

ISSN 2303-9698 • Print  
ISSN 2658-7408 • Online

Том 10  
№ 3, 2022

ТЕМА НОМЕРА

Версии и контраверсии в акушерстве и гинекологии

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Ятрогенная недоношенность  
и маловесность

Гестационный сахарный диабет

Генитальный пролапс

COVID-19 у беременных

Индукция родов

Воспалительные заболевания  
органов малого таза

Гипоэстрогемия



<http://acu-gin-journal.ru>



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»





**ПАРАФАРМ**

# ФЕМО-КЛИМ

**НАТУРАЛЬНОЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЕ СРЕДСТВО  
ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ**

- ❖ Облегчает проявления климакса, в том числе сокращает частоту и силу приливов;
- ❖ способствует возмещению дефицита эстрогенов и тестостерона;
- ❖ способствует снижению повышенной утомляемости у женщин в менопаузе;
- ❖ стабилизирует психоэмоциональное состояние;
- ❖ снижает риск быстрого набора веса, характерный для менопаузы.



Патент на изобретение РФ № RU2577225.  
Патент Евразий № EA031142.  
СГР № KZ.16.01.98.003.E.000651.07.19 от 31.07.2019.



## ПОЛУЧИ БЕСПЛАТНО

образец «Фемо-Клима» и дайджест посвященных ему научных работ, отправив заявку по Viber, WhatsApp +7 (902) 354 4137 или по электронной почте [pos@osteomed.su](mailto:pos@osteomed.su)

### Состав:

- ❖ β-аланин – 170 мг;
- ❖ гомогенат трутневый адсорбированный (HDBA органик комплекс) – 100 мг;
- ❖ глицин – 90 мг;
- ❖ трава клевера красного – 25 мг;
- ❖ корни солодки голой – 25 мг;
- ❖ листья шалфея лекарственного – 25 мг;
- ❖ пиридоксина гидрохлорид (витамин В<sub>6</sub>) – 0,2 мг.



# БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



# Влияние препарата «Фемо-Клим» на психологическое состояние молодых женщин с гипоэстрогенемией и метаболически здоровым абдоминальным ожирением

Хабибулина М.М.,  
Шамилов М.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет», 620028, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Обследованы 77 женщин с сохраненным регулярным менструальным циклом и метаболически здоровым абдоминальным ожирением в раннем периоде менопаузального перехода, выявлены определенные психологические изменения. Установлено, что комплекс из аминокислот, витамина В<sub>6</sub> и фитоэстрогенов Фемо-клим эффективно влияет на психологическое состояние при метаболически здоровом ожирении у женщин в раннем периоде менопаузального перехода. Препарат «Фемо-Клим» нивелирует психовегетативные клинические проявления менопаузального перехода.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

**Для цитирования:** Хабибулина М.М., Шамилов М.Д. Влияние препарата «Фемо-Клим» на психологическое состояние молодых женщин с гипоэстрогенемией и метаболически здоровым абдоминальным ожирением // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 10, № 3. С. X–XX. DOI: <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2022-10-3-XX-XX>

**Статья поступила в редакцию** 24.02.2022. **Принята в печать** 12.07.2022.

## Ключевые слова:

метаболически здоровое ожирение; психологическое состояние; менопаузальный переход; фитоэстрогены; клималанин; витамин В<sub>6</sub>

## Effect of "Femo-Klim" on psychological state of young women with hypoestrogenemia and metabolically healthy abdominal obesity

*Khabibulina M.M., Shamilov M.D.*

Ural State Medical University, 620028, Yekaterinburg, Russian Federation

77 women with preserved regular menstrual cycles and metabolically healthy abdominal obesity in the early period of the menopausal transition were examined. Certain psychological changes were identified. It has been established that Femo-clim (the complex of amino acids, vitamin B<sub>6</sub> and phytoestrogens) effectively affects the psychological state of women with metabolically healthy obesity (in early period of menopausal transition). The drug "Femo-Klim" eliminates psycho-vegetative clinical manifestations of menopausal transition.

**Funding.** The study had no sponsor support.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Khabibulina M.M., Shamilov M.D. Effect of "Femo-Klim" on psychological state of young women with hypoestrogenemia and metabolically healthy abdominal obesity // Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie [Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training]. 2022; 10 (3): X–XX. DOI: <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2022-10-3-XX-XX> (in Russian)

**Received** 24.02.2022. **Accepted** 12.07.2022

## Keywords:

metabolically healthy obesity; psychological state; menopausal transition; phytoestrogens; klimalanin, vitamin B<sub>6</sub>



**В** эпидемиологических исследованиях продемонстрирована связь психологического состояния с избыточной массой тела и ожирением [1–8]. Установленные в последние десятилетия взаимосвязи эндокринной, нервной систем с психологическими факторами вызывают научный и практический интерес к разнообразным психовегетативным симптомам и их коррекции у пациенток в периоде менопаузального перехода с ожирением [9–12].

