

Приложение 2
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«МЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ
И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«МЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ
РАССТРОЙСТВА»**

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	8
Приложения.....	20
Список литературы.....	21

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

Код	Название
N95	Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде:
N95.1	Менопауза и климактерическое состояние у женщины
N95.2	Постменопаузальный атрофический вагинит
N95.3	Состояние, связанное с искусственно вызванной менопаузой
N95.8	Другие уточненные нарушения менопаузного и перименопаузного периода
N95.9	Менопаузные и перименопаузные нарушения неуточненные

<https://mkb-10.com/index.php?pid=13490>

Коды по МКБ-11:

GA30	Менопаузальные или некоторые уточненные перименопаузальные расстройства
GA30.0	Менопауза
GA30.00	Менопаузные или климактерические состояния у женщин
GA30.01	Менопаузальный переход
QA4B	Обращение в медицинские организации для консультирования по поводу менопаузы
GA30.0Y	Другая уточненная менопауза
GA30.0Z	Менопауза неуточненная
GA30.2	Постменопаузальный атрофический вагинит
GA30.3	Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой
GA30.4	Менопаузальные приливы
GA30.5	Менопаузальный остеопороз
GA30.6	Преждевременная недостаточность яичников
MF32	Симптом или жалоба, касающиеся периода менопаузы
5D44	Нарушение функции яичников, возникшее после медицинских процедур
GA30.Y	Другие уточненные менопаузальные и перименопаузальные расстройства
GA30.Z	Менопаузальные и перименопаузальные расстройства неуточненные

<https://icd11.ru/zhenskoi-polovoi-sistemy-mkb11/>

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА

Список основных авторов:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
---	--------	-----------	--------------

1	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Юсупбаев Р.Б.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
6	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Алиева М.М.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
8.	Шукурова М.Р.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
9	Каюмова Д.Т	акушер-гинеколог, д.м.н.	Кафедра акушерства и гинекологии ТМА в семейной медицине ТМА
10	Давронова Ю.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Алиева Д.А.	д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР, зав. консультативной поликлиникой
2	Нажмутдинова Д.К.	д.м.н., профессор.	Зав. кафедрой акушерства и гинекологии ТМА в семейной медицине ТМА

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ТМА – Ташкентская медицинская академия

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_7_» _февраля_ 2025 г., протокол №1. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» «_11_» _февраля_ 2025 г., протокол №_2_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Зазерская И.Е.	д.м.н., профессор	Заведующая кафедрой

			акушерства и гинекологии Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург, Российская федерация)
--	--	--	---

Список сокращений:

АМГ	Антимюллеровый гормон
ВМС-ЛНГ	Левоноргестрел содержащая внутриматочная система
ВТЭ	Венозная тромбоэмболия
ГнРГ	Гонадотропин релизинг гормон
ГУМС	Генитоуринарный менопаузальный синдром
ДЭРА	Двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИМТ	Индекс массы тела.
КОК.	Комбинированные оральные контрацептивы
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
КС	Климактерический синдром
МГТ	Менопаузальная гормональная терапия
МПКТ	Минеральная плотность костной ткани
ОТ	Окружность талии
РМЖ	Рак молочной железы
РШМ	Рак шейки матки
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ТТГ	Тиреотропный гормон
ФСГ	Фолликулостимулирующий гормон
ЧСС	Частота сердечных сокращений

Цель протокола: обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по диагностике, лечению и профилактике заболеваний и состояний, связанных с климактерическим периодом у женщин.

Категории пациентов: пациенты пери- и постменопаузального возраста.

Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи, врачи семейной медицины, эндокринологи, кардиологи, урологи, дерматовенерологи, клинические фармакологи, лаборанты, организаторы здравоохранения, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов. пациенты пери- и постменопаузального возраста, члены их семей и лица, осуществляющие уход

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни/амбулаторной карте пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть

2.1. Термины и определения

Этапы репродуктивного старения женщин — клинико-гормональная характеристика этапов старения репродуктивной системы (Stages of Reproductive Aging Workshop — STRAW) разработаны в 2001 г. и пересмотрены в 2011 г. (STRAW+10) [1].

Вазомоторные нарушения — проявление всех форм нарушений вегетативной регуляции (приливы жара, ночная потливость, ознобы и т.д.).

Приливы жара — резкий приток тепла к лицу и к верхней половине тела (шея, руки, грудь), который может сопровождаться потоотделением, ознобом.

Психоэмоциональные менопаузальные расстройства включают лабильность настроения, нарушения сна, депрессивное состояние, тревожность, плаксивость, повышенную возбудимость, агрессию, панические атаки.

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) — симптомокомплекс, ассоциированный со снижением уровней эстрогенов и других половых стероидов, включающий в себя изменения наружных половых органов, промежности, влагалища, уретры и мочевого пузыря.

Вульвовагинальная атрофия (ВВА) часто сопровождает ГУМС. Наиболее распространенными симптомами ВВА является сухость влагалища, диспареуния, жжение и зуд.

Недержание мочи — непроизвольное выделение мочи, являющееся социальной или гигиенической проблемой, при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания.

Постменопаузальный остеопороз — метаболическое заболевание скелета, сопровождающееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и, как следствие, переломами при минимальной травме.

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

2.2 Этиология и патогенез

В организме женщины с возрастом наступают инволюционные изменения гипоталамуса, что проявляется повышением порога чувствительности его к действию эстрогенов и повышенной продукцией гонадотропных гормонов. Патогенез климактерического синдрома неоднозначен. Начало заболевания связывается либо с первичными нарушениями стероидогенеза и волнообразными уровнями эстрогенов, либо с первичной патологией в гипоталамусе или гипофизе, приводящей к десинхронизации выброса ГнРГ с повышенным уровнем гонадотропинов, в первую очередь ФСГ.

Ощущение жара является следствием пароксизмальных вегетативных симпатикотонических проявлений. Характерные вегето-сосудистые нарушения ощущения возникают вследствие центральной гипертермии и проявляются спустя 30-50 минут после спастического состояния капилляров и развития венозного застоя. Снижение биосинтеза эстрогенов в яичниках не сопровождается сохранением продукции андрогенов (андростендиона и тестостерона) в надпочечниках, что является причиной относительной гиперандрогении. В климактерическом периоде снижается концентрация кальцитонина — гормона пептидной структуры, вырабатываемого парафолликулярными клетками щитовидной железы, тормозящего резорбцию костной массы и высвобождение из нее кальция и фосфата. Биосинтез кальцитонина зависит от эстрогенов, дефицит которых приводит к развитию остеопороза. В развитии сердечно-сосудистых заболеваний играют роль изменения в трех взаимосвязанных компонентах: обмен липидов, свойства сосудистой стенки, система гемостаза. Содержание фракции антиатерогенных частиц липопротеидов высокой плотности, основная функция которых состоит в удалении холестерина из стенок сосудов, после менопаузы падает в среднем на 25 %. Одновременно повышается содержание липопротеидов низкой плотности, что является биохимическим маркером риска ИБС и инсульта. Изменения в системе гемостаза в условиях эстрогенного дефицита характеризуются прокоагулянтной и антифибринолитической направленностью. Снижение стероидопродуцирующей функции яичников в конечном счете приводит к целому ряду метаболических нарушений и патологических состояний.

<https://www.racgp.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

2.3 Эпидемиология.

Средний возраст наступления менопаузы в мире составляет 48,8 лет (95% ДИ 48,3–49,2) со значительными колебаниями этого показателя в зависимости от географического региона проживания женщин. Различия в среднем возрасте наступления менопаузы в разных странах часто обусловлены сочетанием этнических, социально-экономических и культурных факторов. Этническое происхождение женщины определенно может повлиять на возраст, в котором она в конечном итоге достигнет менопаузы. Например, у женщин азиаток процесс менопаузы обычно начинается раньше в жизни по сравнению с женщинами европейских этнических групп.

Жалобы на проявления климактерического синдрома испытывает 60-85% женщин в периоде пери- и постменопаузы. Около 75% женщин в возрасте от 45 до 55 лет предъявляют жалобы на приливы, при этом до 25-30% случаев — средней или тяжелой степени выраженности. Вазомоторные симптомы чаще возникают в поздней фазе менопаузального перехода и особенно выражены в первые годы постменопаузы. Распространенность нарушений сна у женщин в перименопаузе

колеблется от 39 до 47%, у женщин в постменопаузе - от 35 до 60%. Симптомы ГУМС отмечаются у 15-20% женщин в перименопаузе и до 80% женщин в постменопаузе.

<https://www.racgp.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

2.4. Классификация

В настоящее время для клинико-гормональной характеристики этапов старения репродуктивной системы (Stages of Reproductive Aging Workshop), используется шкала STRAW+10 (Приложение.)

