

Н.И. Волкова

Государственный медицинский университет, Кафедра внутренних болезней №1, г. Ростов-на-Дону

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

В связи с успехами медицины увеличивается продолжительность жизни, что особенно отражается на длительности жизни женского населения. В России продолжительность жизни женщин выросла с 49,6 лет в 1939 году до 72,2 лет в 1999 году [6]. Снижение рождаемости и увеличение продолжительности жизни женщин приводит к тому, что доля пожилых женщин в популяции возрастает с каждым годом. Так, на сегодняшний день 10% всей популяции — это женщины менопаузального возраста, при этом ежегодно к их числу добавляется около 25 млн человек. По подсчетам экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), к 2030 году женщин старше 50 лет будет более 1 млрд. Рост продолжительности жизни привел к тому, что современная женщина проводит практически одну треть своей жизни в периодах пери- и постменопаузы [1, 3, 4]. С одной стороны, женщины составляют самую многочисленную часть населения, а с другой — наиболее уязвимую. Изменение внешности, потеря женственности и ухудшение здоровья, связанные с процессами старения, — проблема каждой стареющей женщины. Поэтому повышение продолжительности жизни будет бесплодным достижением медицины и общества, если оно не будет сопровождаться эквивалентным увеличением числа лет жизни с хорошим состоянием здоровья и с достаточными физическими, психическими и интеллектуальными возможностями (ВОЗ, 1997), иначе говоря — увеличение продолжительности жизни с хорошим ее качеством.

По данным сборника «Здоровье населения Ростовской области... в 2001–2002 годах» в Ростовской области в 2002 году женское население составило 2 млн 288 тыс. 724 человек, из них более трети (816 798 человек) — это женщины старше 40 лет [2]. Как свидетельствует официальная статистика, в 1998 г. с климактерическими жалобами к гинекологу обратилось 8241 жительница Ростовской области, а в 2001 г. — практически в два раза больше — 15389 женщин. Очевидно, что это не истинное число женщин с климактерическими расстройствами в Ростовской области. Но даже столь неточная статистика отчетливо демонстрирует выраженную тенденцию к росту числа женщин с патологическим течением климактерия. Важно помнить, что не все женщины с климактерическими симптомами (даже ярко выраженными) обращаются к врачу. До настоящего времени значительное число женщин считает, что «климакс нужно перетерпеть», другие уверены, что не существует эффективных методов лечения, третьи же не могут преодолеть барьер смущения и кризис переходного периода переживают в одиночестве, что приводит к усугублению психоэмоциональных расстройств и, как следствие, к конфликтам в семье и на работе.

Безусловно, климактерический период — это физиологический период в жизни женщины, однако возможно и патологическое его течение, тогда это называется климактерическим синдромом (КС). При этом КС достаточно часто встречается среди современных женщин. Так, по данным В.П. Сметник различные проявления КС выявляются у 80% пациенток в климактерии [5], т. е. эти женщины нуждаются в квалифицированной врачебной помощи. Однако, на наш взгляд, проблемы климактерия не исчерпываются

только собственно КС. Общеизвестно, что с началом угасания функции яичников в организме женщины происходят изменения во всех видах обменов и, как следствие, во всех тканях и органах. При этом повреждения развиваются лавинообразно. Так, начиная с 50–55 лет, артериальная гипертензия (АГ) у женщин встречается на 20% чаще, сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) на 35–40% чаще, ожирение — в 1,5 раза чаще, инфаркт миокарда развивается в 2 раза, а инсульт — в 3 раза чаще, чем у мужчин того же возраста. В реальной современной практике все вышеперечисленные заболевания диагностируются поздно, на стадиях необратимых органических изменений или уже при развитии осложнений. При этом известны достаточно эффективные способы профилактики обсуждаемых заболеваний.

Исходя из вышеизложенного, актуальным на сегодняшний день является разработка алгоритма диагностики начальных функциональных изменений в организме женщин климактерического возраста. Помимо этого необходима разработка стандарта оказания помощи женщинам на ранних этапах развития климактерия, цель которого состоит в предупреждении заболеваний, а не лечение развившихся осложнений.

Учитывая изложенные предпосылки, нами было проведено исследование, целью которого было изучение современных аспектов здоровья женщин перименопаузального возраста, проживающих в г. Ростове и Ростовской области. Исследование состояло из нескольких фрагментов с различными задачами.

Первой задачей исследования было выявить частоту обращаемости женщин г. Ростова и Ростовской области с климактерическими жалобами к врачу.