Согласно современным данным, у исследователей вызывает интерес особый фенотип заболевания, получивший название «метаболически здоровое абдоминальное ожирение» (МЗАО) [13]. Однако отсутствием единых дефиниций объясняется также крайняя вариабельность данных о распространенности МЗАО и его естественном течении. В 2013 г. группой европейских экспертов с целью стандартизации биомедицинских исследовательских баз данных была создана программа BioSHaRE-EU (Biobank Standardization and Harmonization for Research Excellence in the European Union) [14, 15]. Первой научной разработкой программы стал проект по МЗАО (Healthy Obese Project). В этом проекте к метаболически здоровым отнесены пациенты с ожирением [индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>], имеющие не более 1 из 6 факторов кардиометаболического риска – повышения показателей артериального давления, уровней триглицеридов, гликемии натощак, С-реактивного белка (СРБ), снижения липопротеинов высокой плотности и чувствительности к инсулину.

Научной гипотезой нашего исследования было предположение о том, что психоэмоциональный статус связан с массой тела и статусом менопаузального перехода у женщин старше 38 лет. Изменяя массу тела, можно добиться оптимизации психологического статуса у женщин в ранней стадии менопаузального перехода, ассоциированного с МЗАО.

Вместе с тем, несмотря на исследования, посвященные изучению психоэмоционального статуса больных, ассоциированного с ожирением [16–18] и дисбалансом половых гормонов [7, 8], демонстрирующие их важнейшую роль в возникновении и течении указанной патологии, полученные в них данные малочисленны и носят фрагментарный характер.

Одним из ведущих факторов, отрицательно влияющих на качество жизни, психологическое состояние женщин в перименопаузальном периоде, являются определенные изменения уровня половых стероидов [19, 20]. Среди работ по изучению качества жизни, психологического состояния женщин и влияния на него терапии большинство охватывают постменопаузальный период [21, 22], при этом обращается внимание, что жизненная удовлетворенность зависит

не только от настроения, пола, возраста, массы тела, образа жизни, отношений с партнером, стрессов и других социально-демографических показателей [23, 24], но и от уровня половых гормонов [25, 26]. Предполагается также, что ранний период менопаузального перехода – первый и значимый кризисный биологический период жизни женщины, сопровождающийся выраженными психическими и физическими изменениями, которые могут оказывать негативный эффект на качество жизни, повышать заболеваемость и смертность от различной коморбидной патологии [19, 23] и, следовательно, требовать их фармакологической коррекции. Изучено влияние менопаузальной гормональной терапии на сохранение здоровья женщин зрелого возраста [27–29], тогда как недостаточно работ [30, 31], посвященных изучению эффективности негормональной терапии психоэмоциональных и метаболических нарушений у женщин в период менопаузального перехода.

**Цель** исследования – установить эффективность комплексного средства, содержащего фитоэстрогены, клималанин и витамин В<sub>6</sub> («Фемо-Клим») на психологическое состояние женщин с МЗАО в раннем периоде менопаузального перехода.

## Материал и методы

Была исследована однородная группа из 77 женщин от 38 до 43 лет с сохраненным менструальным циклом и абдоминальным ожирением. Обследования проводились с письменного добровольного согласия пациенток, в соответствии с принятыми этическими нормами.

Всем пациенткам перед включением в исследование проводилось общеклиническое обследование. Оно включало в себя сбор анамнеза, а также объективный осмотр с аускультацией сердца, легких и магистральных сосудов, измерение артериального давления и антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: ИМТ = масса тела, кг/рост, м, возведенный в квадрат, и определение окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ). Рост обследуемых, без обуви, измеряли с помощью ростомера. Измерение массы тела проводилось с помощью медицинских весов. Окружность талии и бедер измеряли с помощью сантиметровой ленты, рассчитывали индекс талия/бедро по формуле ОТ/ОБ.

Клиническая характеристика пациенток, включенных в проспективное исследование, представлена в табл. 1.

