

Научная статья
УДК 618.4
DOI: 10.18101/2306-1995-2022-2-29-41

АНАЛИЗ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1» ЗА 2020 ГОД

© **Ботоева Елена Аполлоновна**

кандидат медицинских наук, доцент,
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а
elenabotoeva@list.ru

© **Занданов Александр Октябрьевич**

кандидат медицинских наук, доцент,
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а

Аннотация. Одним из существующих вариантов негормональной менопаузальной терапии является применение фитоэстрогенов. Однако следует отметить, что фитоэстрогены в низких дозах практически не оказывают влияния на климактерические симптомы, а в больших дозах имитируют действие эстрогенов, а это может иметь нежелательные эффекты, свойственные гормональной терапии, что особенно опасно для женщин с РМЖ в анамнезе. Особое место среди средств негормональной терапии занимают препараты на основе экстрактов растения цимицифуга кистевидная (*Cimicifuga racemosa*). Растительные вещества, содержащиеся в экстракте корневища цимицифуги кистевидной, не связываются с рецепторами эстрогена и лишены эстрогенных эффектов на раковые клетки молочной железы и матки. Вместе с тем они уменьшают частоту приливов и способны противодействовать развитию остеопороза. Клиническое влияние *Cimicifuga racemosa* реализуется за счет дофаминергического, норадренергического, серотонинергического и ГАМК-ергического эффектов.

Ключевые слова. фитоэстрогены, фитотерапия, менопауза, здоровье, женщина.

Благодарности

Исследование проведено в рамках выполнения гранта инновационных исследований ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет им. Доржи Банзарова» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации.

Для цитирования

Ботоева Е. А., Занданов А. О. Анализ работы женской консультации ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» за 2020 год // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2022. № 2. С. 29–41.

В женской консультации ГБУЗ «Городская поликлиника № 1» имеется 15 акушерско-гинекологических участков. Среднее количество женщин на 1 участке — 2 624. В 2020 г. были расширены площади до 789,6 м² (полезная — 621,0). Работают филиалы в пос. Заречный (5 участков — 4 врача) и пос. Стеклозавод (2 участка — 1 врач). Имеются 2 дневных стационара (1 в пос. Заречный), кабинет медико-социальной помощи, УЗД, доврачебного приема, процедурные кабинеты, работали два фильтра для выявления ОРВИ.

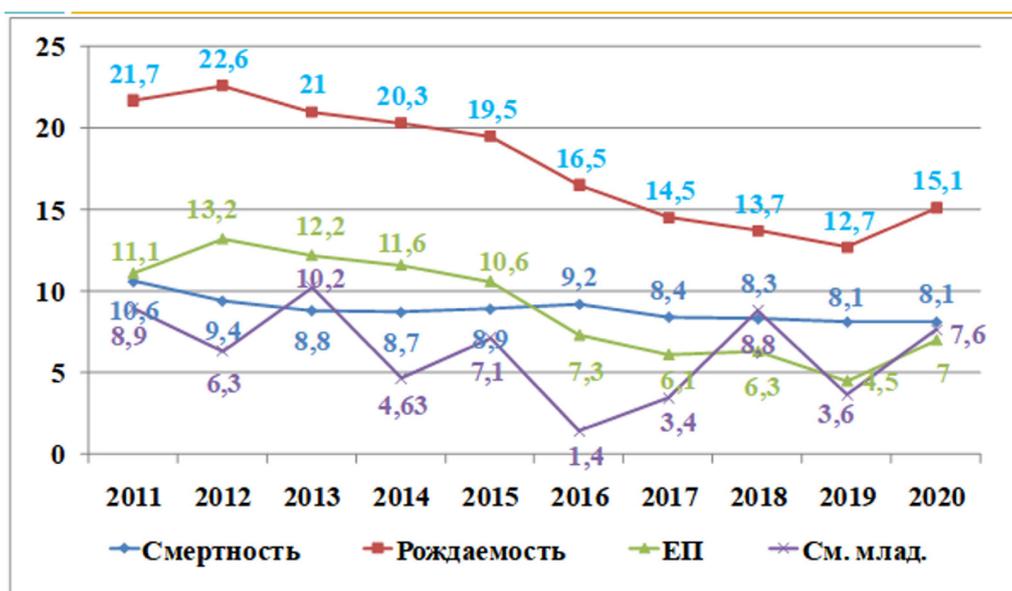
Численность женщин (всего) — 38 749, женщин фертильного возраста (ЖФВ) — 24 532.