Вторая задача состояла в выявлении наиболее часто встречающихся жалоб женщин перименопаузального возраста, с которыми они обращаются к врачу, и определить специальности докторов, которых женщины наиболее часто посещают с подобными жалобами.

Третьей задачей было выявить распространенность АГ, нарушения углеводного обмена и ожирения у женщин в климактерии.

И четвертая задача исследования была посвящена изучению объема и качества реальной помощи женскому населению в современных условиях.

Материал и методы

Для решения первой и второй задач исследования на двух крупных предприятиях г. Ростова и одном предприятии г. Таганрога было опрошено 300 женщин в возрасте от 46 до 55 лет.

Оценка климактерических проявлений проводилась с помощью шкалы модифицированного менопаузального индекса (ММИ), включающей 24 симптома, субъективно отражающих общее состояние женщины (Е.В. Уварова, 1983) [1]. С помощью балльной шкалы оценивали степень тяжести климактерического синдрома и составляющих его симптомокомплексов: нейровегетативного, обменно-эндокринного, психоэмоционального. При сумме баллов 12–34 степень выраженности синдрома трактовалась как слабая, 35–58 — умеренная, при сумме баллов >58 — тяжелая.

Также всем опрошенным женщинам предлагалось ответить на следующие вопросы: обращалась ли женщина к врачу, с какими жалобами и к врачу какой специальности.

В целях выявления распространенности отдельных компонентов менопаузального метаболического синдрома, а именно АГ, нарушения углеводного обмена и ожирения, на кафедре терапии внутренних болезней №1 Ростовского государственного медицинского университета было обследовано 480 женщин, находящихся в перименопаузе. Средний возраст участниц исследования $48,82 \pm 1,17$ лет. В процессе обследования проводились антропометрические исследования: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), коэффициент окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ). Интерпретация результатов осуществлялась следующим образом: нормальная масса тела определялась при значениях ИМТ 18,5–24,5 кг/м², избыточная масса тела — при ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м², ожирение I степени — при ИМТ 30,0–34,9 кг/м², ожирение II степени — при ИМТ 35,0–39,9 кг/м², ожирение III степени — при ИМТ >40,0 кг/м² (ВОЗ, 1997). При величине окружности талии ≥ 80 см и/или ОТ/ОБ >0,85 косвенно устанавливали висцеральное ожирение (ВОЗ, 1997).

Артериальное давление (АД) измерялось аускультативным сфигмоманометрическим методом по Короткову. Согласно рекомендациям ВОЗ — МОГ (1999) АД определялось сидя, при спокойном состоянии пациентов, после трехкратного измерения (с интервалом 3–5 минут) и учитывалась средняя величина. Диагноз АГ устанавливали при уровне систолического АД 140 мм рт. ст. или более и (или) уровне диастолического АД, равного 90 мм рт. ст. или более (ВОЗ, 1999), при необходимости проводили суточное мониторирование АД (СМАД).

В целях оценки углеводного обмена определяли уровень гликемии натощак, при нормальных значениях глюкозы в крови, проводили стандартный глюкозотолерантный тест. Углеводный

обмен считался нормальным, если уровень содержания глюкозы в плазме венозной крови натощак составлял менее 6,1 ммоль/л, а через 2 ч после нагрузки 75 г глюкозы — менее 7,8 ммоль/л. При уровне глюкозы натощак менее 6,1 ммоль/л, но через 2 ч в пределах от 7,8 до 11,1 ммоль/л, состояние классифицировали как нарушение толерантности к глюкозе. В случае превышения уровня глюкозы в плазме крови выше 6,1 ммоль/л натощак и/или выше 11,1 ммоль/л через 2 ч ставится диагноз сахарный диабет (European Diabetes Policy Group, 1998; ВОЗ, 1999).

Для оценки качества оказания медицинской помощи женщинам переходного возраста в 5 женских консультациях г. Ростова проанализированы 230 амбулаторных карт женщин старше 45 лет, обратившихся с жалобами климактерического характера. Обращали внимание на следующие параметры: жалобы пациенток, с которыми она обратилась в женскую консультацию, характер менопаузы, объем выполненного оперативного вмешательства в случае хирургической менопаузы, характер назначенного обследования, направления к смежным специалистам, а также долгосрочные рекомендации, данные врачом в женской консультации. Также на базе одной из городских больниц г. Ростова были проанализированы 279 историй болезни женщин с хирургической менопаузой. Учитывали показания к операции, объем оперативного вмешательства, проведенные дополнительные исследования, долгосрочные рекомендации при выписке из стационара.