Период климактерия охватывает следующие этапы:

Менопаузальный переход ранний. Начинается после 40 лет, характеризуется изменением периодичности менструальных циклов и переменными значениями ФСГ.

Менопаузальный переход поздний. Характеризуется значительными изменениями длины цикла (аменорея более 60 дней), высоким уровнем ФСГ (> 25 МЕ/л), наличием вазомоторных симптомов. Включает в себя период до последней менструации

Менопауза – последняя менструация, определяемая ретроспективно через 1 год .

Перименопауза. Включает в себя период менопаузального перехода плюс 12 месяцев после последней менструации.

Постменопауза ранняя. Охватывает 3-4 года после последней менструации, отмечаются высокие значения ФСГ, наиболее выражены вазомоторные симптомы.

Постменопауза поздняя – оставшийся период жизни, характерны стабильно высокие значения ФСГ, усиление симптомов генитоуринарной атрофии, потери МПКТ.

Выделяют следующие типы менопаузы:

По времени наступления:

- преждевременная (преждевременная недостаточность яичников) (до 40 лет);
- ранняя (40-44 года);
- своевременная (45-55 лет);
- поздняя (старше 55 лет).

По причине наступления:

- естественная менопауза;
- менопауза, наступившая в результате двухсторонней овариэктомии (хирургическая менопауза) или химио- / лучевой терапии.

Оценка степеней тяжести КС зависит от используемой оценочной шкалы (см. раздел диагностики)

[https://www.endo.theclinics.com/article/S0889-8529\(22\)00037-8/abstract](https://www.endo.theclinics.com/article/S0889-8529(22)00037-8/abstract)

https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza_i_klimaktericheskoe_sostoyanie_u_zhenshchiny_versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023

Принцип формулирования диагноза

Формулирование диагноза климактерического синдрома основывается на международных классификациях, таких как МКБ-10/11 и должно отражать его основные характеристики:

1. Основное заболевание: климактерический синдром.
2. Форма течения:
 - Лёгкая
 - Среднетяжёлая
 - Тяжёлая

3. Преобладающие симптомы:
 - Нейровегетативные (приливы, потливость, тахикардия)
 - Психоэмоциональные (раздражительность, депрессия, бессонница)
 - Обменно-эндокринные (ожирение, остеопороз, артериальная гипертензия)
4. Сопутствующие заболевания (при наличии).

Пример формулировки диагноза: «Климактерический синдром средней степени тяжести с преобладанием нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений. Ожирение I степени. Артериальная гипертензия II степени»

2.5. Диагностика

Оценка состояния пациентки, периода климактерия и диагноз КС ставится на основе анализа жалоб, анамнеза, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований.

Анамнез

При сборе анамнеза и выявлении жалоб следует спросить:

- Возраст менархе, характер менструального цикла и дату последней менструации.
- Репродуктивный анамнез, гинекологические заболевания и операции.
- Соматические и системные заболевания, эндокринопатии.
- Наследственная патология (наличие онкологических заболеваний: рак молочной железы, эндометрия, яичников, кишечника; сахарный диабет; сердечно-сосудистые заболевания – инсульты, инфаркты до 50 лет ; остеопороз, включая переломы)

Наличие ассоциированных симптомов:

- вазомоторные (приливы, повышенная ночная потливость, ознобы);
- психоэмоциональные — депрессия, раздражительность, возбудимость, расстройство сна,
- слабость, снижение памяти и концентрации внимания;
- урогенитальные и сексуальные — зуд, жжение, сухость во влагалище, диспареуния, дизурия;
- скелетно-мышечные — миалгии, артралгии.

С

Рекомендуется всем пациенткам на этапе постановки диагноза использовать систему критериев STRAW +10 для определения стадии репродуктивного старения

Система критериев STRAW +10 (приложение 1) не применима у пациенток с синдромом поликистозных яичников, преждевременной недостаточностью яичников, после гистерэктомии, абляции эндометрия, или использующих в настоящее время ВМС-ЛНГ, КОК. У этих женщин при обследовании и оценке состояния следует обращать внимание на появление вазомоторных и психоэмоциональных симптомов.

С

Пациенткам с наличием менопаузальных симптомов для определения степени их тяжести рекомендуется проводить анкетирование по шкале Грина или использовать шкалу индекса Купермана *

**Указанные опросники и расчетные методики представлены в приложениях 2,3*

Физикальное обследование

При физикальном осмотре следует провести стандартные базовые обследования, включающие оценку общего состояния, общий осмотр с антропометрией, измерение ЧСС, измерение артериального давления.

С

Рекомендуется всем пациенткам определение роста и массы тела с вычислением индекса массы тела (ИМТ) для диагностики избыточной массы тела и ожирения

С Рекомендуется всем пациенткам проводить измерение окружности талии (ОТ) для выявления абдоминального/висцерального ожирения

С Рекомендуется всем пациенткам визуальное исследование и пальпация молочных желез для диагностики патологии молочной железы

Для оценки состояния и диагностики возможной патологии вульвы, влагалища, шейки матки и органов малого таза следует провести гинекологический осмотр.

С Рекомендуется всем пациенткам проведение визуального осмотра наружных половых органов, влагалища, шейки матки и бимануального влагалищного исследования

Лабораторные и инструментальные методы обследования

С Женщинам старше 45 лет, у которых наблюдаются менопаузальные симптомы, диагноз «перименопауза» или «менопауза» рекомендуется ставить только на основании этих симптомов, без подтверждающих лабораторных тестов

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

С Рекомендуется исследование уровня ФСГ в сыворотке крови до 45 лет:
- у женщин с менопаузальными симптомами, включая аменорею или нерегулярные менструации,
- у женщин с синдромом поликистозных яичников, аблацией эндометрия или у женщин, нуждающихся в дифференциальной диагностике аменореи,
- у женщин после гистерэктомии без придатков.

С Рекомендуется диагноз преждевременной менопаузы подтверждать только после получения как минимум двух результатов повышенного уровня ФСГ (25 МЕ/л) с интервалом не менее 4-6 недель

С Не рекомендуется у женщин старше 45 лет с целью диагностики менопаузы использовать определение сывороточного АМГ, ингибина А, ингибина В, эстрадиола, а также объем яичников при ультразвуковом исследовании

С Не рекомендуется определение сывороточного ФСГ для определения менопаузы у людей, использующих комбинированную эстроген-прогестагенную контрацепцию или высокие дозы прогестагенов

С Рекомендуется исследование сывороточного уровня ТТГ с целью дифференциальной диагностики причин атипичных вазомоторных симптомов, колебаний веса, нарушений сна, быстрой утомляемости

А Рекомендуется женщинам в постменопаузе проводить оценку индивидуальной 10-летней вероятности переломов (с использованием алгоритма FRAX)

С Рекомендуется исследование уровня 25-ОН витамина D крови при наличии факторов риска остеопороза

С Рекомендуется женщинам в пери- и постменопаузе проходить скрининг на РШМ и РМЖ

А При наличии переломов в анамнезе, факторов риска остеопороза или выявленного среднего (промежуточного) индивидуального 10-летнего риска остеопоротического перелома

(по алгоритму FRAX) рекомендуется проведение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с целью оценки МПК

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

A

Всем женщинам с преждевременной менопаузой рекомендуется проведение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с целью оценки МПК

Перед назначением МГТ для выявления противопоказаний и/или риска возможных нежелательных явлений рекомендуются следующие исследования:

C

ультразвуковое исследование органов малого таза с целью исключения органической патологии органов малого таза

C

рентгеновская маммография в двух проекциях, УЗИ молочных желез с целью исключения патологии молочных желез

C

цитологическое исследование микропрепарата шейки матки

C

определение уровня глюкозы натощак, общий холестерин

Маммография рекомендуется начиная с возраста 40 лет, УЗИ молочных желез – в возрасте до 40 лет с оценкой по шкале BI-RADS и классификацией маммографической плотности по ACR.

<https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2023/12/The-2023-Practitioner-s-Toolkit-for-Managing-Meno-pause.pdf>

A

Рекомендуется проведение ряда дополнительных обследований перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях

Перечень дополнительных исследований может варьировать в зависимости от данных анамнеза, субъективных клинических показателей и состояния здоровья пациентки.

Дополнительно по показаниям может проводиться:

- УЗИ органов брюшной полости,
- определение активности АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин в крови,
- коагулограмма,
- липидный спектр,
- индекс НОМА, глюкозо-толерантный тест,
- определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови; молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания),
- колоноскопия,
- УЗ доплерография сосудов нижних конечностей.