**Критерии исключения:** эндокринопатии, психические заболевания, соматические заболевания в стадии обострения, клинические проявления артериальной гипертензии (АГ),

**Таблица 1.** Характеристика пациенток, составивших клиническую группу (пациентки с метаболически здоровым абдоминальным ожирением) (n=77)

Показатель	Значение
Возраст, годы	41,11±2,4
Эстрадиол, пкг/мл (2–3-й день цикла)	0,37±0,07
Фолликулостимулирующий гормон, МЕ/мл (2–3-й день цикла)	13,74±1,64
Объем талии, см	81,5±1,2
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	32,4 ±1,8

**Таблица 2.** Показатели уровня тревожности у молодых женщин с эстрогенодефицитом и метаболически здоровым абдоминальным ожирением до и после лечения ( $M \pm m$ )

Психологический показатель	До лечения (n=77)	После лечения (n=77)	$P_{1-2}$
Уровень реактивной тревожности (Шкала Спилбергера А), баллы	48,37±0,22	41,77±0,17	<0,001
Уровень личностной тревожности (Шкала Спилбергера Б), баллы	54,25±0,16	40,87±0,13	<0,001

ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), бронхиальная астма, сахарный диабет, нарушения ритма, дислипидемии и гиперхолестеринемия, указания в анамнезе на инсульт и черепно-мозговые травмы.

Группа была сопоставима по возрасту, уровню исследуемых гормонов, антропометрическим параметрам и характеристикам менструального цикла (продолжительность 27–29 дней, регулярные, необильные, 3–4 дня, работоспособность сохранена).

Тревожность оценивалась посредством Шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера [32], адаптированной Ю.Л. Ханиным [33, 34], которая состоит из 40 вопросов, 20 из которых характеризуют реактивную тревожность (опросник А), а остальные – личностную тревогу (опросник Б). Каждой пациентке предлагалось последовательно заполнить сначала бланк опросника А, указав, как она чувствует тревожность (1–20-й вопросы), а затем – бланк опросника Б, указав, как она себя чувствует обычно (личностная тревожность, 21–40-й вопросы). На каждый вопрос на выбор предлагались 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности («вовсе нет; пожалуй, так; верно; совершенно верно») и по частоте выраженной личностной тревожности («почти никогда; иногда; часто; почти всегда»). При подсчете общего количества баллов в соответствии с ключами каждой шкалы в итоге вычислялись уровни реактивной и личностной тревожности для каждой участницы исследования.

Опрос и осмотр проводились всем пациенткам до и через 1 мес после лечения. У всех женщин собирался полный анамнез, проводилось обязательное лабораторное и инструментальное обследование, включающее маммографию, ультразвуковое исследование органов малого таза, оценку цитологических мазков с шейки матки. Препарат «Фемо-Клим» назначался врачом-гинекологом при наличии показаний и после исключения возможных противопоказаний. «Фемо-Клим» (натуральное негормональное средство) был назначен по 2 таблетки 2 раза в сутки во время еды в течение 1 мес). В составе порошки из цельных растений – лидеры по содержанию фитоэстрогенов, схожие по структуре с  $17\beta$ -эстрадиолом – основным женским половым гормоном:  $\beta$ -аланин 170 мг, глицин 90 мг, гомогенат трутневый 100 мг, клевер красный 25 мг, корень солодки 25 мг, листья шалфея 25 мг, пиридоксина гидрохлорид 0,2 мг. Все компоненты препарата физиологически близки организму человека и не нарушают протекающих в нем естественных процессов [35–39]. Препарат «Фемо-Клим» имеет широкий спектр действия, оказывает комплексное влияние на организм, способствует снижению повышенной утомляемости у женщин, стабилизирует психоэмоциональное состояние.

Статистическая и математическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде средних арифметических величин и стандартной ошибки среднего ( $M \pm m$ ). Отсутствие достоверных отличий распределения от нормального, установленное при помощи теста Колмогорова–Смирнова, позволило использовать  $t$ -критерий Стьюдента для определения достоверности различий. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для выявления взаимосвязей переменных вычислялся коэффициент парной корреляции Пирсона, характеризующий степень линейной взаимосвязи переменных в выборке.

## Результаты

Выраженные клинические проявления (гипергидроз, «приливы», плохое самочувствие, плохой сон, снижение настроения и аппетита) у всех пациенток были снижены к 4–6-му дню лечения «Фемо-Клим» и купированы в течение 7–10 дней. ИМТ уменьшился после лечения до  $29,2 \pm 1,74$  кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии уменьшилась до  $78,9 \pm 2,4$  см. Побочных эффектов при приеме препарата отмечено не было.

При анализе психологического статуса установлено, что до лечения у пациенток были более высокие уровни личностной и реактивной тревожности. Об этом свидетельствовали достоверно более высокие показатели реактивной, и особенно личностной тревожности (табл. 2).

Однако значимо более высокий показатель личностной тревожности исследуемых женщин с МЗАО дает представление о высокой и устойчивой предрасположенности личности больных в раннем периоде менопаузального перехода с МЗАО к тревожности.