Удельный вес ЖФВ в структуре (от всех жителей 90 023) — 27,2%.

Материнской смертности не было с 2012 г.

Всего взято под наблюдение беременных в 2020 г. 1 430 чел., что меньше по сравнению с 2018 г. на 7,1%. Ранняя явка беременных в женскую консультацию повысилась в динамике за 3 года и составила 86,4% всех вставших на учет беременных.

Демографические показатели



Динамика материнской смертности в ЖК



Распределение беременных женщин по группам перинатального риска:

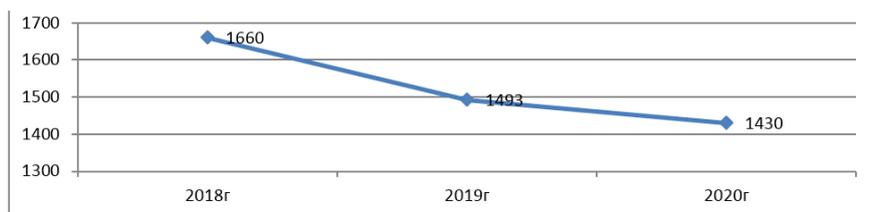
51,1% — группа низкого риска

30,0 — среднего

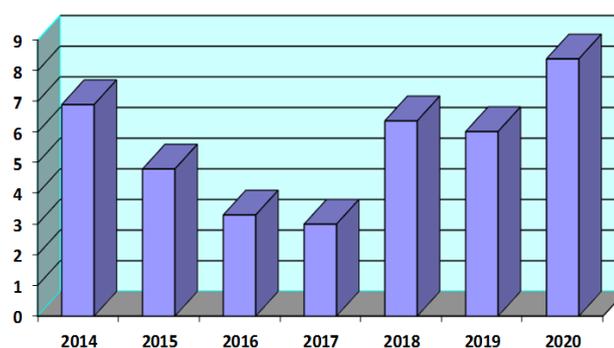
18,9% — высокого.

Отмечается снижение количества родов с 1 660 в 2018 г. до 1 430 в 2020 г. — на 13,8%.

Количество родов



Динамика перинатальной смертности



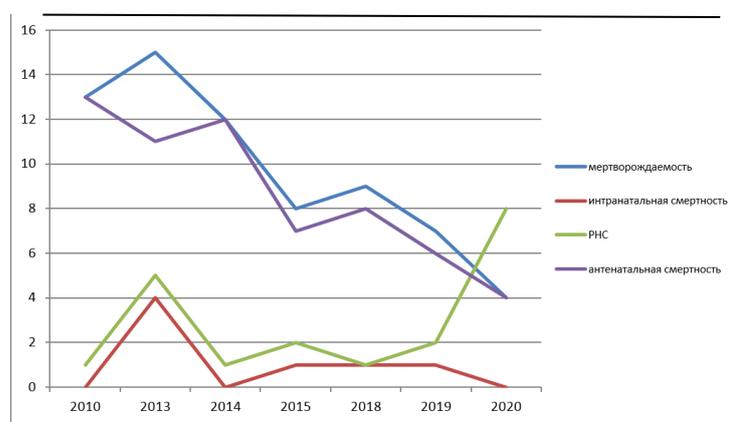
В соответствии с порядком оказания медицинской помощи критерием работы женской консультации является показатель антенатальной смертности. Число случаев антенатальной смертности в динамике за 3 года снизилось с 6 до 4, т. е. на 33%, показатель антенатальной смертности снизился с 4,8 до 2,8 (на 41%), а в динамике за 10 лет — с 13 случаев до 4, т. е. на 69% (показатель антенатальной смертности — на 65,8%). Из 4 случаев два из двойни (монохориальная двойня). Антенатальная в стационаре — 1, в женской консультации — 3. Стационарный случай: на прерывание беременности в ГПЦ госпитализирована с опозданием в 22 недели, категорически отказывалась от госпитализации и лечения, указывая, что плод нежизнеспособен.

	2020 г.		2021 г.		10 мес. 2022 г.	
	Абс. число	‰	Абс. число	‰	Абс. число	‰
Перинатальная смертность, всего % и абс. число	12	8,39	6	4,4	9	8,9
РНС	8		2		0	0
Мертворождаемость, в т. ч.:	4		4		9	8,9
- интранатальная	0		0		3	2,9

- антенатальная в стационаре	1		1		2	1,9
- антенатальная амбулаторно	3		3		4	3,9
Антенатальная вся	4		4		6	5,9

Удельный вес доношенных детей среди перинатальных потерь в 2018 г. — 50%, а в 2021 г. — 16%, 2022 г. — 11,1%.