A

Женщины, принимающие МГТ, должны проходить осмотр через 3 месяца после начала лечения, а затем как минимум ежегодную консультацию, которая включает в себя медицинский осмотр, обновление истории болезни и семейного анамнеза, соответствующие лабораторные и визуализирующие исследования, обсуждение образа жизни и стратегий профилактики или уменьшения хронических заболеваний

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

2.6. Лечение

Образ жизни, диета и физические упражнения

Управление симптомами менопаузы включает немедикаментозные методы воздействия, негормональную и гормональную терапию. Следует придерживаться общей стратегии, включающей, в первую очередь, рекомендаций по нормализации питания, физической активности. Обсудите с пациенткой и ее родственниками принципы ЗОЖ, дайте конкретные рекомендации. Следует указать, что изменение в образе жизни включает общение и умственную активность.

A	Женщинам с симптомами КС в первую очередь следует предложить рекомендации по изменению образа жизни, включая снижение стресса, регулярные физические упражнения, оптимальный контроль веса, соответствующую диету, отказ от курения и чрезмерного потребления алкоголя и кофеина
----------	--

A	Регулярные физические упражнения рекомендуются для улучшения качества жизни и снижения сердечно-сосудистой и общей смертности
----------	---

B	Рекомендуется не менее 150 минут упражнений средней интенсивности в неделю. Два дополнительных еженедельных сеанса силовых упражнений могут дать дополнительную пользу
----------	--

Следует объяснить женщине, переживающей менопаузу, важность поддержания мышечной массы и здоровья костей с помощью физической активности

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

Медикаментозное лечение

A	При выборе тактики лечения климактерического синдрома приоритетным является использование индивидуального подхода к каждой пациентке
----------	--

Системная МГТ

A	МГТ является наиболее эффективной терапией при вазомоторных симптомах и урогенитальной атрофии
----------	--

C	Не следует рекомендовать МГТ без четких показаний к ее применению, т. е. симптомов или физических последствий дефицита эстрогена
----------	--

Предложите женщине МГТ с вазомоторными симптомами и ГУМС при отсутствии протипоказаний в качестве терапии первой линии.

При наличии у пациентки клинических симптомов, которые также могут быть связаны с дефицитом эстрогенов (артралгии, мышечные боли, снижение памяти, нарушения сна и психо-эмоциональные нарушения), существенно снижающих качество жизни - вопрос о назначении МГТ следует решить путем обсуждения с другими профильными специалистами.

C	МГТ следует рекомендовать в соответствии с принципами индивидуального подбора, включающие симптомы и необходимость профилактики, а также с учетом личного и семейного анамнеза, результатов соответствующих исследований, предпочтений и ожиданий женщины
----------	---

Принципы современной концепции персонализации (индивидуального подбора) МГТ:

- Начало системной МГТ необходимо рассматривать у женщин в возрасте менее 60 лет и с длительностью постменопаузы менее 10 лет (окно терапевтических возможностей).
- Отсутствуют возрастные ограничения при назначении локальной терапии эстрогенами (эстроиолом) симптомов ГУМС.
- В соответствии с целями лечения следует использовать минимально эффективные дозы МГТ.
- Индивидуализация МГТ (выбор дозы, лекарственной формы препарата, его состава, режима использования) проводится с учетом возраста пациентки, стадии репродуктивного старения, гинекологических заболеваний, коморбидных состояний, предпочтений женщины.

- Применение МГТ требует периодической коррекции дозировок в зависимости от стадии репродуктивного старения, возраста, эффективности и переносимости лечения. По мере увеличения возраста пациентки и длительности постменопаузы целесообразно снижать дозу МГТ.

А	Рекомендуется назначение эстрогенсодержащих препаратов при преждевременной недостаточности яичников и ранней менопаузе, в т.ч. после химио- / лучевой терапии, двусторонней овариоэктоми
----------	--

Женщины, у которых наступает спонтанная или ятрогенная менопауза до 45 лет и особенно до 40 лет, подвержены более высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза, а также могут быть подвержены повышенному риску аффективных расстройств и слабоумия. Этим пациенткам терапию половыми стероидами следует начинать как можно раньше и проводить, по крайней мере, до возраста физиологической менопаузы (при отсутствии противопоказаний).

С	Рекомендуется использовать препараты МГТ или комбинированные оральные контрацептивы при преждевременной недостаточности яичников и ранней менопаузе
----------	---

Противопоказания (абсолютные и относительные) к МГТ – см. приложение 6
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>
<https://www.racgp.org.au/advocacy/reports-and-submissions/view-all-reports-and-submissions/2024-reports-and-submissions/meno>

Режимы и типы МГТ:

При выборе типа и дозы МГТ следует учитывать следующие факторы :

- предпочтения пациентки;
- наличие или отсутствие матки;
- потребности в противозачаточных средствах;
- тип и тяжесть симптомов;
- стадию репродуктивного старения
- сопутствующие заболевания.

С	Рекомендуется при обсуждении МГТ как возможного метода лечения симптомов, связанных с менопаузой, пояснить преимущества и риски, связанные с комбинированной или монотерапией эстрогенами, пути введения, выбор эстрогена или прогестагена, возможную продолжительность лечения
----------	---

Адаптируйте и обсудите с женщиной в доступной форме информацию о преимуществах и рисках МГТ по возрасту, индивидуальным показателям. Используйте информацию по снижению менопаузальных симптомов и влиянии МГТ на конкретные показатели здоровья у женщин старше 40 лет.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

С	Женщинам, перенесшим тотальную гистерэктомию, для лечения климактерических симптомов и/или профилактики остеопороза, рекомендуется назначение монотерапии эстрогенами в непрерывном режиме вне зависимости от фазы климактерия
----------	--

Для женщин, перенесших гистерэктомию, нет необходимости в комбинированной терапии, поскольку нет необходимости в применении гестагенов: монотерапия эстрогенами ассоциируется с неконтролируемой гиперплазией эндометрия и потенциальной малигнизацией. Рекомендуется использование препаратов, содержащих эстрадиол. Пути введения: пероральный (таблетки) или парентеральный (накожный — гели, спреи, пластыри).

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>
[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(22\)00090-1/pdf](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf)

С

Женщинам с интактной маткой для лечения климактерических симптомов и/или профилактики остеопороза, рекомендуется назначение комбинированной эстроген-гестагенной терапии

При назначении эстроген-гестагенной терапии предпочтительным является дидрогестерон или микронизированный прогестерон, которые могут иметь более благоприятный профиль в отношении риска РМЖ по сравнению с синтетическими прогестагенами.

- В перименопаузе рекомендуется использование эстроген-гестагенных препаратов в циклическом режиме: непрерывный эстроген с прогестагеном, вводимым циклически). Используются стандартные и низкие дозы эстрогенов (эстрадиол 2-1 мг / день). Дозы гестагенов в это случае составляют 200 мг микронизированного прогестерона/10 мг дидрогестерона в течение 12-14 непрерывных дней календарного месяца.
- В постменопаузе эстроген-гестагенные препараты рекомендуется использовать в комбинированном непрерывном режиме. Эстрогены должны быть снижены до низких и ультранизких доз (эстрадиол 1-0,5 мг /день). Дозы гестагенов – 100 мг прогестерона/5-2,5 мг дидрогестерона.
- Женщины, испытывающие преждевременную или раннюю менопаузу, должны получать более высокие дозы эстрогенов по сравнению с женщинами с естественной менопаузой.
- Рекомендуемые дозы эстрогенов в этом случае составляют: эстрадиол перорально 2 мг/день или трансдермального эстрадиола 75–150 мкг/день. Дозировки гестагенов в этом случае составляют 200 мг микронизированного прогестерона/10 мг дидрогестерона
- ВМС-ЛНГ является еще одним возможным вариантом и ее можно использовать в сочетании с эстрогеном, если требуется комбинированная терапия.

Переход на монофазный комбинированный режим МГТ при применении циклической комбинированной МГТ возможен в следующих случаях:

- Через 1-2 года приема низкодозированной МГТ в циклическом режиме при возрасте женщины на момент начала терапии старше 50 лет.
- По достижении пациенткой среднего возраста менопаузы (51-52 года), при начале использования МГТ до 50 лет.
- При изменении характера менструальноподобной реакции: скудные мажущие выделения/полное отсутствие в течение более 2-х последовательных циклов.

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

<https://aig-journal.ru/articles/Algoritmy-primeneniya-menopauzalnoi-gormonalnoi-terapii-u-jenshin-v-period-peri-i-postmenopauzy-Sovmestnaya-poziciya-ekspertov-ROAG-RAM-AGE-RAOP.html>

Возможны различные пути введения компонентов МГТ:

- эстроген можно рекомендовать перорально (таблетки) или трансдермально в виде геля, спрея или пластыря.
- прогестаген можно рекомендовать перорально, вагинально, или вводить через внутриматочную систему.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

Следует информировать женщину о том, что препараты МГТ не обладают контрацептивным эффектом.