Среди обследованных до начала лечения достоверно чаще встречались пациентки с высокой степенью реактивной ( $p < 0,05$ ) и личностной тревожности ( $p < 0,001$ ). После лечения число женщин, высокотревожных, склонных воспринимать угрозу своей самооценке в различных ситуациях, снизилось. У женщин в раннем периоде менопаузального перехода и МЗАО наблюдалась тесная корреляционная связь между состоянием неуверенности в себе и значениями ИМТ ( $r = -0,57$ ;  $p = 0,05$ ); уровень тревожности коррелировал с ИМТ и ОТ/ОБ ( $r = 0,58$ ;  $r = 0,53$  соответственно;  $p < 0,05$ ).

Обращал на себя внимание факт наличия у обследованных женщин с МЗАО положительной корреляционной связи высокой степени личностной тревожности с уровнем эстрадиола на 2-й день цикла ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,05$ ).

Поскольку показатель тревожности тесно связан с личностью, можно предположить, что женщины в периоде раннего

**Таблица 3.** Сравнение средних баллов по Шкале реактивной тревожности Спилбергера (А) в группе женщин в раннем периоде менопаузального перехода и с метаболически здоровым абдоминальным ожирением до и после лечения «Фемо-Климом» ( $M \pm m$ )

Утверждения Шкалы реактивной тревожности Спилбергера	Средние баллы		p
	до лечения (n=77)	после лечения (n=77)	
«Я спокойна»	2,43±0,07	2,42±0,06	Н/д
«Мне ничто не угрожает»	2,28±0,07	3,27±0,09	<0,001
«Я нахожусь в напряжении»	1,47±0,03	1,43±0,06	Н/д
«Я испытываю сожаление»	1,69±0,06	1,65±0,06	Н/д
«Я чувствую себя спокойно»	2,64±0,07	2,21±0,07	<0,001
«Я расстроена»	1,65±0,07	1,55±0,06	<0,001
«Меня волнуют возможные неудачи»	2,25±0,07	2,22±0,08	Н/д
«Я чувствую себя отдохнувшей»	1,83±0,06	1,84±0,08	Н/д
«Я встревожена»	1,63±0,08	1,50±0,06	<0,001
«Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения»	1,89±0,08	1,90±0,07	Н/д
«Я уверена в себе»	2,10±0,07	2,32±0,05	<0,001
«Я нервничаю»	1,71±0,07	1,51±0,07	<0,001
«Я не нахожу себе места»	1,34±0,06	1,33±0,05	Н/д
«Я взвинчена»	1,16±0,06	1,11±0,06	Н/д
«Я не чувствую скованности, напряженности»	2,13±0,08	2,15±0,07	Н/д
«Я довольна»	1,77±0,11	2,34±0,05	<0,001
«Я озабочена»	1,88±0,06	2,19±0,09	<0,001
«Я слишком возбуждена и мне не по себе»	1,24±0,06	1,25±0,07	Н/д
«Мне радостно»	1,57±0,06	1,58±0,05	Н/д
«Мне приятно»	1,82±0,09	1,86±0,07	Н/д

Здесь и в табл. 3: н/д – нет данных.

менопаузального перехода, страдающие ожирением, более тревожные. У таких больных состояние тревожности особенно легко обостряется тогда, когда речь идет об оценке их пригодности и компетентности.

В табл. 3 приведены данные по каждому пункту Шкалы реактивной тревожности Спилбергера (А) у исследуемых женщин до и после лечения «Фемо-Клим». Сравнительный анализ ответов респондентов исследуемых групп по Шкале реактивной тревожности показал: несмотря на более высокий балл общегрупповой тревоги, пациентки с ожирением до лечения достоверно значимо чаще, чем после лечения препаратом «Фемо-Клим», утверждали, что чувствуют себя «спокойно», «уверены в себе», а также реже – что они чем-то «озабочены». Как видно из представленных в табл. 3 данных, женщины с МЗАО до лечения значимо чаще утверждали, что чувствуют некую «угрозу», «встревожены» и чем-то «недовольны».

Выявленные изменения в оценках больных с МЗАО по Шкале реактивной тревожности указывают на присутствие в выборке «репрессоров», подавляющих отрицательные эмоции в условиях стрессогенного события. Для психосоматической медицины является традиционным подчеркивание роли подавления отрицательных эмоций в возникновении психосоматических нарушений. Известно, что репрессоры психологически дистанцируются, когда ситуация угрожает их самооценке, таким образом снижая свою тревогу. Возможно, что женщины с МЗАО, испытывая симптомы менопаузального перехода (флуктуации половых гормонов, дефицит эстрогенов), недостаточно объективно отражают реактивную тревогу вследствие включения защитных психологических механизмов. Возможно, основное влияние на степень реак-

тивной тревоги у женщин с МЗАО оказывают как выраженность стрессогенного воздействия, так и соматогенные влияния, связанные с флуктуацией уровней половых гормонов и ожирением.