Динамика перинатальной смертности



При этом показатель мертворождаемости снизился в динамике за последние 3 года с 5,38 до 2,8 в 2020 г., т. е. на 47,9%. Снижение мертворождаемости произошло не только за счет антенатальной смертности, в 2020 г. не было ни одного случая интранатальной смертности. Ранняя неонатальная смертность и интранатальная смертность являются критерием работы акушерского стационара. Показатель ранней неонатальной смертности в динамике за последние 3 года повысился с 0,59 до 5,6 в 2020 г. Перинатальная смертность повысилась с 10 до 12 случаев, т. е. на 20%, повышение произошло за счет ранней неонатальной смертности.

Причины перинатальной смертности

Установлено, что 100% случаев неуправляемы — первичная плацентарная недостаточность, ВПР невыявляемые и нежизнеспособные, преждевременная отслойка плаценты у монохориальной диамниотической двойни. Исчезли по сравнению с предыдущими годами причины смертности: ИЦН, АФС, гемолитическая болезнь новорожденных и тяжелая преэклампсия.

Удельный вес доношенных детей среди перинатальных потерь в 2018 г. — 50%, а в 2020 г. — 33%.

В динамике с 2019 г. отмечается снижение числа преждевременных родов с 67 до 50 в этом году. Показатель преждевременных родов в ЖК 1 низкий — 3,9%, за три года остается на одном уровне. Средний возраст женщин с ПР — 31±4 года.

Большинство преждевременных родов приходится на наиболее активный репродуктивный возраст — 19–38 лет (91,8%).

Наибольший процент преждевременных родов отмечен у тех, кто рожал в третий раз, это составляет 29% родов.

Факторами риска преждевременных родов следует считать наличие 1 и более преждевременных родов в анамнезе, 1 и более поздних выкидышей, инфекции половых путей, экстрагенитальную патологию.

При анализе невынашивания беременности выявлено, что в 17,4% случаев имелась патология репродуктивной системы: нарушения менструального цикла, истмиоцервикальная недостаточность, миома матки, вагиниты, резекция яичника.

Отмечается увеличение процента экстрагенитальной патологии у беременных с 51,3 до 63,6% всех родов.

Среди причин преждевременных родов — плацентарная недостаточность, ИЦН, инфекции. Отмечается рост в 2020 г. ПОНРП, предлежаний плаценты, рубцов на матке.

Осложнениями беременности при ПР являются: преэклампсия — 10,5%, диабетическая фетопатия — 3,5%, многоводие — 2,3%, маловодие — 2,3%, задержка развития плода — 7%.

Риски менопаузы и менопаузальная гормональная терапия (МГТ)

Путь от менархе до менопаузы в целом расценивается как процесс предсказуемого и постепенного старения женской репродуктивной системы. В настоящее время более 1/3 жизни женщины приходится на период постменопаузы. Начиная с шестого десятилетия происходят возникновение и манифестация многих хронических заболеваний, которые могут влиять как на качество, так и на продолжительность жизни женщины. Ожирение, метаболический синдром и диабет, сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз и остеоартроз, снижение когнитивных функций, расстройство интеллекта, депрессия, рак являются основными заболеваниями, сопровождающими зрелый возраст.

Начало менопаузы обуславливает возможности для проведения профилактики многих заболеваний, сопровождающих зрелый возраст, для улучшения качества жизни и повышения ее продолжительности. Профилактика отмеченных заболеваний включает модификацию образа жизни: отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя, здоровое и сбалансированное питание, регулярная физическая активность.

Особое место в стратегии профилактики заболеваний, сопровождающих женщин постменопаузального возраста, и повышения качества их жизни занимает менопаузальная терапия. Профилактика заболеваний менопаузального возраста должна начинаться со скрининга и тщательной оценки факторов риска возникновения и прогрессирования определенных заболеваний [1].

Согласно критериям STRAW+10, разработанным Рабочей группой по изучению этапов старения репродуктивной системы (Stages of Reproductive Aging Workshop — STRAW), у женщин различают три основных периода: репродуктивный, переходный (менопаузальный переход) и постменопауза.