С

Женщинам в перименопаузе, нуждающимся в контрацепции, для лечения климактерических симптомов и/или профилактики остеопороза могут быть рекомендованы комбинированные пероральные контрацептивы (при отсутствии противопоказаний)

Возможно назначение микродозированных или ультрамикродозированных КОК на основе этинилэстрадиола или современных КОК на основе эстрадиола или эстетрола.

В	Рекомендуется назначение монотерапии прогестагенами женщинам в периоде менопаузального перехода для профилактики гиперпластических процессов эндометрия и регуляции менструального цикла
----------	--

С	Женщинам после гистерэктомии по поводу аденомиоза, с распространенным наружным генитальным эндометриозом в анамнезе, в качестве МГТ рекомендуется назначение комбинированной эстроген-гестагенной терапии или тиболона
----------	--

Тиболон является альтернативой эстроген-гестагенной терапии. Тиболон не следует начинать принимать раньше, чем через 12 месяцев после последней естественной менструации. Для женщин с гистерэктомией лечение можно начинать с появлением беспокоящих симптомов. Поскольку тиболон не стимулирует эндометрий, он не требует одновременной терапии прогестагеном. Тиболон может быть предложен женщинам с высоким риском остеопороза, а также при сниженном либидо.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37902335/>

Возможно назначение МГТ при наличии миомы матки небольших размеров (с межмышечным или субсерозным расположением) при условии проведения ультразвукового исследования матки и придатков не реже 1 раза в 6 месяце мв на фоне МГТ. При обнаружении роста/увеличения количества или изменения структуры миоматозных узлов МГТ необходимо отменить.

https://pharmvestnik.ru/apps/fv/assets/storage/content/news/866/86685/menopauza_i_klimaktericheskoe_sostoyanie_u_zhenshchiny_versiya_2024_goda.pdf?ysclid=m7eg6qpogs714570023

С	При обсуждении МГТ как варианта лечения климактерических симптомов и/или профилактики остеопороза, следует учитывать стратификацию сердечно-сосудистого риска
----------	---

Риск сердечно-сосудистых событий можно стратифицировать с помощью электронных алгоритмов, таких как шкала Фрамингема (США) или шкалы SCORE Европейского общества кардиологов (ESC). При использовании шкалы SCORE, согласно категориям сердечно-сосудистого риска, рекомендуется придерживаться следующих принципов:

- Женщинам с очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (более 10%) следует получать только местное лечение эстрогенами (вагинально) в сочетании с вторичной профилактикой для управления сердечно-сосудистыми факторами риска (СРФ).
- Женщины с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (от 5 до 9%) могут получать местную заместительную гормональную терапию в сочетании с первичными или вторичными профилактическими стратегиями для сердечно-сосудистых факторов риска. Если необходима системная МГТ, трансдермальные режимы могут быть предложены на индивидуальной основе.
- Женщинам с умеренным сердечно-сосудистым риском (от 1 до 4%) может быть предложен любой тип системной МГТ, с первичными профилактическими стратегиями для лечения сердечно-сосудистых факторов риска или без них.
- Женщинам с низким сердечно-сосудистым риском (< менее 1 %) может быть предложен любой тип МГТ.

Помимо широко используемых алгоритмов стратификации сердечно-сосудистого риска, следует также учитывать специфические для женщин факторы риска, такие как наличие в анамнезе гипертензивных нарушений во время беременности или лучевая терапия при РМЖ.

[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(22\)00090-1/pdf](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf)

С	Системная МГТ не рекомендуется пациенткам с ИБС, а также с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения или транзиторной ишемической атакой. Для лечения вазомоторных симптомов у этих пациенток должна применяться негормональная терапия
----------	---

<https://www.probl-endojournals.ru/jour/article/view/13394>

А	Не рекомендуется пероральная МГТ женщинам с личным анамнезом венозной тромбоэмболии (ВТЭ)
----------	---

<https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html>

Трансдермальные формы эстрогенов имеют благоприятный профиль безопасности при повышенных рисках ВТЭО и заболеваниях гепатобиллиарной системы.

С	Рекомендуется отдавать предпочтение трансдермальному пути введения эстрогенов у женщин с климактерическими симптомами при наличии у них заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с нарушением всасываемости https://australianprescriber.tg.org.au/articles/management-of-menopause.html https://mz.mosreg.ru/dokumenty/informaciya/klinicheskie-rekomendacii/02-08-2021-11-15-50-menopauza-i-klimaktericheskoe-sostoyanie-u-zhenshch
----------	--

С	Использование трансдермального тестостерона у женщин с естественной или хирургической менопаузой, в сочетании с терапией эстрогенами или без нее, улучшает половое влечение и снижает симптомы сексуальной дисфункции Препараты трансдермального тестостерона не должны назначаться рутинно. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37902335/
----------	--

Нет указаний на обязательные сроки отмены МГТ. Тем не менее, продолжение МГТ более 5-7 лет должно основываться на индивидуальных потребностях женщины.

С	Для женщин, начавших МГТ в возрасте >45 лет и желающих рассмотреть возможность продолжения терапии в связи с сохраняющимися приливами, проблемами с качеством жизни или необходимостью профилактики остеопороза, принимать решение следует после соответствующей индивидуальной оценки преимуществ и рисков МГТ Поскольку невозможно предсказать продолжительность симптомов у отдельных женщин, можно провести тест на отмену МГТ путем постепенного снижения дозы или одномоментной отмены препарата, если это необходимо. Следует разъяснить пациентке, что постепенное снижение дозы препарата может уменьшить рецидив симптомов в краткосрочной перспективе. После прекращения МГТ женщинам с высоким риском остеопоротических переломов следует предложить негормональные препараты для здоровья костей. https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(22)00090-1/pdf
----------	--

Локальная гормональная терапия

А	Рекомендовано назначение локальной гормонотерапии, содержащей стандартную дозу эстриола 0,5 мг, женщинам в перименопаузе и постменопаузе для купирования проявлений генитоуринарного менопаузального синдрома Изолированные симптомы ГУМС (сухость влагалища, диспареуния или дискомфорт при половой жизни) являются показанием к локальной ГТ. Лечение ГУМС эстрогенами следует рассматривать как долговременную терапию, так как ограничений для перерывов и возобновления приема этих препаратов нет. Препараты для локальной ГТ представлены в виде влагалищных свечей, влагалищных кремов. Следует сообщить пациентке с симптомами вагинальной атрофии, что вагинальный эстроген можно использовать отдельно или в сочетании с негормональными увлажнителями. https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261
----------	---

Другие методы терапии

С	Рекомендуется рассмотреть когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), специфичную для менопаузы, как вариант лечения вазомоторных симптомов, в дополнение к МГТ или в качестве самостоятельной терапии при наличии противопоказаний или нежелании пациентки принимать МГТ Для КПТ женщину следует направить к психотерапевту. https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261
----------	---

С	Рекомендуется применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) женщинам с КС, имеющих противопоказания к МГТ, в том числе пациенткам с гормонозависимыми злокачественными новообразованиями, или не желающих использовать МГТ, с целью купирования вазомоторных и психоэмоциональных симптомов и улучшения сна
----------	---

К СИОЗС относятся препараты пароксетин (используемые дозы 10-20 мг/сут), флуоксетин (используемые дозы 10 мг/сут). К СИОЗСН - венлафаксин (используемые дозы 37,5-150 мг/сут). СИОЗС, СИОЗСН не следует назначать рутинно, в качестве терапии первой линии только при вазомоторных симптомах. Эти препараты предпочтительны при сочетании последних с психо-эмоциональными нарушениями.

Не следует назначать СИОЗС женщинам, принимающим тамоксифен, ввиду влияния его на метаболизм тамоксифена.

С	Рекомендуется назначение препаратов бета-аланина женщинам с вазомоторными симптомами при наличии у них противопоказаний к МГТ или иных факторов, препятствующих назначению МГТ
С	Рекомендуется применение фитоэстрогенов женщинам при наличии у них противопоказаний к МГТ или иных факторов, препятствующих ее назначению, для терапии вазомоторных симптомов легкой и средней степени тяжести

Фитоэстрогены (изофлавоны, лигнаны, куместрол и др.) - природные растительные соединения, имеющие схожие с эстрогенами свойства. Используются преимущественно как пищевые добавки. Следует объяснить пациентке, что безопасность длительного приема, качество и чистота компонентов в нерегулируемых препаратах (фитоэстрогенах) могут быть неизвестны.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

С	Не рекомендуется назначать фитоэстрогены, витамин Е или магнитные устройства для лечения вазомоторных симптомов у женщин с раком молочной железы
----------	--

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng101>

2.7. Профилактика

Специфических профилактических мероприятий в отношении пациенток в пери- и постменопаузе не разработано. Неспецифическая профилактика подразумевает физическую активность, правильное питание и ведение здорового образа жизни.