Сравнительный анализ ответов по Шкале личностной тревожности в исследуемых группах женщин с ожирением до лечения показал, что пациентки значимо чаще ( $p < 0,001$ ) отмечали повышенную усталость, эмоциональную лабильность, склонность избегать стрессогенные ситуации, ощущение себя недостаточно благополучными. Ряд респонденток отмечали склонность переживать, отвлекаться и волноваться из-за пустяков, принимать все слишком близко к сердцу, переживать «сильное беспокойство» при разговоре о своих делах и заботах, тревожиться при ожидании трудностей, ощущать неуверенность в себе (табл. 4). В то же время значимо реже ( $p < 0,001$ ) до лечения пациентки с МЗАО чувствовали себя «в безопасности», «бодрыми», реже испытывали удовольствие и реже считали себя «спокойными, хладнокровными и собранными».

Таким образом, полученные результаты психологического исследования женщин в периоде раннего менопаузального перехода и метаболически здоровым ожирением позволили определить не только участие психологического компонента в генезе алиментарного ожирения, но и определить выбор терапии психовегетативных симптомов.

Результаты исследования доказывают, что в основе формирования абдоминального ожирения лежат не только нерациональное питание, снижение двигательной активности, но и психоземotionalные нарушения (высокий

**Таблица 4.** Сравнения средних баллов по Шкале личностной тревожности Спилбергера (Б) в группе молодых женщин с эстрогенодефицитом и метаболически здоровым абдоминальным ожирением до и после лечения препаратом «Фемо-Клим» ( $M \pm m$ )

Утверждения Шкалы личностной тревожности Спилбергера	Средние баллы		$P_{1-2}$
	до лечения ( $n=77$ )	после лечения ( $n=77$ )	
«Я испытываю удовольствие»	2,27±0,04	2,64±0,03	<0,001
«Я обычно устаю»	3,89±0,04	2,17±0,03	<0,001
«Я легко могу заплакать»	2,39±0,07	1,80±0,03	<0,001
«Я хотела бы быть такой же счастливой, как и другие»	2,97±0,06	1,97±0,04	<0,001
«Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения»	2,16±0,05	2,12±0,05	Н/А
«Обычно я чувствую себя бодрой»	2,10±0,05	2,79±0,02	<0,001
«Я спокойна, хладнокровна и собрана»	2,31±0,04	2,69±0,03	<0,001
«Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня»	2,68±0,06	2,22±0,02	<0,001
«Я слишком переживаю из-за пустяков»	2,65±0,05	1,66±0,03	<0,001
«Я вполне счастлива»	2,52±0,05	2,53±0,05	Н/А
«Я принимаю все слишком близко к сердцу»	3,27±0,07	2,22±0,02	<0,001
«Мне не хватает уверенности в себе»	2,69±0,08	2,30±0,03	<0,001
«Обычно я чувствую себя в безопасности»	2,40±0,06	3,19±0,04	<0,001
«Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей»	2,86±0,05	1,80±0,03	<0,001
«У меня бывает хандра»	2,27±0,04	1,69±0,04	<0,001
«Я довольна»	2,37±0,02	2,40±0,02	Н/А
«Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня»	2,35±0,04	1,78±0,02	<0,001
«Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть»	2,51±0,02	2,49±0,04	Н/А
«Я уравновешенный человек»	2,70±0,07	2,75±0,06	Н/А
«Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах»	2,46±0,04	1,44±0,03	<0,001

уровень тревожности), что может приводить к нарушению пищевого поведения у женщин с ожирением. Высокая степень реактивной и личностной тревожности является негативным фактором, влияющим на качество жизни женщин в раннем периоде менопаузального перехода и с метаболически здоровым ожирением. Полученные данные свидетельствуют в пользу целесообразности включения препаратов для коррекции психовегетативных нарушений в комплекс лечения женщин с симптомами менопаузального перехода, страдающих ожирением, а также в комплекс мер, направленных на профилактику и снижение избыточной массы тела.