Период менопаузального перехода в целом характеризуется высоким уровнем фолликулолестимулирующего гормона (ФСГ) (но с различными индивидуальными значениями), снижением числа антральных фолликулов, показателей антимюллерова гормона (АМГ) и ингибина В. Различают ранний и поздний этапы менопаузального перехода. Ранний этап (стадия — 2) менопаузального перехода

характеризуется ростом изменчивости продолжительности менструального цикла с колебаниями в 7 дней или более, поздний этап (стадия — 1) — возникновением аменореи длительностью 60 и более дней. Для менструальных циклов в конце менопаузального перехода характерны повышенная изменчивость продолжительности цикла, резкие колебания гормональных уровней, а также увеличение ановуляторных циклов. Уровень ФСГ на этом этапе переходного периода — более 25 МЕ/л. Возможно появление вазомоторных симптомов. Средняя продолжительность позднего этапа менопаузального перехода — от 1 до 3 лет [10].

Постменопауза в целом характеризуется высоким уровнем ФСГ, низкими уровнями АМГ и ингибина В, очень низким количеством антральных фолликулов, высокой вероятностью вазомоторных симптомов, а также явлениями урогенитальной атрофии. Различают раннюю и позднюю постменопаузу. Ранняя постменопауза в среднем длится 2 года (1+1) и подразделяется на следующие стадии: +1a, +1b и +1c. Примерно 2 года после последней менструации продолжают увеличиваться уровень ФСГ и уменьшаться уровень эстрадиола. Этапы +1a и +1b заканчиваются стабилизацией уровней ФСГ и эстрадиола. Стадия +1a соответствует завершению 12-месячного периода аменореи, необходимого для подтверждения того факта, что последний менструальный цикл действительно является завершающим. Это соответствует концу перименопаузы. Перименопауза — период до и после менопаузы, начинается на стадии — 2 менопаузального перехода и заканчивается через 12 мес. после последней менструации. Стадия +1c, по оценкам, длится от 3 до 6 лет и характеризуется периодом стабилизации высоких уровней ФСГ и низких значений эстрадиола. Таким образом, весь ранний период постменопаузы длится приблизительно от 5 до 8 лет. В поздней постменопаузе (стадия +2) на первое место выходят процессы соматического старения. Симптомы сухости влагалища и урогенитальной атрофии становятся все более распространенными в это время [27].

Важно отметить, что периоды менопаузального перехода и постменопаузы характеризуются целым рядом других особенностей, в частности, тенденцией к увеличению частоты:

- избыточной массы тела и ожирения;
- недержания мочи, урогенитальной атрофии;
- остеопороза и повышенного риска развития переломов;
- сердечно-сосудистых заболеваний;
- венозных тромбозов и повышенной коагуляции;
- нарушений функционирования центральной нервной системы;
- рака молочной железы.

Ожирение

Существуют различные точки зрения относительно связи менопаузы и формирования избыточной массы тела и ожирения. Более убедительны данные о том, что образ жизни и другие внешние факторы являются основной причиной формирования избыточной массы тела и ожирения у женщин зрелого возраста, а дефицит эстрогенов способствует увеличению висцеральной жировой ткани.

По данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, у женщин в процессе менопаузального перехода происходит увеличение висцеральной жировой ткани [2]. Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что после овариэктомии у мышей уменьшается расход энергии без изменения энергии по-

требления, отмечаются гипертрофия адипоцитов и жировая дистрофия печени [4].

Трехлетнее наблюдение за 3 064 женщинами в возрасте от 42 до 52 лет позволило установить, что средняя масса тела увеличивалась на 2,1 кг, а средняя окружность талии (ОТ) — на 2,2 см. Однако увеличение физической активности, даже незначительное, было связано с уменьшением массы тела и ОТ [5]. Анализ в общей сложности 65 381 женщины в возрасте от 50 до 75 лет свидетельствовал, что у больных с депрессией выше риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа и избыточной массы тела, с другой стороны, также отмечено, что у женщин с СД 2-го типа выше риск развития депрессии [6].

Концепция профилактики и лечения ожирения в постменопаузе в теоретическом аспекте очень проста и логична — меньше есть и больше заниматься физическими упражнениями. К сожалению, данная концепция невероятно трудно реализуется [11].

Венозные тромбозы

Вместе с тем важно отметить, что риск развития венозного тромбоза увеличивается как с возрастом, так и с наличием ожирения, особенно у категории женщин, принимающих МГТ. Тромбоз и ожирение (или избыточная масса тела) тесно взаимосвязаны между собой и отчасти имеют общую генетическую природу [8]. Вышеуказанный факт обуславливает поиск негормональных методов лекарственной терапии женщин в период менопаузального перехода и постменопаузы с ожирением и менопаузальными симптомами.