Всем женщинам в пери- и аостменопаузе рекомендуется сбалансированное питание с достаточным потреблением белка, исключение дефицита магния и цинка. Доказана очевидная польза для женщин в постменопаузе приема витамина D в дозе 800 МЕ в день и 1200- мг кальция в день с целью снижения потери костной массы. Побочные эффекты, связанные с длительным приемом добавок кальция, делают предпочтительным достаточное потребление кальция с пищевыми продуктами.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/fullguideline-559549261>

2.8. Критерии оценки качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Произведен сбор анамнестических данных	Да/Нет
2.	Произведено определение стадии репродуктивного старения по STRAW+10	Да/Нет
3.	Произведено измерение ОТ, вычисление ИМТ	Да/Нет
4.	Произведены визуальный осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет

5.	Произведен визуальный осмотр и пальпация молочных желез	Да/Нет
6.	Определен уровень ФСГ в крови у женщин до 45 лет с менопаузальными симптомами при аменорее или нерегулярных менструациях	Да/Нет
7.	Определен уровень ТТГ в крови в случае наличия затруднений при определении стадии репродуктивного старения и для дифференциальной диагностики причин олигоменореи/аменореи, атипичных вазомоторных симптомов, нарушений сна, быстрой утомляемости, колебаний веса	Да/Нет
8.	Произведено ультразвуковое исследование матки и придатков	Да/Нет
9.	Произведена рентгеновская маммография в 2 проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR женщинам в возрасте 40 лет или старше, а также по показаниям – УЗИ молочных желез; женщинам до 40 лет - УЗИ молочных желез	Да/Нет
10.	Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, количественное исследование для скрининга поражений шейки матки	Да/Нет
11.	Выполнено определение риска переломов по FRAX у женщин в постменопаузе	Да/Нет
12.	Выполнено определение МПК при помощи рентгеноденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием ДЭРА при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза/ среднего (промежуточного) риска остеопоротических переломов по FRAX	Да/Нет
13.	Выполнено определение МПК при помощи рентгеноденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием ДЭРА пациенткам с диагнозом ПНЯ	Да/Нет
14.	Произведено определение уровня 25-ОН витамина Д при наличии переломов в анамнезе/ наличии факторов риска остеопороза и при ожирении	Да/Нет
15.	Произведено дополнительное обследование перед назначением МГТ: измерение ЧСС, АД, уровень глюкозы, уровень общего холестерина	Да/Нет
16.	Перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях произведено УЗИ брюшной полости и анализ крови биохимический общетерапевтический (АЛТ, АСТ, ГГТ, общий билирубин), ХС-ЛПНП, ХСЛПВП, триглицериды	Да/Нет
17.	Перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях выполнена колоноскопия, перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях УЗ доплерография сосудов нижних конечностей	Да/Нет
18.	Перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях выполнены коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в крови	Да/Нет
19.	Перед назначением МГТ женщинам при соответствующих данных анамнеза и показаниях произведено определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови; молекулярно-генетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания)	Да/Нет

20.	Определены четкие показания/ противопоказания к назначению МГТ, подбор минимально-эффективной дозы МГТ. С пациенткой проведена беседа о пользе и потенциальных рисках МГТ	Да/Нет
21.	При наличии противопоказаний к приему МГТ пациентке предложены альтернативные методы коррекции климактерических расстройств и симптомов ГУМС	Да/Нет
22.	Произведено мониторинговое наблюдение эффективности лечения и выявление нежелательных эффектов на фоне МГТ через 3 месяца после начала лечения, и 1 раз в год в последующем	Да/Нет

3. Список литературы.

1. British Gynaecological Cancer Society and British Menopause Society guidelines. Management of menopausal symptoms following treatment of gynaecological cancer, August 2024
2. Davis SR, Taylor S, Hemachandra c, et al. the 2023 Practitioner’s toolkit for Managing Menopause. Climacteric. 2023;26(6):517–536. doi: 10.1080/13697137.2023.2258783.
3. Davis, S.R., Baber, R.J. Treating menopause — MHT and beyond. Nat Rev Endocrinol 18, 490–502 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00685-4>
4. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management/NICE guideline, 2018
5. Lambrinouadaki, Irene et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society, Maturitas, 2022, Volume 163, 1 – 14
6. Magraith K, Jang C. Management of menopause. Aust Prescr 2023;46:48–53. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2023.014>
7. Menopause: identification and management. NICE guideline, 2024
8. NICE: Menopause, Diagnosis and Management –from Guideline to Practice Guideline Summary, 2024
9. R. J. Baber, N. Panay & A. Fenton the IMS Writing Group (2016) 2016 IMS Recommendations on women’s midlife health and menopause hormone therapy, Climacteric, 19:2, 109-150, DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
10. RACGP submission to Inquiry into the issues related to menopause and perimenopause, 2024
11. RANZCOG clinical guidance: Managing menopausal symptoms, 2023
12. Л.А. Ашрафян, В.Е. Балан и соавт. Алгоритмы применения менопаузальной Гормональной терапии у женщин в период пери- и постменопаузы. Совместная позиция экспертов РОАГ, РАМ, АГЭ, РАОП, Акушерство и гинекология, 2021 г., №3, 210-221
13. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клинические рекомендации, 2024, РФ.
14. Шляхто Е.В., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Дедов И.И., Арутюнов Г.П., Сучков И.А., Орлова Я.А., Андреева Е.Н., Юренева С.В., Явелов И.С., Ярмолинская М.И., Виллевалде С.В., Григорян О.Р., Дудинская Е.Н., Илюхин Е.А., Козиолова Н.А., Сергиенко И.В., Сметник А.А., Тапильская Н.И. Российские критерии приемлемости назначения менопаузальной гормональной терапии пациенткам с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями. Согласительный документ РКО, РОАГ, РАЭ, ЕАТ, РАФ. Проблемы Эндокринологии. 2023;69(5):115-136. <https://doi.org/10.14341/probl13394>

4. ПРИЛОЖЕНИЯ

4.1. Методология разработки протокола

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Указа Президента Республики Узбекистан №5590 «О комплексных мерах по совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7.12.2018 г. и приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 52 «Об утверждении методологии разработки, утверждения, и внедрения в медицинскую практику национальных/ локальных клинических протоколов и стандартов» от 23.02.2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и Ташкентской медицинской академии.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2014-2024 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2019 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.igo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то

они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР <https://akusherstvo.uz//> Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

4.2. Шкала репродуктивного старения STRAW+10

	Менархе				Последняя менструация (0)						
Стадия	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2	
Терминология	Репродуктивный период				Менопаузальный переход		Постменопауза				
	Ранний	Расцвет	Поздний		Ранний	Поздний	Ранний		Поздний		
					Перименопауза						
Продолжительность	Различная				Различная	1–3 года	2 года (1+1)	3–6 лет	Остальной период жизни		
<i>Основные критерии</i>											
Менструальный цикл	Различный или регулярный	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения обильности/продолжительности	Различная продолжительность, стабильные колебания длительности последовательных циклов ≥ 7 дней	Период аменореи ≥ 60 дней					
<i>Подтверждающие критерии</i>											
<i>Эндокринные</i>											
ФСГ			Низкий	Различный*	↑ Различный*	↑ >25 МЕ/л**	↑ Различный*	Стабильный			
Антимюллеров гормон			Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий			
Ингибин В				Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий			
Количество антральных фолликулов			Низкое	Низкое	Низкое	Низкое	Очень низкое	Очень низкое			
<i>Описательные характеристики</i>											
Симптомы						Вазомоторные симптомы Вероятно	Вазомоторные симптомы Весьма вероятно			Усугубление симптомов урогенитальной атрофии	

Репродуктивный период (до менопаузы):

- -5 (ранняя репродуктивная стадия): регулярные циклы, нормальный уровень ФСГ.
- -4 (пиковая репродуктивная стадия): стабильные циклы, фертильность на максимуме.
- -3 (поздняя репродуктивная стадия): возможны небольшие изменения в длине цикла.

Переход к менопаузе (перименопауза):

- -2 (ранний переход к менопаузе): циклы становятся нерегулярными, возможны колебания ФСГ.
- -1 (поздний переход к менопаузе): значительные изменения длины цикла, высокий ФСГ.

Постменопауза:

- +1a (ранняя постменопауза, 0-3 года после последней менструации): гормональные изменения, повышение ФСГ, снижение эстрогена.
- +1b (средняя постменопауза, 3-7 лет после последней менструации): стабилизация уровня ФСГ.
- +1c (поздняя постменопауза, 7+ лет): стойкие изменения, снижение риска симптомов, но возрастные заболевания могут проявляться.

