Менопауза и климактерическое состояние у женщины

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N95.1, N95.2, N95.3, N95.8, N95.9 · Российское общество акушеров-гинекологов

Менопауза — последняя самостоятельная менструация; диагноз естественной менопаузы устанавливают ретроспективно после 12 последовательных месяцев аменореи. Рекомендация посвящена диагностике симптомов пери- и постменопаузы, оценке рисков и индивидуальному выбору гормональной или негормональной терапии.

Главное

- Менопауза бывает самопроизвольной (естественной) или наступившей в результате двухсторонней овариоэктомии либо химио-/лучевой терапии; по времени наступления выделяют преждевременную — до 40 лет, раннюю — 40–44 года, своевременную — 45–55 лет и позднюю — после 55 лет.
- Основные симптомы — приливы и ночная потливость, нарушения сна и настроения, снижение памяти и концентрации, сухость влагалища, диспареуния, дизурия, миалгии и артралгии.
- Системную МГТ назначают при вазомоторных симптомах средней и тяжелой степени, существенно снижающих качество жизни, а также при симптомах ГУМС и сексуальной дисфункции (УУР А, УДД 1).
- Системную МГТ целесообразно начинать у женщин младше 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет; выбирают минимальную эффективную дозу и ежегодно пересматривают соотношение пользы и риска.
- Абсолютные противопоказания к МГТ включают неуточненное кровотечение из половых путей, рак молочной железы или подозрение на него, эстрогензависимые опухоли, тромбозы и тромбоэмболии в настоящее время или в анамнезе, острые или хронические заболевания печени в настоящее время или в анамнезе до нормализации функциональных проб печени, полип эндометрия и субмукозную миому.
- Для профилактики осложнений важны регулярная физическая активность, снижение массы тела при ее избытке, здоровое питание и отказ от курения; целевой объем аэробной нагрузки — не менее 150 минут умеренной или 75 минут высокой интенсивности в неделю.

Диагностика

1. Соберите сведения о менструальном цикле, дате последней менструации, вазомоторных, психоэмоциональных, урогенитальных и скелетно-мышечных симптомах, а также о факторах риска рака, сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Тяжесть симптомов можно оценить по шкале Грина.
2. Определите стадию репродуктивного старения по STRAW+10. Классификация неприменима при синдроме поликистозных яичников, преждевременной недостаточности яичников, после гистерэктомии или абляции эндометрия, а также при использовании ВМС-ЛНГ или КОК.
3. Проведите осмотр наружных половых органов и бимануальное влагалищное исследование, осмотр и пальпацию молочных желез, измерьте окружность талии, массу тела, рост и ИМТ.
4. Гормональные анализы нужны при затруднении определения стадии. У женщин младше 45 лет с симптомами, аменореей или нерегулярными менструациями, а также у женщин младше 45 лет после гистерэктомии без придатков ФСГ исследуют дважды: на 2–5-й день двух последовательных циклов или при аменорее — в любой день с интервалом 4–6 недель. ТТГ и пролактин используют для дифференциальной диагностики.
5. Всем пациенткам проводят ПАП-тест и количественное определение ДНК ВПЧ высокого канцерогенного риска методом ПЦР по правилам цервикального скрининга (УУР А, УДД 1). При симптомах ВВА определяют вагинальный pH, а при признаках ГУМС исследуют микробиоту влагалища.
6. У женщин в постменопаузе старше 40 лет оценивают 10-летний риск переломов по FRAX. При переломах низкой энергии, факторах риска остеопороза или промежуточном риске FRAX выполняют ДЭРА позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.
7. Перед системной МГТ проводят УЗИ органов малого таза, обследование молочных желез, измерение АД, общий и биохимический анализы крови, оценку липидов и углеводного обмена. При толщине эндометрия

более 4 мм в постменопаузе необходимы гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием либо аспирационная биопсия.