Дефицит эстрогенов после менопаузы, как известно, приводит к атрофическим изменениям и может быть связан с такими проявлениями нарушения функции нижних мочевых путей, как частое и urgentное мочеиспускание, никтурия, недержание мочи и рецидивирующие инфекции. Указанные симптомы могут быть сопряжены с явлениями диспареунии, зуда, жжения и вагинальной сухости, урогенитальной атрофии [19].

Однако в настоящее время не признается роль системной терапии эстрогенами у женщин с частым стрессовым недержанием мочи [3].

Тренировка мышц тазового дна предлагается в качестве первой линии консервативной терапии женщинам со стрессовым, urgentным или смешанным вариантами недержания мочи (степень рекомендации А).

При стрессовом недержании мочи рассматривается также вариант присоединения дулоксетина (степень рекомендации С) [13].

Остеопороз

Остеопороз определяется как системное скелетное заболевание, характеризующееся снижением прочности костной ткани, приводящее к повышенному риску переломов. Трещины и переломы могут возникать в результате минимальной травмы, например, падения с высоты собственного тела. Наиболее распространенные переломы, связанные с остеопорозом, — переломы позвонков. Среди других переломов, ассоциированных с остеопорозом, отмечаются переломы бедра, запястья, таза, крестца, ребер, грудины, ключицы и плечевой кости. Все указанные виды переломов сопровождаются болевым синдромом, могут приводить к инвалидности, а также повышают показатели заболеваемости и смертности [12].

Прочность костной ткани зависит от особенностей ремоделирования и взаимодействия между остеокластами и остеобластами. Ремоделирование костной ткани в том числе регулируется системными гормонами: эстрогенами, андрогенами, паратиреоидным гормоном, фолликулостимулирующим гормоном, тиреотропным гормоном с участием цитокинов и факторов роста [18].

Применение фармакологических средств для лечения и профилактики остеопороза должно основываться на индивидуальной оценке 10-летней вероятности перелома, которая проводится с использованием интегрированной модели факторов риска ФРАКС (FRAX®) [5].

В целом МГТ является эффективным средством профилактики переломов в ранней постменопаузе [10]. Однако влияние МГТ на минеральную плотность костной ткани снижается после прекращения терапии с непредсказуемой скоростью [14].

Рекомендуемое потребление с пищей кальция у женщин постменопаузального возраста составляет 1000–1500 мг, а витамина D–800–1000 МЕ. Следует отметить, что рутинное применение препаратов кальция необходимо ограничить вследствие того, что повышенное поступление кальция может привести к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В частности, согласно данным метаанализа, 11 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которое вошли 12 000 женщин, повышенное поступление кальция (без витамина D) повышало риск развития инфаркта миокарда (на 30%), инсульта и/или внезапной смерти, что, по-видимому, может быть следствием кальциноза сосудов, приводящего к развитию или прогрессированию ССЗ [19].

Сердечно-сосудистые заболевания

У женщин постменопаузального возраста основной причиной инвалидизации и смертности являются ССЗ [5].

С целью оценки роли МГТ во вторичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) было проведено плацебо-контролируемое РКИ, в котором приняли участие 276 женщин моложе 80 лет (средний возраст составил 66,7 года) в менопаузе с интактной маткой и ИБС. Средний период наблюдения продолжался 0,8 года. Было установлено, что МГТ не снижает частоту коронарных событий у женщин постменопаузального возраста. Кроме того, отмечено увеличение частоты тромбозов и заболеваний желчного пузыря. В связи с этим авторы не рекомендуют начинать МГТ с целью вторичной профилактики ИБС у определенной возрастной категории женщин [9].

Инсульт

Инсульт остается главной причиной длительной инвалидизации у взрослых и третьей ведущей причиной смерти среди женщин [15]. Во многих развивающихся странах инвалидность и смертность от инсульта превышают аналогичные показатели по ИБС [2].

Факторы риска развития инсульта включают артериальную гипертензию, курение, повышенное соотношение талия — бедро, нездоровое питание, отсутствие регулярной физической активности, СД, высокий уровень потребления алкоголя, психосоциальный стресс или депрессию, фибрилляцию предсердий и другие болезни сердца, а также повышенный коэффициент соотношения апополипротеина В к апополипротеину А1 [7]. Частота инсульта неуклонно возрастает с возрастом [9].

С целью оценки влияния орального и трансдермального пути введения эстрогенов на риск развития инсульта был проведен анализ наблюдений за 883 женщинами в возрасте 50–79 лет (ранее перенесенный инсульт являлся диагнозом исключения из исследования). Было выявлено, что пероральный прием эстрогенов как в низкой, так и в высокой дозе сопровождался повышением частоты инсульта [22].