4.3. Оценка симптомов климактерического синдрома - шкала Грина

Шкала Грина для определения степени климактерического синдрома, включает в себя 21 симптом-вопрос с целью оценки эмоционально-психического состояния (1-11 вопросы), соматических проявлений (с 12 по 18 вопрос), вазомоторного статуса (19 и 20 вопросы) и сексуального статуса (21 вопрос).

На каждый вопрос имеется 4 варианта ответа, как и при оценке индекса Купермана:

- симптомы вовсе не беспокоят – 0 баллов,
- слегка беспокоят – 1 балл,
- беспокоят достаточно сильно – 2 балла,
- крайне выражены – 3 балла.

Список симптом-вопросов (требуется оценить их наличие и степень выраженности):

СИМПТОМЫ	НЕТ	СЛАБЫЕ	УМЕРЕННЫЕ	ТЯЖЕЛЫЕ
1. Учащенное или усиленное сердцебиение	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Ощущение напряженности и нервозности	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Расстройство сна	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Повышение возбудимости	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Панические приступы	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Трудность сосредоточиться	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Чувство усталости или отсутствия энергии	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Потеря интереса ко многим вещам	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Чувство грусти или депрессии	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Приступы слезливости	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

11. Раздражитель- ность	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Головокружение или обморочное со- стояние	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Ощущение давле- ния или стеснения в голове или иных ор- ганах	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Онемение или по- калывание различ- ных органов	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Головные боли	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. Боли в мышцах и суставах	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Онемение стоп или ног в целом	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. Тяжесть при ды- хании	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. Приливы	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. Ночная потли- вость	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
21. Снижение или от- сутствие сексуаль- ной активности	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Показатели, характерные для наличия тревожности или депрессии – 10 баллов и больше, набранные в первых 11 вопросах.

Наличие соматических расстройств – 6 и более баллов в 12-18 вопросах.

Нарушение вазомоторной функции – 4 и более балла в 19 и 20 вопросах.

4.4. Менопаузальный индекс Куппермана для оценки симптомов климактерического синдрома

Симптом	Оценка (от 0 до 3)	Коэффициент	Максимальный балл
Приливы жара	0–3	×4	12
Парестезии (онемение, покалывание)	0–3	×2	6
Бессонница	0–3	×2	6
Раздражительность	0–3	×2	6
Депрессия	0–3	×1	3
Головокружение	0–3	×1	3
Усталость	0–3	×1	3
Головная боль	0–3	×1	3
Сердцебиение	0–3	×2	6
Боли в суставах и мыш- цах	0–3	×1	3
Снижение полового вле- чения	0–3	×1	3

Расшифровка результата

- **Меньше 15 баллов** – легкая степень климактерического синдрома
- **15–30 баллов** – умеренная степень
- **Более 30 баллов** – тяжелая степень

4.5. Шкала FRAX на выявление риска переломов

Используется для подсчета 10-летней вероятности основных остеопоротических переломов (с использованием минеральной плотности кости): проксимального отдела бедренной кости, позвонка, плечевой кости или предплечья.

Источник официальный сайт разработчиков: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>

В верхней панели в разделе «Инструмент расчета» выбрать «Европа»-«Россия» и заполнить необходимые поля.

Анкета:

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст: _____ Дата рождения: год: _____ месяц: _____ день: _____

2. Пол: Мужской _____, женский _____

3. Вес (кг) _____

4. Рост (см) _____

5. Предшествующий перелом: нет _____, да _____

6. Перелом бедра у родителей: нет _____, да _____

7. Курение в настоящее время: нет _____, да _____

8. Глюкокортикостероиды: нет _____, да _____

9. Ревматоидный артрит: нет _____, да _____

10. Вторичный остеопороз: нет _____, да _____

11. Алкоголь от 3 единиц и более в день: нет _____, да _____

12. Минеральная плотность кости (МПК) _____

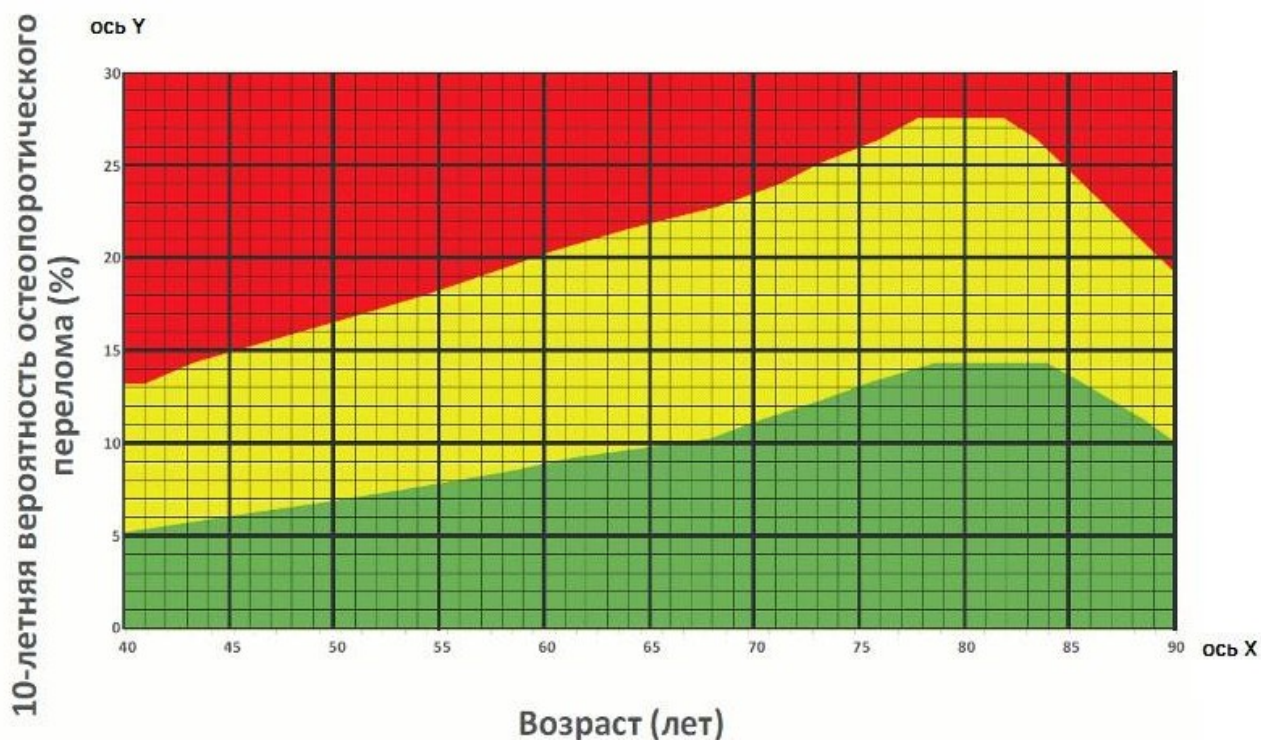
Ключ (интерпретация):

Результат оценки риска перелома в оранжевой зоне: Рекомендуется проведение двухабсорбционной рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. При выявлении остеопороза (Т-критерий < -2,5) показано назначение антиостеопоротической терапии без повторной оценки риска перелома.

Результата оценка риска перелома в красной зоне: не показано проведение двухабсорбционной рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, пациент однозначно нуждается в назначении антиостеопоротической терапии.

Результат оценки риска в зеленой зоне: не показано проведение двух-абсорбционной рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, пациент не нуждается в назначении антиостеопоротической терапии.

Таблица оценки результатов опроса по шкале FRAX



Пояснения.

Для клинических факторов риска необходимо ответить «да» или «нет». Если поле осталось незаполненным, подразумевается ответ «нет».

Возраст	Модель работает для возраста от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно.
Пол	Мужской или женский. Отметьте соответствующий.
Вес	Должен быть введен в кг.
Рост	Должен быть введен в см.
Предшествующий перелом	Предшествующий перелом означает ранее имевший место перелом у взрослого, произошедший самопроизвольно или в результате такой травмы, от которой у здорового человека перелома бы не возникло. Ответьте «да» или «нет» (см. также примечания о факторах риска).
Перелом бедра у родителей	Запрос анамнеза переломов бедра у отца или матери. Ответьте «да» или «нет».
Курение в настоящее время	Ответьте «да» или «нет» в зависимости от того, является ли сейчас пациент курильщиком (см. также примечания о факторах риска).
Глюкокортикоиды	Введите «да», если пациент принимает глюкокортикоиды пер орал в настоящее время либо принимал глюкокортикоиды пер орал более 3 мес. в дозе 5 мг по преднизолону** и больше (или эквивалентные дозы других глюкокортикоидов) (см. также описание факторов риска).
Ревматоидный артрит	Ответьте «да», если у пациента есть подтвержденный диагноз «ревматоидный артрит». В противном случае ответьте «нет» (см. также примечания о факторах риска).