## Заключение

Натуральное негормональное средство «Фемо-Клим» эффективно влияет на психологическое состояние при метаболически здоровом ожирении у женщин в раннем периоде менопаузального перехода. Комплексный препарат «Фемо-Клим», содержащий разнообразные фитостероиды, аминокислоту клималанин и витамин В<sub>6</sub> оказывает разностороннее воздействие на женский организм, нивелируя прежде всего психовегетативные клинические проявления, характерные для раннего менопаузального перехода, способствуя снижению избыточной массы тела при ожирении.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Хабидулина Марина Михайловна (Marina M. Khabibulina)** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация

E-mail: m.xabibulina@mail.ru

**Шамилов Марк Дамирович (Mark D. Shamilov)** – студент III курса лечебно-профилактического факультета по специальности «31.05.01 Лечебное дело», ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. Метаболический синдром. М.: Реафарм; 2004.
2. Barbato J.E., Zuckerbraun B.S., Overhaus M. and all. Nitric oxide modulates vascular inflammation and intimal hyperplasia in insulin resistance and metabolic syndrome. J. Physiol. Heart. Circ. 2005. 289, 228-236.

3. De Fronzo R.A., Ferranini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic disease // Diabetes Care. – 1991. – 14. – 173-94.

4. Dupuy A.M. Lipid levels and cardiovascular risk in elderly women: a general population study of the effects of hormonal treatment and lipidlowering agents / A.M. Dupuy, L. Carriere, J. Scali [et al] // Climacteric. – 2008. - №11. - P. 74-



83. Ortlepp J.R., Kluge R., Giesen K., et al A metabolic syndrome of hypertension, hyperinsulinaemia and hypercholesterolaemia in the New Zealand obese mouse. // Eur J Clin Invest. –2000. –Vol.30, N.3. –P.195–202.
- 5.Rabmouni K., Correia M.L.G., Haynes W.G. and all. Obesity-associated Hypertension. New insights into mechanisms. Hypertension. 2005. 45, 9-14.
- 6.Хабибулина М. М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Безболевая ишемия миокарда у женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией в позднем фертильном возрасте с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением // Интерактивная наука. – 2017. – № 12. – С. 81–83. – ISSN 2414-9411.
- 7.Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением //Евразийский Союз Ученых (ЕСУ).- 2017.- № 1(34).- С. 25-29.
- 8.Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Лечение атаксом тревожных расстройств у женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией в позднем фертильном периоде с «метаболически здоровым» ожирением // Материалы образовательного форума “Российские дни сердца”.-Москва.- 2017.-с. 35-36.
- 9.Ананьев В. А. Особенности дискретного типа личности в этиопатогенезе психосоматических расстройств. // Вестник психотерапии. СПб, 2003. -№10 (15).-С. 45-55.
- 10.Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
- 11.Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. 2-е изд., расширен., доп. СПб., 2005.- 656 с.
- 12.Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела// Сиб. вести, психиатрии и наркол. - 1999. - №1. - С.81-83.
- 13.Alam I, Ng TP, Larbi A. Does inflammation determine whether obesity is metabolically healthy or unhealthy? The aging perspective. Mediators Inflamm. 2012;2012:456456.
- 14.Biobank Standardisation and Harmonisation for Research Excellence in the European Union From 2010-12-01 to 2015-11-30, project 261433. – цит. По Романц оваТ.И.Метаболическиздоровоеожирение: дефиниции, протективныефакторы, клиническаязначимость / Т. И. Романцова, Е. В. Островская // Альманахклиническоймедицины – 2015. – Т. 13 – № 21. – 75-87с.
- 15.Vliet-Ostapchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. BMC Endocr Disord. 2014;14:9.
- 16.Бобровский А. В., Ротов А. В., Гудков С. В., Ромашова О. А. / Взаимосвязь психологических особенностей личности и массы тела у больных экзогенно-конституциональным ожирением // Сибирский психологический журнал. 1998. - Вып. 8-9. - С. 84-85. 26.
- 17.Вознесенская Т. Г., Дорожевец А. Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. 1987. - №3. -С. 28-32.
- 18.Ryden A., Sullivan M., Torgerson J.S., Karlsson J., Lindroos A.K., Taft C. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits // International Journal of Obesity. – 2003. – V. 27. – № 12. – P. 1534-1540.
19. Хабибулина М.М. Влияние гипозэстрогенемии на качество жизни женщин с артериальной гипертензией в период менопаузы /М.М.Хабибулина // Кардиология.- 2013.- Т. 53.-№ 11.- с. 45-48.
20. Хабибулина М.М., Шамилов М.Д. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией и измененным гормональным фоном // Врач. 2021. Т. 32. № 1. С. 46-49.
- 21.Blumel J.E., Castello C. Et al. Quality of life after the menopause – a population study // Maturitas. 2009.vol.34.P.17-23.
- 22.Stein K.D., Jacobsen P.B. Impact of hot flashes on quality of life among postmenopausal women being treated for breast cancer // J. Pain.Symptom.2009. vol.19.P.436-445.
- 23.Хабибулина М.М. Кардиоваскулярный риск при эстрогенодефиците в доклимактерических периодах //Екатеринбург.-2014.
24. Хабибулина М.М., Смоленцева А.А. Терапия тревожных расстройств у женщин с артериальной гипертензией в период менопаузы на амбулаторном этапе //В сборнике: V съезд кардиологов Уральского федерального округа. Материалы съезда. 2011. С. 282-284.
- 25.Скорнякова М.Н., Сырочкина М.А. Гипоменструальный синдром //Руководство для врачей.- Екатеринбург.-2008.-236 с.
- 26.Сметник В.П., Ильина Л.М. Коррекция климактерического синдрома (индивидуализация терапии) в кн. «Медицина климактерия».–2006.-изд-во «Литера»,-С.217-274.
- 27.Иловайская И.А., Войташевский К.В. Менопаузальная гормональная терапия: возможности и риски // StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015;5(28):80-6.
28. Менопауза и климактерическое состояние у женщин Клинические рекомендации М.: ФГБУ НЦГАиП, 2021..
- 29.Sturdee D.W., Pines A. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health Group // Climacteric. 2011;14:302-20. DOI:10.3109/13697137.2011.570590
30. Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н. Способ оптимизации лечения женщин кардиотропной терапией и заместительной гормональной терапией при эстрогенодефиците с артериальной гипертензией в позднем репродуктивном периоде // Патент на изобретение RU 2648470 C2, 26.03.2018. Заявка № 2016107890 от 03.03.2016.
31. Хабибулина М.М. Терапия у женщин с артериальной гипертензией и эстрогенодефицитом в позднем фертильном периоде // Врач. -2016.- № 4.- С. 45-49.
- 32.Van Strien, T., Herman C. P., & Verheijden M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? // Appetite. – 2008. – 52 (2). – P. 380-387.
- 33.Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Л.,1976. - 40 с.
- 34.Speilberger C., Gorsuch R., Lushene R. Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. - Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970. – 280 p.
- 35.Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Куликов И.А. Клиническая эффективность негормональных методов терапии у женщин в перименопаузе // Акушерство, гинекология, репродукция. 2013;7(3):26-9.
- 36.Петрова Е., Калистратов В., Полубояринов П., Струков В., Прохоров М., Елистратов Д. Применяемый при климаксе препарат Фемо-Клим – лучшее негормональное решение гормональных проблем // Врач. 2019;2:46-9.
- 37.Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Менопауза как механизм женского старения. Фитозэстрогены - разведка боем // StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015;2 (25):51-8.
- 38.Татарова Н.А., Линде В.А., Жидкова Е.В., Сохадзе Х.С. Негормональная коррекция климактерических расстройств в пери- и постменопаузе // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2009;17:12-5.
- 39.Хамошина М.Б., Роговская С.И., Наушник Г.А. Актуальные возможности фармакологии в профилактике возрастных нарушений // StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2014;1(18):75-81.