Венозная тромбоэмболия

Риск венозной тромбоэмболии является наиболее значимым риском МГТ. Оральные эстрогены дозозависимо повышают риск венозной тромбоэмболии путем увеличения выработки тромбина и формирования резистентности к активированному протеину С. Трансдермальные эстрогены оказывают меньшее влияние на гемостаз. Применение оральных эстрогенов еще более повышает риск венозных тромбоэмболий у женщин с ожирением или тромбогенными мутациями. Риск венозных тромбоэмболий при МГТ также зависит от прогестагенного компонента, в частности, риск выше у женщин, использующих МПА, по сравнению с применением других прогестинов, например, микронизированного прогестерона [15].

Риск венозных тромбозов, связанных с оральной гормональной терапией, может отличаться в зависимости от типа эстрогенов. В частности, результаты сравнительного анализа 92 женщин, принимавших эстрадиол, и 48 женщин, принимающих КЛЭ (средний возраст — 64,1 года, средний ИМТ — 29,1), показали, что у женщин, принимавших КЛЭ, были большие пиковые значения генерации тромбина и эндогенного тромбинового потенциала, а также снижение общего протеина S [20].

Снижение когнитивных функций

Данные систематического обзора и метаанализа исследований о влиянии возраста на когнитивные функции свидетельствуют о том, что снижение уровня эстрогена связано со снижением когнитивных функций, а также с повышенным риском депрессивных расстройств, более выраженных у женщин в пери- и постменопаузе, чем у женщин в пременопаузе [23].

Хирургическая менопауза может сопровождаться когнитивными нарушениями, которые в первую очередь влияют на вербальную эпизодическую память. Применение эстрогенов может оказывать краткосрочное положительное влияние на когнитивные функции, если терапия проведена вовремя или вскоре после овариэктомии [16].

Симптомы менопаузы и фитотерапия

Таким образом, с учетом выявленных отрицательных аспектов МГТ у категории женщин с менопаузальными симптомами и факторами онкологического или тромботического риска следует отдавать предпочтение негормональной лекарственной менопаузальной терапии.

Одним из существующих вариантов негормональной менопаузальной терапии является применение фитоэстрогенов. Однако следует отметить, что фитоэстрогены в низких дозах практически не оказывают влияния на климактерические симптомы, а в больших дозах имитируют действие эстрогенов, а это может иметь нежелательные эффекты, свойственные гормональной терапии, что особенно опасно у женщин с РМЖ в анамнезе.

Особое место среди средств негормональной терапии занимают препараты на основе экстрактов растения цимицифуга кистевидная (*Cimicifuga racemosa*). Растительные вещества, содержащиеся в экстракте корневища цимицифуги кистевидной, не связываются с рецепторами эстрогена и лишены эстрогенных эффектов на раковые клетки молочной железы и матки. Вместе с тем они уменьшают частоту приливов и способны противодействовать развитию остеопороза. Клиническое влияние *Cimicifuga racemosa* реализуется за счет дофаминергического, норадренергического, серотонинергического и ГАМК-ергического эффектов [21].

Данные систематического обзора свидетельствуют о том, что негормональные методы лечения вазомоторных симптомов у женщин в пери- и постменопаузе, в том числе применение *Cimicifuga racemosa*, характеризуются не только положительным соотношением риска и пользы, но и высокой клинической эффективностью, особенно у категории пациенток с РМЖ в анамнезе [24].

Результаты применения *Cimicifuga racemosa* при вазомоторных симптомах у женщин в постменопаузе показали значительное снижение менопаузального индекса Куппермана. Особенно эффективно применение *Cimicifuga racemosa* оказалось против приливов, ночной бессонницы и тревоги [25]. Отмечено увеличение уровня липопротеинов высокой плотности ($p < 0,04$), обладающих антиатерогенными свойствами, у женщин, получавших *Cimicifuga racemosa*. Уровни триглицеридов не менялись в обеих группах женщин. Показатели ФСГ, ЛГ и кортизола существенно не изменились после трехмесячного лечения, в то время как уровни пролактина ($p < 0,005$) и 17-бета-эстрадиола (E2) ($p < 0,001$) были немного увеличены у женщин, принимающих трансдермальный эстрадиол. Толщина эндометрия существенно не отличалась у женщин, принимающих *Cimicifuga racemosa* или низкие дозы трансдермального эстрадиола. В заключение авторы утверждают, что *Cimicifuga racemosa* (40 мг/сут) может быть реальной альтернативой низкой дозы трансдермального эстрадиола в лечении женщин с климактерическими жалобами, у которых оказалось неэффективным применение трансдермального эстрадиола или имеет место отказ принимать гормональное средство [1; 27].