Результаты исследования

Из 300 опрошенных женщин переходного периода на 3-х крупных предприятиях г.г. Ростова и Таганрога у всех выявлен климактерический синдром различной степени выраженности. У большинства женщин (58%) отмечена легкая степень климактерического синдрома по шкале ММИ, средняя степень установлена у 40%, тяжелая степень — у 2% женщин. Наиболее часто встречались следующие симптомы: жалобы на приливы отмечены у 47%, раздражительность у 97%, депрессии у 59%, лабильное настроение у 38%, головные боли у 92%, нарушение памяти у 48%, угнетение либидо у 35%, отсутствие либидо у 36%, мысли о смерти у 3% женщин.

Проведенный опрос женщин на 3-х предприятиях показал, что половина из опрошенных женщин в перименопаузальном периоде неоднократно обращались к врачам различных специальностей. Наибольшая обращаемость была к врачу гинекологу — 29% женщин посетили ги-

неколога с климактерическими жалобами. К терапевту с жалобами на резкие подъемы АД и сердцебиение в покое, обратилось 12% женщин, к эндокринологу по поводу нарушений углеводного обмена и патологии щитовидной железы 6%, к хирургу с переломами различной локализации 3% женщин. При этом 50% опрошенных женщин к врачу не обращались, но имели жалобы на зуд и неприятные ощущения в области половых органов, повышенное АД и симпатоадреналовые кризы. На наш взгляд, анализ симптомов, с которыми женщины не обращались к врачу, имеет большое значение. Так большое количество женщин, имевших урогенитальные расстройства, которые значительно ухудшают качество жизни, не обращались к врачу из-за смущения. Соответственно, врачам следует активно выявлять эти симптомы, что можно легко сделать с помощью анкетирования. Достаточно много женщин, имевших АГ, также не обращались к врачам, что свидетельствует об отсутствии просветительской работы в обществе о нормальном уровне АД, возможных осложнениях АГ, современных достижениях в терапии АГ и т. п.

Третьим фрагментом нашей работы было исследование распространенности АГ, нарушения углеводного обмена и ожирения у женщин в климактерии. Как уже отмечалось, для решения поставленной задачи было обследовано 480 женщин в перименопаузе. Проведенное антропометрическое обследование выявило наличие избыточной массы тела или ожирения у большинства женщин (80,2%). Оценка массы тела с помощью ИМТ показала, что только у 19,8% женщин ИМТ оказался менее 25 кг/м². Избыточная масса тела установлена у 36,1%, ожирение I или II степени у 63,9%. При этом подавляющее большинство пациентов (69,3%) отмечали увеличение веса в течение последних 6–12 месяцев. Как и следовало ожидать, ожирение носило андроидный характер, что было подтверждено величиной ОТ $104,7 \pm 13,8$ см и коэффициентом ОТ/ОБ $1,2 \pm 0,2$.

Как известно, абдоминальное ожирение ассоциируется с инсулиновой резистентностью (ИР) и метаболическим синдромом, в состав которого входит АГ и нарушение углеводного обмена. Клиническая значимость нарушений и заболеваний, объединенных рамками метаболического синдрома, заключается в том, что их сочетание в значительной степени ускоряет развитие и прогрессирование атеросклеротических сосудистых заболеваний, которые занимают первое место среди причин смертности населения, в том числе и женского, в большинстве развитых странах мира, в том числе и в России [7,8]. Метаболические нарушения, возникающие в

климактерическом периоде у женщин на фоне дефицита половых гормонов, в последние годы принято называть менопаузальным метаболическим синдромом (ММС). Основные его проявления — прибавка массы тела после менопаузы с формированием абдоминального ожирения, ИР и гиперинсулинемия. Кроме того, при ММС часто отмечаются дислипидемия, повышенное содержание факторов тромбообразования в крови и нарушение функции эндотелия, АГ и различные нарушения углеводного обмена (Spencer C.P., Godsland I.F., Stevenson C., 1997).

По результатам нашего исследования, распространенность АГ среди женщин переходного периода составила 62%. Соответственно, нормальный уровень АД был зарегистрирован только у 38% женщин. Особую настороженность вызывает тот факт, что среди обследованных женщин лишь 11% пациенток знали о наличии у них АГ, а у 51% женщин АГ была диагностирована впервые!