Лечение

- МГТ подбирают индивидуально с учетом возраста пациентки, стадии репродуктивного старения, гинекологических заболеваний, коморбидных состояний, предпочтений женщины, выраженности симптомов и результатов соответствующих исследований; используют минимальную эффективную дозу и корректируют ее по эффективности и переносимости (УУР С, УДД 5).
- При интактной матке в перименопаузе применяют циклическую комбинированную эстроген-гестагенную МГТ, обычно начиная через 6 месяцев после последней менструации; по согласованию с врачом — не ранее 3 месяцев. Микронизированный прогестерон используют по 200–300 мг/сут, дидрогестерон — по 10–20 мг/сут не менее 10–14 дней.
- В постменопаузе при интактной матке непрерывную монофазную комбинированную МГТ начинают не ранее чем через 12 месяцев после последней менструации; пероральная низкая доза эстрадиола составляет 1 мг, ультранизкая — 0,5 мг. При трансдермальном введении в ранней постменопаузе используют 1,5 мг эстрадиола 0,06% геля или 1 мг эстрадиола 0,1% геля с последующим снижением дозы через 3–5 лет.
- После тотальной гистерэктомии возможна непрерывная монотерапия эстрогенами; после надвлагалищной ампутации матки, а также при аденомиозе или распространенном наружном генитальном эндометриозе в анамнезе используют комбинированную терапию или тиболон (УУР С, УДД 5).
- Для симптомов ГУМС предпочтителен вагинальный эстриол 0,5 мг: ежедневно 2–4 недели, затем 2 раза в неделю длительно (УУР А, УДД 1). Возрастных ограничений для этой терапии нет; дополнительный прогестаген при локальном эстриоле не требуется.
- При противопоказаниях к МГТ или отказе от нее для приливов и психоэмоциональных симптомов применяют СИОЗС/СИОЗСН: пароксетин 10–20 мг/сут, циталопрам 10–20 мг/сут, эсциталопрам 10–20 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут или венлафаксин 37,5–150 мг/сут. Обычно курс составляет 3–6 месяцев, отмена — с постепенным снижением дозы не менее 2 недель (УУР А, УДД 1).
- При легких и среднетяжелых приливах, когда МГТ противопоказана, возможны экстракт цимицифуги кистевидной или бета-аланин; полипептиды эпифиза применяют при противопоказаниях или отказе от МГТ, но они противопоказаны при предраковых и злокачественных заболеваниях (УУР В, УДД 1; УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 2 соответственно).
- Для коррекции симптомов ГУМС используют негормональные лубриканты, увлажнители пролонгированного действия и тренировку мышц тазового дна (УУР В, УДД 2). Снижение массы тела, когнитивно-поведенческая терапия, клинический гипноз и акупунктура могут уменьшать приливы и улучшать сон или настроение.

Когда направить и как наблюдать

- При выявлении коморбидных состояний направьте пациентку к профильному специалисту; при сердечно-сосудистых или метаболических рисках нужна консультация врача терапевтического профиля.
- При узловых образованиях молочных желез, BI-RADS не 1–2, высокой плотности молочных желез ACR C или D либо других значимых факторах риска перед МГТ нужна консультация онколога или маммолога.
- При толщине эндометрия более 4 мм в постменопаузе направьте на гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием либо аспирационную биопсию; при субмукозной миоме или полипе эндометрия сначала проводят оперативное лечение и патологоанатомическое исследование.
- Стационарное лечение менопаузы и климактерического состояния не предусмотрено.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз менопаузы без анализа ФСГ?

Естественную менопаузу устанавливают клинически и ретроспективно после 12 последовательных месяцев аменореи.

Когда начинать МГТ?

Системную МГТ рассматривают у женщин младше 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет; оптимальный период — перименопауза и ранняя постменопауза. При преждевременной недостаточности яичников заместительную терапию начинают как можно раньше после постановки диагноза при отсутствии противопоказаний.

Нужен ли прогестаген женщине с маткой?

При системной МГТ у женщин с интактной маткой назначают комбинированную эстроген-гестагенную терапию. После тотальной гистерэктомии допустима монотерапия эстрогенами; после надвлагалищной ампутации матки требуется комбинированная терапия или тиболон.

Как лечить сухость влагалища и диспареунию?

При ГУМС применяют локальный эстриол 0,5 мг ежедневно 2–4 недели, затем дважды в неделю длительно. Локальная терапия может применяться совместно с лубрикантами.

Чем заменить МГТ при раке молочной железы или другом противопоказании?

Для приливов и психоэмоциональных симптомов используют СИОЗС или СИОЗСН; при легких и среднетяжелых приливах возможны цимицифуга или бета-аланин. Также применяют полипептиды эпифиза.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/117-menopauza-i-klimaktericheskoe-sostoyanie-u-zhenshchiny. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/117_3