Было выявлено, что *Cimicifuga racemosa* значительно более эффективна, чем плацебо ($p < 0,001$). Авторы особо отмечают, что лечебная эффективность приема *Cimicifuga racemosa* значительно зависит от времени появления климактерических симптомов ($p = 0,014$) и уровня ФСГ ($p = 0,011$): в частности, у женщин в периоде менопаузального перехода в ранней фазе климактерического периода более выражен положительный эффект применения *Cimicifuga racemosa*, чем в постменопаузальном периоде [26].

Результаты двойного слепого плацебоконтролируемого РКИ свидетельствуют, что применение *Cimicifuga racemosa* в течение 4–8 нед. способствует значительно большему улучшению вазомоторных, психических, физических и сексуальных климактерических симптомов у женщин в период ранней менопаузы, чем плацебо [17; 26].

Недавно проведенное рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование у женщин с нарушением сна позволило зарегистрировать значительные положительные полисомнографические изменения и снижение частоты пробуждения после начала сна (WASO), а также повышение индекса

качества сна (Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)) у пациенток в постменопаузе (45–60 лет), принимающих *Cimicifuga racemosa* [16].

У женщин с климактерическим синдромом и РМЖ в анамнезе *Cimicifuga racemosa* может быть альтернативой МГТ [57]. Экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что *Cimicifuga racemosa* снижает риск развития остеопороза, возможно, путем влияния на функциональную активность структур костного мозга и уменьшения секреции провоспалительных цитокинов [21, 24].

Важно отметить, что недавно проведенный тщательный анализ и пересмотр всех плацебоконтролируемых клинических исследований относительно применения *Cimicifuga racemosa* свидетельствуют об однозначной эффективности ее применения при климактерическом синдроме (стандартизированное среднее различие 0,385 в пользу *Cimicifuga racemosa*, $p < 0,0001$) [25].

Таким образом, применение лекарственной негормональной менопаузальной терапии с препаратами, содержащими *Cimicifuga racemosa*, имеет ряд неоспоримых преимуществ в подавлении менопаузальных симптомов, при этом лишено каких-либо значимых побочных эффектов.

Литература

1. Prevention of diseases after menopause / R. A. Lobo, S. R. Davis, de Villiers T. J. et al. // *Climacteric*. 2014. Vol. 17. P. 540–556.
2. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging / S. D. Harlow, M. Gass, J. E. Hall et al. // *J Clin Endocrinol Metab*. 2012. Vol. 97(4). P. 1159–1168.
3. The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: a Montreal-Ottawa New Emerging Team group study / J. Abdunour, E. Doucet, M. Brochu et al. // *Menopause*. 2012. Vol. 19(7). P. 760–767.
4. Reduced energy expenditure and increased inflammation are early events in the development of ovariectomy-induced obesity / N. Rogers, J. W. Perfield, K. J. Strissel et al. // *Endocrinology*. 2009. Vol. 150(5). P. 2161–2168.
5. Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation / B. Sternfeld, H. Wang, C. P. Quesenberry et al. // *Am J Epidemiol*. 2004. Vol. 160(9). P. 912–922.
6. Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women / A. Pan, M. Lucas, Q. Sun et al. // *Arch Intern Med*. 2010. Vol. 170. P. 1884–1891.
7. Dubnov-Raz G., Pines A., Berry E. M. Diet and lifestyle in managing postmenopausal obesity // *Climacteric*. 2007. Vol. 10 (Suppl 2). P. 38–41.
8. A genomewide study of body mass index and its genetic correlation with thromboembolic risk. Results from the GAIT project / J. C. Souto, G. Pena, A. Ziyatdinov et al. // *Thromb Haemost*. 2014. Vol. 112(5). P. 1036–1043.
9. Robinson D., Tooze-Hobson P., Cardozo L. The effect of hormones on the lower urinary tract // *Menopause Int*. 2013. Vol. 19(4). P. 155–162.
10. Baber J., Panay N., Fenton A. The IMS Writing Group 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // *Climacteric*. 2016. Vol. 19(2). P. 109–150.
11. Adult conservative management. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence* / K. Moore, C. Dumoulin, C. Bradley et al. Paris: Health Publications Ltd. 2013. P. 1101–1228.
12. De Villiers T. J. Bone health and osteoporosis in postmenopausal women // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009. Vol. 23. P. 73–85.