Таким образом, 245 женщин не знали о наличии у них АГ. При этом известно, что все женщины с АГ в пре- и постменопаузе относятся к группе высокого сердечно-сосудистого риска (ВОЗ, 1999), т. е. им необходимо начинать медикаментозное лечение немедленно. Следует подчеркнуть, что у женщин с АГ чаще встречается гипертрофия левого желудочка (53% по сравнению с мужчинами того же возраста) (НОТ, 1999). Также у женщин с АГ более высокая вариабельность АД. Все эти факторы и плюс поздняя диагностика АГ приводят к тому, что риск развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у женщин в 3 раза выше, чем у мужчин и основной причиной гибели женщин являются сердечно-сосудистые заболевания (ВОЗ, 1997).

При изучении состояния углеводного обмена были получены схожие результаты. У 59% пациентов выявлено нарушение углеводного обмена. Сахарным диабетом 2 типа более 4-х лет страдали 13,6% женщин. У 11% женщин СД 2 типа выявлен впервые, а нарушение толерантности к глюкозе впервые выявлено у 16,4% пациентов.

Таким образом, 132 (27,4%) женщины не знали о наличии у них нарушения углеводного обмена. Известно, что главная проблема СД 2 типа — это поздняя его диагностика. К сожалению, чаще всего диагноз СД 2 типа выставляется при обращении пациентов в связи с развитием осложнений, что приводит к большим финансовым потерям и снижению качества жизни пациенток.

Четвертый фрагмент исследования посвящен изучению качества помощи женщинам переходного периода в современных условиях.

Оценить, как оказывается помощь женщинам с климактерическими расстройствами, достаточно сложно. И сложность заключается в том, что разнообразие климактерических жалоб может сподвигнуть женщину обратиться к врачу любой специальности. Для оценки качества медицинской помощи женскому населению проведен анализ историй болезни 230 женщин менопаузального возраста, обратившихся с климактерическими жалобами в женские консультации г. Ростова. Жалобы пациенток, объем выполненного оперативного вмешательства, характер назначенного обследования, направления к смежным специалистам, а также долгосрочные рекомендации представлены в табл. 1.

В результате анализа историй болезни было выяснено, что 23% женщин, обратившихся в женскую консультацию с климактерическими жалобами, были направлены к врачам другим специальностей. Не будем подробно останавливаться на характере назначенного лечения, лишь приведем анализ количества назначаемых препаратов этому контингенту женщин (табл. № 2).

Таки образом, женщина с характерными для климактерия жалобами, посетив только двух «узких» специалистов, должна получать от 8 до 12

Таблица 1

Результаты анализа обращаемости женщин с климактерическим синдромом в женскую консультацию

Жалобы	%
Нарушение менструального цикла	20
Приливы жара, потливость	44
Снижение работоспособности	23
Нарушение настроения	23
Урогенитальные расстройства	20
Характер менопаузы	
Естественная	49
Хирургическая	51
Объем оперативного вмешательства	
Пангистерэктомия	27
Гистерэктомия	9
Гистерэктомия + овариэктомия	14
Овариэктомия	1
Дополнительные исследования	
Онкоцитология	34
УЗИ малого таза	23
Общий анализ крови, общий анализ мочи	29
Глюкоза крови	5
Липидограмма	1
Консультация маммолога	2
Маммография	1
Консультации специалистов	
Терапевт	12
Невропатолог	13
Психолог	1
Эндокринолог	3
Гастроэнтеролог	6

Таблица 2

Количество назначаемых препаратов женщинам с климактерическими расстройствами

Специальность врача	Количество препаратов
Терапевт	4–5
Невропатолог	3–4
Эндокринолог	2–3
Гастроэнтеролог	3–4
Уролог	3–4

препаратов ежедневно! Нам встретились и более объемные назначения, включившие в себя 18 (!) лекарственных средств. Это, на наш взгляд, является яркой демонстрацией отсутствия системного подхода к ведению женщины с климактерическими проблемами, когда каждый из врачей-консультантов видит только свое заболевание без учета первопричины их развития, и при этом нет специалиста, который мог бы проанализировать и синтезировать различные рекомендации.

Помимо этого, обращает на себя внимание несоответствие между частотой назначения обязательного обследования перед ЗГТ и собственно рекомендаций по приему ЗГТ. Так, маммография рекомендована 1%, УЗИ органов малого таза 23% женщин, при этом назначена ЗГТ 34% женщин!

Более того, обследований, направленных на раннее выявление метаболических нарушений, практически не назначается, что вызывает особую тревогу, поскольку в нашем исследовании более половины женщин имели значимые нарушения как углеводного, так и жирового обменов.