Вторичный остеопороз	Введите «да», если пациент имеет заболевание с доказанной ассоциацией с остеопорозом. Это могут быть сахарный диабет I типа (инсулин-зависимый сахарный диабет), несовершенный остеогенез у взрослого, длительно нелеченный гипертиреоз, гипогонадизм или ранняя менопауза (<45 лет), хроническое недоедание или мальабсорбция и хроническое заболевание печени
Алкоголь от 3 единиц и более в день	Ответьте «да», если пациент употребляет в день 3 или более единицы алкоголя. Единица алкоголя незначительно варьируется в разных странах от 8 до 10 г алкоголя. Это соответствует стандартному бокалу пива (285 мл), одной стандартной порции крепкого спиртного (30 мл), бокалу вина средних размеров (120 мл) или одной порции аперитива (60 мл) (см. также примечания о факторах риска).
Минеральная плотность кости (МПК)	Выберите марку ЭХА денситометра, после чего введите МПК шейки бедра в г/см ² . Если МПК не исследовалась, поле надо оставить пустым

Примечания о факторах риска:

- **Предшествующий перелом.** Особая ситуация в случае предшествующего перелома позвоночника. Если перелом был выявлен только при рентгенологическом исследовании (морфометрический перелом позвонка), то он принимается за предшествующий перелом. Вместе с тем, особо сильным фактором риска является предшествующий клинически манифестный перелом позвоночника, наряду с переломом шейки бедра. Поэтому в данном случае рассчитанная вероятность перелома может быть искусственно заниженной. Кроме того, искусственно заниженной будет рассчитанная вероятность перелома при перенесенных ранее множественных переломах.
- **Курение, алкоголь, глюкокортикоиды.** Эти факторы риска возможно являются дозозависимыми. В данной модели это не учитывается, и при расчете предполагаются средние значения. При малых и больших дозах следует прибегнуть к клинической оценке.
- **Ревматоидный артрит.** Учитывается документированный диагноз ревматоидного артрита.
- **Минеральная плотность кости.** Используются данные ЭХА денситометрии в шейке бедра.

4.6. Противопоказания к МГТ.

Абсолютные противопоказания к МГТ:

- кровотечение из половых путей неясного генеза (требуют дообследования и лечения, определение противопоказаний к МГТ или их отсутствие);
- рак молочной железы (диагностированный, подозреваемый или в анамнезе);
- диагностированные или подозреваемые эстрогензависимые злокачественные новообразования (эндометрия, яичников, матки);
- острые и хронические заболевания печени в настоящее время или в анамнезе (до нормализации функциональных проб печени),
- злокачественные опухоли печени;
- тромбозы (артериальные и венозные) и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе (в том числе тромбоз глубоких вен);
- тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, ишемические или геморрагические цереброваскулярные нарушения);
- генетические тромбофилии высокого риска (дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, дефицит протеина S), антифосфолипидный синдром, наличие миомы матки с субмукозным расположением узла;
- наличие полипа эндометрия; аллергия к компонентам МГТ;

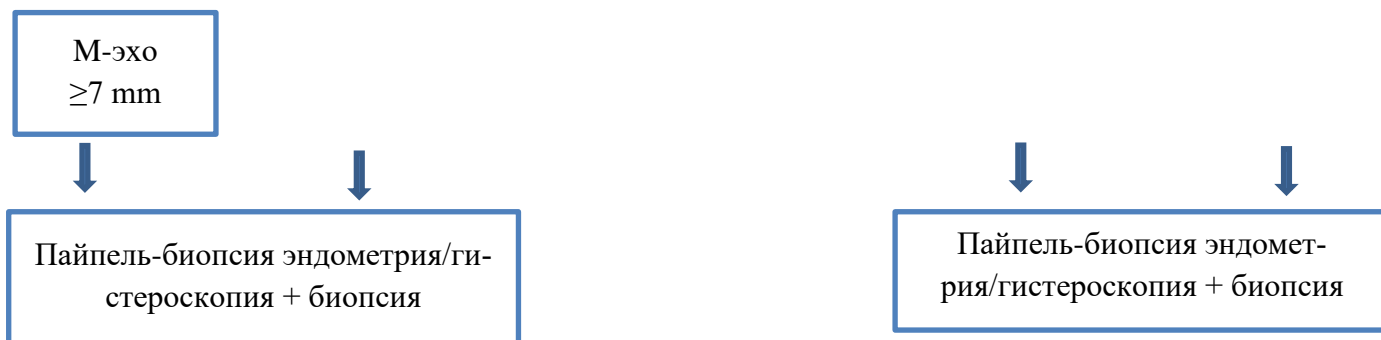
- кожная порфирия; прогестагензависимые новообразования (например, менингиома) (для гестагенов)

Относительные противопоказания к МГТ:

- длительность постменопаузы (более 10 лет на момент старта МГТ);
- курение;
- ИМТ ≥ 30 кг/м² ;
- отягощенный семейный анамнез по венозным тромбозам (ВТЭ);
- повышенный риск рака молочной железы;
- отягощенный акушерский анамнез (наличие артериальной гипертензии, преэклампсии, -гестационного диабета, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты);
- мигрень;
- неконтролируемая артериальная гипертензия;
- коллагенозы;
- эпилепсия, наличие миомы матки, эндометриоза