## REFERENCES

- 1.Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. Метаболический синдром. М.: Реафарм; 2004.
- 2.Barbato J.E., Zuckerbraun B.S., Overbaas M. and all. Nitric oxide modulates vascular inflammation and intimal hyperplasia in insulin resistance and metabolic syndrome. J. Physiol. Heart. Circ. 2005. 289, 228-236.
- 3.De Fronzo R.A., Ferranini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic disease // Diabetes Care. – 1991. – 14. – 173-94.
- 4.Dupuy A.M. Lipid levels and cardiovascular risk in elderly women: a general population study of the effects of hormonal treatment and lipidlowering agents / A.M. Dupuy, L. Carriere, J. Scali [et al] // Climacteric. – 2008. - №11. - P. 74-83.
- Ortlepp J.R., Kluge R., Giesen K., et al A metabolic syndrome of hypertension, hyperinsulinaemia and hypercholesterolaemia in the New Zealand obese mouse.// Eur J Clin Invest. –2000. –Vol.30, N.3. –P.195–202.
- 5.Rabmouni K., Correia M.L.G., Haynes W.G. and all. Obesity-associated Hypertension. New insights into mechanisms. Hypertension. 2005. 45, 9-14.
- 6.Хабибулина М. М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Безболевая ишемия миокарда у женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией в позднем фертильном возрасте с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением // Интерактивная наука. – 2017. – № 12. – С. 81–83. – ISSN 2414-9411.
- 7.Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией с «метаболически здоровым» висцеральным ожирением //Евразийский Союз Ученых (ЕСУ).- 2017.- № 1(34).- С. 25-29.
- 8.Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н. Лечение атаксом тревожных расстройств у женщин с артериальной гипертензией с гипозэстрогенемией в позднем фертильном периоде с «метаболически здоровым» ожирением // Материалы образовательного форума “Российские дни сердца”.-Москва.- 2017.-с. 35-36.
- 9.Ананьев В. А. Особенности дискретного типа личности в этиопатогенезе психосоматических расстройств. // Вестник психотерапии. СПб, 2003. -№10 (15).-С. 45-55.
- 10.Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
- 11.Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. 2-е изд., расширен., доп. СПб., 2005.- 656 с.
- 12.Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела// Сиб. вести, психиатрии и наркол. - 1999. - №1. - С.81-83.
- 13.Alam I, Ng TP, Larbi A. Does inflammation determine whether obesity is metabolically healthy or unhealthy? The aging perspective. Mediators Inflamm. 2012;2012:456456.
- 14.Biobank Standardisation and Harmonisation for Research Excellence in the European Union From 2010-12-01 to 2015-11-30, project 261433. – цит. По Романц оваТ.И.Метаболическиздоровоеожирение: дефиниции, протективныефакторы, клиническаязначимость / Т. И. Романцова, Е. В. Островская // Альманахклиническоймедицины – 2015. – Т. 13 – № 21. – 75-87с.
- 15.Vliet-Ostapchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. BMC Endocr Disord. 2014;14:9.
- 16.Бобровский А. В., Ротов А. В., Гудков С. В., Ромашова О. А. / Взаимосвязь психологических особенностей личности и массы тела у больных экзогенно-кон-