Как известно, наиболее часто патологическое течение климакса отмечается у женщин после оперативных вмешательств на органах малого таза (пангистерэктомия, овариоэктомия и т. п.), в связи с чем нами был проведен анализ 279 историй болезней женщин, которым была произведена операция удаления матки и/или придатков в отделении гинекологии городской больницы № 8 г. Ростова. При анализе обращали внимание на показания к операции, объем операции, проведенные дополнительные исследования и долгосрочные рекомендации при выписке больной (табл. 3).

Как следует из табл. 3, ни в одном случае не было рекомендовано исследование углеводного и жирового обменов, а также контроля АД. Более того, ни одной женщине (вне зависимости от возраста) после гистер- и овариоэктомии не была назначена заместительная гормональная терапия...

Такие рекомендации, как «общеукрепляющая терапия» и «лечебно-охранительный режим» мы оставляем без комментария.

Таким образом, медицинская помощь (как диагностическая, так и лечебная) женщинам с климактерическим синдромом как в естественном менопаузальном периоде, так и в хирургической менопаузе, оставляет желать лучшего. Как показало проведенное нами исследование, и на этапе стационара, при выписке больных после оперативных вмешательств, и в женской консультации, при обращении пациенток с климактерическими жалобами не назначается должного обследования, направленного на выявление начальных метаболических нарушений. С одной стороны, эти обследования необходимы женщинам менопаузального возраста, так как они являются наиболее уязвимой категорией пациентов по развитию тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и сахарного диабета. С другой стороны, доказано, что рано начатое лечение, еще на этапе функциональных изменений, может привести к реальной профилактике развития всех этих грозных заболеваний. Наконец, немаловажным является вопрос материальных затрат на эту категорию пациентов. Если профилактика и лечение начаты рано, то это будет экономически значительно более выгодно, чем лечение уже развившихся осложнений.

Несмотря на то, что на сегодняшний день накоплено большое количество данных, доказывающих необходимость пристального внимания к «женщинам после 40 лет», реально они остаются без должного внимания со стороны практической медицины. Это, в первую очередь, обусловлено отсутствием специализированной комплексной помощи, поскольку решение про-

Таблица 3

Результаты анализа историй болезни женщин после удаления матки и/или придатков в ГБ №8

Показания к операции	%
Симптомная миома матки	54
Аденомиоз	10
Кисты и кистомы яичников	34
Выпадение матки	2
Объем оперативного вмешательства	
Пангистерэктомия	18
Гистерэктомия	46
Овариоэктомия	36
Долгосрочные рекомендации (100%)	
Общеукрепляющая терапия	35
Витаминотерапия	7
Комбинированные оральные контрацептивы	5
Режим труда и отдыха	11
Лечебно-охранительный режим	5
Препараты кальция	0,5

блем женщин климактерического возраста требует участия специалистов разных профилей. Одним из возможных вариантов выхода из создавшейся ситуации является создание специализированных центров, призванных комплексно решать проблемы этой категории женщин.

Литература

1. *Вихляева Е.М.* Климактерический синдром: Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. — М.: МИА, 2000. — С. 603–650.
2. Здоровье населения Ростовской области и деятельность учреждений здравоохранения в 2001–2002 годах. (Статистические материалы). — Ростов-на-Дону, 2003. — 143 с.
3. *Кулаков В.И.* Менопаузальный синдром (клиника, диагностика профилактика и ЗГТ). — М.: Медицина, 1996. — 64 с.
4. *Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капнушева Л.М.* Постменопауза. Физиология и патология // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — № 2. — С. 45–50.
5. *Сметник В.П., Кулаков В.И.* Руководство по климактерию. МИА. — М.: 2001. — 688 с.
6. *Тишук Е.А.* Очерки здоровья населения Российской Федерации (современное состояние и тенденции развития) // Качество медицинской помощи. Медицинская редакция «Главный врач». — 2001. — №3. — С. 71.
7. *Никитин Ю.П., Казека Г.Р., Бабин В.П., Малютина С.К.* Распространенность ишемической болезни сердца у лиц с гиперинсулинемией (популяционное исследование) // Кардиология, 2001. — № 1. — С. 12–15.
8. WHO MONIKA Project. Geographical variation in the major risk factor of coronary heart disease in men and women aged 35–64 years. *World Health Stat Q* 1998;41:115–140.
9. *Spencer C.P., Godsland I.F., Stevenson C.* Is there a menopause metabolic syndrome? // *Gynecol Endocrinol.* — 1997; 11:341–355.