4.7. Алгоритм диагностического поиска у женщин с кровотечением на фоне МГТ



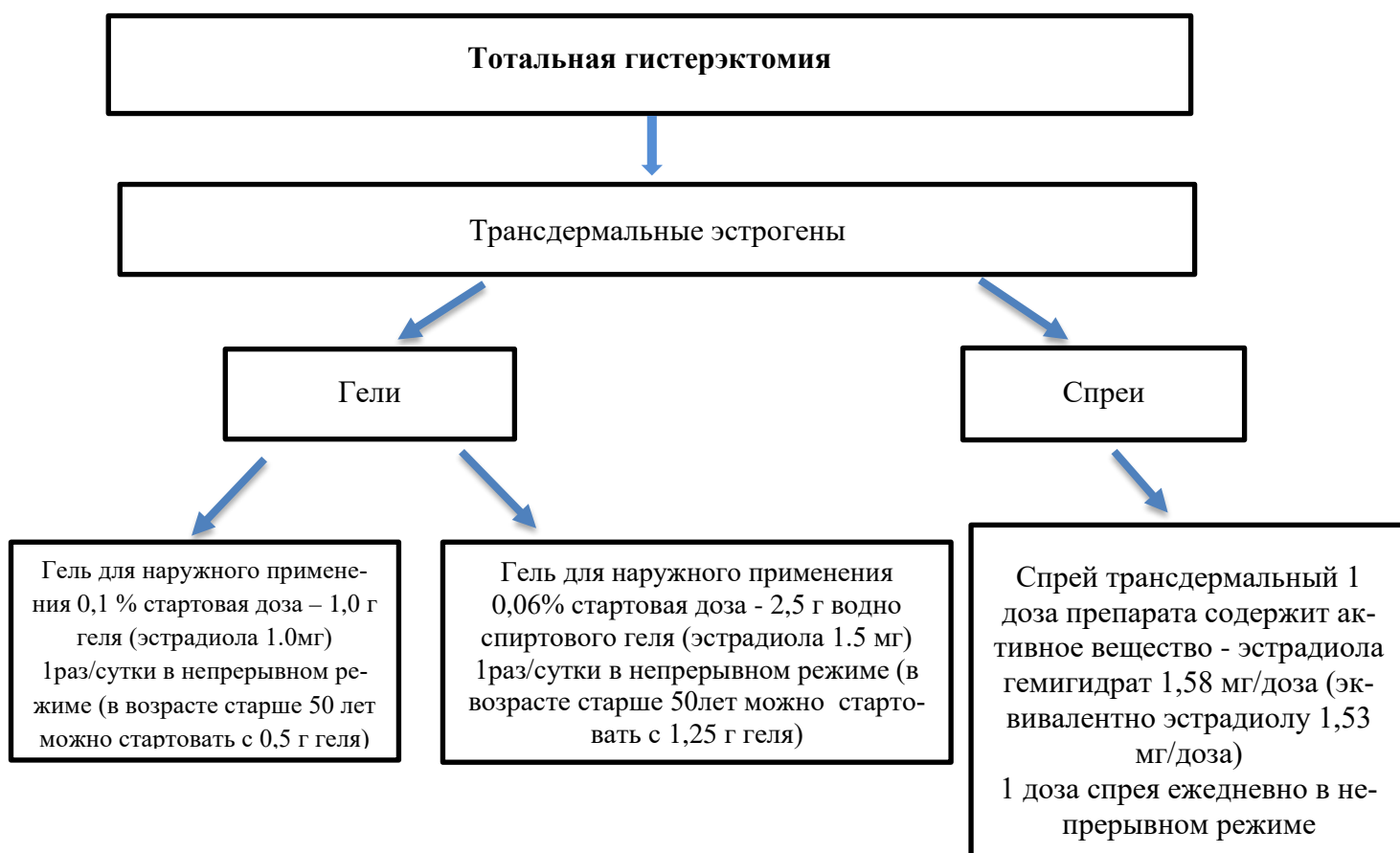


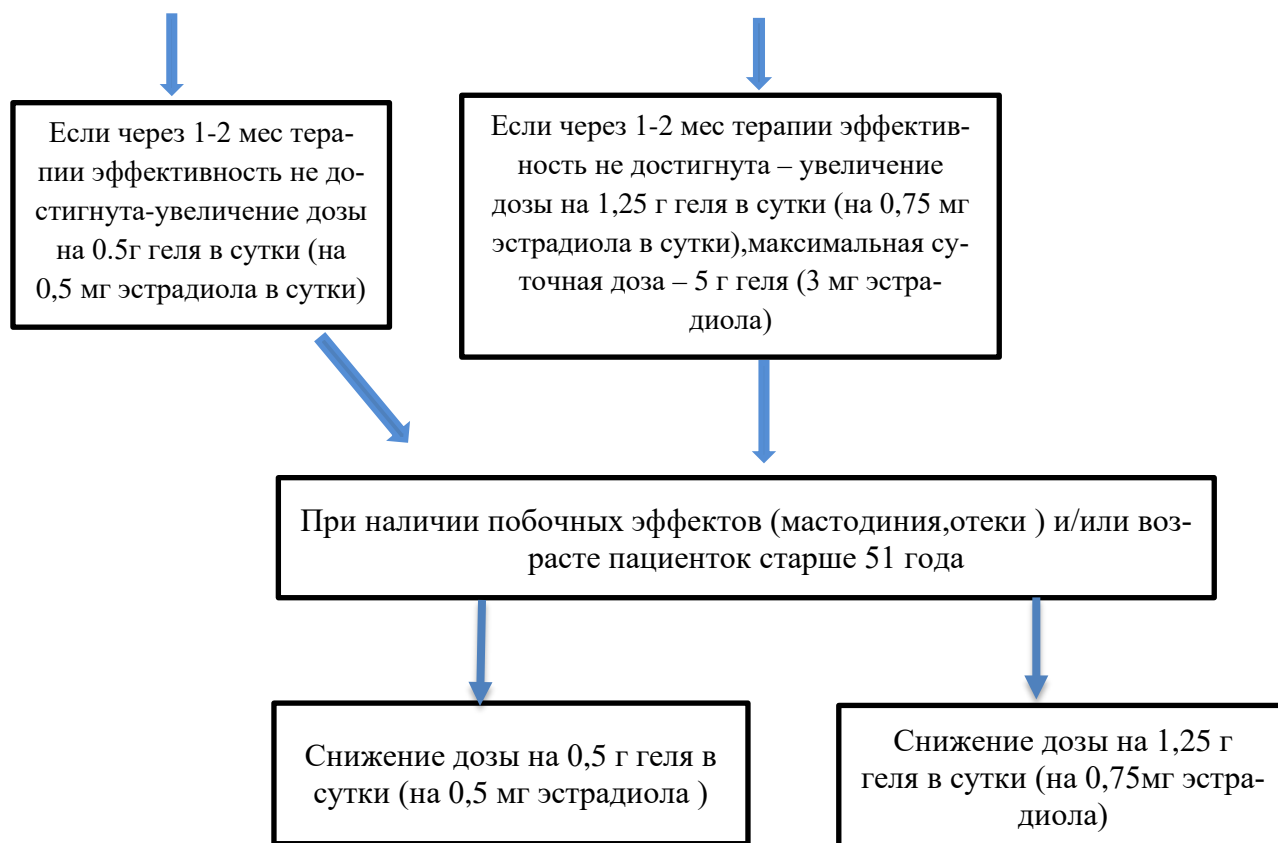
4.8. Схема лечения комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (пероральный прием)

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность при- менения
Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в циклическом режиме		
Эстрадиол 2мг/дидрогестерон 10 мг	По 1 таблетке в день в течение 28 дней	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Эстрадиол 1мг/дидрогестерон 10 мг	По 1 таблетке в день в течение 28 дней	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в непрерывном режиме (в постменопаузе)		
Эстрадиол 0,5 мг/дидрогестерон 2,5 мг	По 1 таблетке в день в течение 28 дней непрерывно	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Эстрадиол 1мг/дидрогестерон 5 мг	По 1 таблетке в день в течение 28 дней непрерывно	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям

<p>Эстрадиола 0,06% - накожный гель/ Эстрадиола 0,1% накожный гель/ Эстрадиола гемигидрат 1,58 спрей + микронизированный прогестерон (перорально или вагинально)/ дидрогестерон перорально</p>	<p>Трансдермальные формы эстрогенов назначаются в стандартной или низкой дозе. Прогестерон используется перорально или вагинально в дозе 100 мг в сутки/ гель вагинальный в дозе 90 мг 2 раза в неделю; дидрогестерон в дозе 10 мг непрерывно ежедневно, может использоваться внутриматочная система с левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ) 52 мг.</p>	<p>В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям</p>
---	--	---

4.9. Назначение трансдермальной МГТ после тотальной гистерэктомии/пангистерэктомии





4.10. Компетенции практических навыков для менеджмента менопаузальных и перименопаузальных расстройств (task shifting)

	Мед-сестра/акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Жалобы и анамнез			
Продемонстрировать умения собрать жалобы у пациента	+	+	+
Применять знания о симптомах менопаузальных и перименопаузальных расстройств при сборе анамнеза пациента	+	+	+
Сформулировать полный анамнез пациентов с менопаузальными и перименопаузальными расстройствами.		+	+
Оценка факторов риска	+	+	+
Физикальный осмотр			
Продемонстрировать компетентность при измерении антропометрических данных	+	+	+
Продемонстрировать умение измерить жизненно важные показатели (пульс, АД, сознание, дыхание, температура)	+	+	+

Продемонстрировать компетентность в проведении комплексного физикального обследования пациента, согласно рекомендациям протокола		+	+
Продемонстрировать компетентность при обследовании пациентов с менопаузальными и перименопаузальными расстройствами		+	+
Установление диагноза			
Установить диагноз менопаузальных и перименопаузальных расстройств на основании МКБ 10/11	+	+	+
Лабораторная диагностика			
Назначить базовые лабораторные анализы:	+	+	+
Интерпретация результатов базовых лабораторных анализов		+	+
Назначить дополнительные лабораторные анализы:		+	+
Интерпретация результатов дополнительных лабораторных анализов		+	+
Инструментальная диагностика			
Назначить базовые инструментальные исследования	+	+	+
Интерпретация результатов базовых инструментальных исследований		+	+
Назначить дополнительные инструментальные исследования		+	+
Интерпретация результатов дополнительных инструментальных исследований		+	+
Лечение			
Определить объем немедикаментозного лечения	+	+	+
Назначить медикаментозное лечение согласно рекомендациям протокола		+	+
Определить объем хирургических вмешательств			+
Компетенции в проведении хирургических вмешательств согласно протоколу			+
Профилактика			
Компетенции по улучшению поведения и промоции здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению приверженности к медикаментозному лечению	+	+	+

4.11. Компетенции знаний для менеджмента менопаузальных и перименопаузальных расстройств (task shifting)

	Медсестра/акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Дать определение менопаузальных и перименопаузальных расстройств	+	+	+
Описать жалобы, факторы риска, симптомы, при менопаузальных и перименопаузальных расстройствах	+	+	+
Описать терминологию, связанную с менопаузальными и перименопаузальными расстройствами		+	+
Классифицировать менопаузальные и перименопаузальные расстройства согласно МКБ 10/11	+	+	+
Описать патофизиологические механизмы менопаузальных и перименопаузальных расстройств		+	+
Описать факторы риска развития менопаузальных и перименопаузальных расстройств		+	+
Описать схему сбора анамнеза при менопаузальных и перименопаузальных расстройствах	+	+	+
Описать подходы к физикальному исследованию при менопаузальных и перименопаузальных расстройствах	+	+	+
Построить подход к диагностике менопаузальных и перименопаузальных расстройств на основе этиологии, симптомов и исследований	+	+	+
Интерпретация базовых анализов и инструментальных исследований		+	+
Построить подход к терапии		+	+
Описать немедикаментозную терапию	+	+	+
Описать медикаментозную терапию		+	+
Обсудить механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, применяемых при менопаузальных и перименопаузальных расстройствах		+	+
Обсудить патофизиологические изменения при менопаузальных и перименопаузальных расстройствах		+	+
Знать меры профилактики менопаузальных и перименопаузальных расстройств	+	+	+