стратегія лікування симптомів зможе покращити ваше здоров'я і якість життя.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Державний експертний центр МОЗ України.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine.

Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care “Menopausal disorders and other disorders in the perimenopausal period.” Available from: [https://www.dec.gov.ua/mtd/menopauzalni-porushennya-ta-inshi-rozklady-v-perymenopauzalnomu-periodi/], last accessed 16.01.2023.

2. Harlow, S.D., Gass, M., Hall, J.E., et al.

“Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging.” *Menopause* 19.4 (2012): 387–95. DOI: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40

3. Płudowski, P., Karczmarewicz, E., Bayer, M., et al.

“Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency.” *Endokrynol Pol* 64.4. (2013): 319–27. DOI: 10.5603/ep.2013.0012

4. International Osteoporosis Foundation.

Calcium. Available from: [https://www.osteoporosis.foundation/health-professionals/prevention/nutrition/calcium], last accessed 16.01.2023.

5. Міністерство охорони здоров'я України.

Онкоскринінг: які обстеження і у якому віці треба проходити чоловікам та жінкам.

Ministry of Health of Ukraine.

Onco-screening: what examinations and at what age men and women should undergo.

Available from: [https://moz.gov.ua/article/health/onko-skrining-jaki-obstezhennja-i-u-jakomu-vici-treba-prohoditi-cholovikam-ta-zhinkam], last accessed 16.01.2023.

6. Visseren, F.L.J., Mach, F., Smulders, Y.M., et al.

“2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.” *Eur Heart J* 42.34 (2021): 3227–37. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484 □

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ЖІНКАМ У ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ

Клінічна лекція для лікарів загальної практики – сімейних лікарів

О.М. Барна, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри загальної практики (сімейної медицини) НМУ ім. О.О. Богомольця, м. Київ

О.О. Єфіменко, д. мед. н., провідний науковий співробітник ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Н.В. Косей, д. мед. н., професор, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «ЦІМТ НАН України», м. Київ

Л.А. Міщенко, д. мед. н., завідувачка відділу артеріальної гіпертензії та коморбідної патології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска НАМН України», м. Київ

Н.Ю. Педаченко, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Клінічна лекція призначена для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які надають медичну допомогу жінкам із менопаузальними порушеннями, та ґрунтується на Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України 17 червня 2022 року № 1039.

У клінічній лекції представлено методи й алгоритми діагностики і лікування асоційованих із менопаузою розладів, що дозволить сформувати комплексну стратегію менеджменту жінок у періоді менопаузи сімейним лікарем в Україні та сприятиме покращенню їхнього здоров'я та якості життя.

Сьогодні немає жодних достовірних ознак, які б прогнозували тяжкість і тривалість менопаузальних розладів, а тому слід зосереджувати увагу жінок на веденні здорового способу життя як на способі профілактики тяжких менопаузальних розладів.

Для уточнення стадій репродуктивного старіння доцільно використовувати критерії Робочої групи з визначення стадій репродуктивного старіння жінок (STRAW+10). Усім жінкам віком понад 40 років, які прийшли на консультацію, доцільно поставити 6 запитань для виявлення менопаузального синдрому. Для визначення оцінки тяжкості симптомів менопаузи використовують міжнародну шкалу Menopause Rating Scale. Жінок із симптомами менопаузи необхідно скерувати до лікаря – акушера-гінеколога. Лікування пацієток із менопаузальними порушеннями проводить лікар загальної практики – сімейний лікар із застосуванням немедикаментозних методів і засобів фармакотерапії. Негормональні лікарські засоби сімейний лікар може призначати самостійно. Гормональне лікування симптомів менопаузи призначає лікар – акушер-гінеколог. Лікування супутньої патології призначають відповідні фахівці згідно з чинними галузевими стандартами медичної допомоги. Пацієнтки з перименопаузальним і менопаузальними розладами потребують спостереження в лікаря загальної практики – сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнткою рекомендацій фахівців.

Ключові слова: менопауза, менопаузальний синдром, дефіцит естрогенів, сімейний лікар, лікар загальної практики.

HEALTH CARE FOR WOMEN IN MENOPAUSE

Clinical lecture for general practitioners – family doctors

O.M. Barna, MD, professor, head of the Department of General Practice (Family Medicine), O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

O.O. Yefimenko, PhD, senior researcher, Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv

N.V. Kosei, MD, professor, head of the Department of Reproductive Health, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

L.A. Mishchenko, MD, head of the Department of Arterial Hypertension and Comorbid Pathology, SI "National Scientific Center "M.D. Strazhesko Institute of Cardiology" of the NAMS of Ukraine", Kyiv

N.Y. Pedachenko, MD, professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, P.L. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv

Clinical lecture is intended for general practitioners – family doctors who provide medical assistance to women with menopausal disorders and are based on the Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) health care "Menopausal disorders and other disorders in the perimenopause" approved by the order of the Ministry of Health of Ukraine dated June 17, 2022 No. 1039.

Clinical lecture provides methods and algorithms for diagnosis and treatment of associated with menopause disorders, which will allow forming a comprehensive management strategy of women during menopause by a family doctor in Ukraine and will contribute to improving their health and quality of life.

Today, there are no reliable signs that predict the severity and duration of menopausal disorders, so women should focus on a healthy lifestyle as a way to prevent severe menopausal disorders.

To clarify the stages of reproductive aging, it is advisable to use the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW+10). All women over 40 who come for a visit should be asked 6 questions to identify menopausal syndrome. The international Menopause Rating Scale is used to determine the severity of menopause symptoms. Women with symptoms of menopause should be referred to an obstetrician-gynecologist. Treatment of patients with menopausal disorders is carried out by a general practitioner – a family doctor and is carried out using non-medicinal methods and pharmacotherapy. The family doctor can prescribe non-hormonal drugs. Hormonal treatment of menopause symptoms is prescribed by an obstetrician-gynecologist. Treatment of accompanying pathology is prescribed by relevant specialists in accordance with current standards of medical care. Patients with perimenopausal and menopausal disorders need to be monitored by a general practitioner – a family doctor, who maintains the medical documentation and helps the patient comply with the recommendations of specialists.

Keywords: menopause, menopausal syndrome, estrogens deficiency, family doctor, general practitioners.

Матеріал підготовлено за підтримки ТОВ «Абботт Україна»

Для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, медичних установ.
UMB2264356