13. URL: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX>.
14. Two to three years of hormone replacement therapy in healthy women have long-term prevention effects on bone mass and osteoporotic fractures: the PERF study / Y. Z. Bagger, L. B. Tanko, P. Alexandersen et al. // *Bone*. 2004. Vol. 34. P. 728–731.
15. Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis / M. J. Bolland, A. Avenell, J. A. Baron et al. // *BMJ*. 2010. Vol. 341. P. 3691.
16. Maruthur N. M., Wang N.-Y., Appel L. J. Lifestyle interventions reduce coronary artery disease risk. Results from the PREMIER trial // *Circulation*. 2009. Vol. 119. P. 2026–2031.
17. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group / S. Hulley, D. Grady, T. Bush et al. // *JAMA*. 1998. Vol. 280. P. 605–613.
18. Lethbridge-Çejku M., Vickerie J. Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2003 // *Vital and Health Statistics*. 2005. Vol. 10. P. 225.
19. Kim A. S., Johnston S. C. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease // *Circulation*. 2011. Vol. 124. P. 314–323.
20. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study / M. J. O'Donnell, D. Xavier, L. Liu et al. // *Lancet*. 2010. Vol. 376. P. 112–123.
21. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century / V. L. Feigin, C. M. Lawes, D. A. Bennett, C. S. Anderson // *Lancet Neurol*. 2003. Vol. 2. P. 43–53.
22. Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke: a nested case-control study / C. Renoux, S. Dell'aniello, E. Garbe et al. // *BMJ*. 2010. Vol. 340. P. 2519.
23. Scarabin P. Y. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women // *Front Horm Res*. 2014. Vol. 43. P. 21–32.
24. Women's Health Initiative Investigators. Estrogen plus progestin and risk of venous thrombosis / M. Cushman, L. H. Kuller, R. Prentice et al. // *JAMA*. 2004. Vol. 292. P. 1573–1580.
25. Venous thrombosis and conjugated equine estrogen in women without a uterus / J. D. Curb, R. L. Prentice, P. F. Bray et al. // *Arch Intern Med*. 2006. Vol. 166. P. 772–780.
26. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials / J. E. Manson, R. T. Chlebowski, M. L. Stefanick et al. // *JAMA*. 2013. Vol. 310. P. 1353–1368.
27. Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens / N. L. Smith, M. Blondon, K. L. Wiggins et al. // *JAMA Intern Med*. 2014. Vol. 174. P. 25–31.

Статья поступила в редакцию 23.11.2022; одобрена после рецензирования 29.11.2022; принята к публикации 01.12.2022.

ANALYSIS OF THE WORK OF THE WOMAN CLINIC OF THE CITY POLYCLINIC NO 1 FOR 2020

Elena A. Botoeva

PhD, Associate Professor, Head of the Department
Dorzhi Banzarov Buryat State University
36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670000, Russia
elenabotoeva@list.ru

Alexandr O. Zandanov

PhD, Associate Professor, Director of the Medical institute
Dorzhi Banzarov Buryat State University
36a Oktyabrskaya St., Ulan-Ude 670000, Russia
medbsurf@mail.ru

Abstract. One of the existing options for non-hormonal menopausal therapy is the use of phytoestrogens. However, it should be noted that phytoestrogens in low doses have practically no effect on climacteric symptoms, and in large doses mimic the effect of estrogens, and this may have undesirable effects inherent in hormone therapy, which is especially dangerous in women with a history of breast cancer.

A special place among the means of non-hormonal therapy is occupied by preparations based on extracts of the cimicifuga racemosa plant. The plant substances contained in the rhizome extract of the racemose cimicifuga do not bind to estrogen receptors and lack estrogenic effects on breast and uterine cancer cells. At the same time, they reduce the frequency of hot flushes and are able to counteract the development of osteoporosis. The clinical impact of Cimicifuga racemosa is realized through dopaminergic, noradrenergic, serotonergic and GABA-ergic effects.

Keywords: Phytoestrogens, herbal therapy, menopause, health, woman.

For citation

Botoeva E. A., Zandanov A. O. Analysis of the work of the woman clinic of the city polyclinic no 1 for 2020. Bulletin of Buryat State University. Medicine and Pharmacy. 2022; 2: 29–41 (In Russ.).

The article was submitted 22.11.2022; approved after reviewing 29.11.2022; accepted for publication 01.12.2022.