- ституциональным ожирением // Сибирский психологический журнал. 1998. - Вып. 8-9. - С. 84-85. 26.
17. Вознесенская Т. Г., Дорожевец А. Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. 1987. - №3. - С. 28-32.
18. Ryden A., Sullivan M., Torgerson J.S., Karlsson J., Lindroos A.K., Taft C. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits // International Journal of Obesity. – 2003. – V. 27. – № 12. – P. 1534-1540.
19. Хабибулина М.М. Влияние гипозагонемии на качество жизни женщин с артериальной гипертензией в период пременопаузы /М.М.Хабибулина // Кардиология.- 2013.- Т. 53.-№ 11.- с. 45-48.
20. Хабибулина М.М., Шамилов М.Д. Качество жизни молодых женщин с артериальной гипертензией и измененным гормональным фоном // Врач. 2021. Т. 32. № 1. С. 46-49.
21. Blumel J.E., Castello C. Et al. Quality of life after the menopause – a population study // Maturitas. 2009.vol.34.P.17-23.
22. Stein K.D., Jacobsen P.B. Impact of hot flashes on quality of life among postmenopausal women being treated for breast cancer // J. Pain.Symptom.2009. vol.19.P.436-445.
23. Хабибулина М.М. Кардиоваскулярный риск при эстрогенодефиците в доклимактерических периодах // Екатеринбург.-2014.
24. Хабибулина М.М., Смоленцева А.А. Терапия тревожных расстройств у женщин с артериальной гипертензией в период пременопаузы на амбулаторном этапе // В сборнике: V съезд кардиологов Уральского федерального округа. Материалы съезда. 2011. С. 282-284.
25. Скорнякова М.Н., Сырочкина М.А. Гипоменструальный синдром // Руководство для врачей.- Екатеринбург.-2008.-236 с.
26. Сметник В.П., Ильина Л.М. Коррекция климактерического синдрома (индивидуализация терапии) в кн. «Медицина климактерия».-2006.-изд-во «Литера».-С.217-274.
27. Ilovaiskaya I.A., Wojtaszewski K.V. Menopausal hormone therapy: occasions et pericula // StatusPraesens. Gynaecologia. Midwifery. Steriles matrimonium. 2015;5(28):80-6. (in Russ).
28. Менопауза и климактерическое состояние у женщин Клинические рекомендации М.: ФГБУ НЦГАиП, 2021..
29. Sturdee D.W., Pines A. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health Group // Climacteric. 2011;14:302-20. DOI:10.3109/13697137.2011.570590
30. Хабибулина М.М., Дмитриев А.Н. Способ оптимизации лечения женщин кардиотропной терапией и заместительной гормональной терапией при эстрогенодефиците с артериальной гипертензией в позднем репродуктивном периоде // Патент на изобретение RU 2648470 C2, 26.03.2018. Заявка № 2016107890 от 03.03.2016.
31. Хабибулина М.М. Терапия у женщин с артериальной гипертензией и эстрогенодефицитом в позднем фертильном периоде // Врач. -2016.- № 4.- С. 45-49.
32. Van Strien, T., Herman C. P., & Verheijden M. W. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? // Appetite. – 2008. – 52 (2). – P. 380-387.
33. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Л.,1976. - 40 с.
34. Spielberger C., Gorsuch R., Lushene R. Test Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. - Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970. – 280 p.
35. Ovsyannikova T.V., Makarov I.A., Kulikov I.A. Orca efficacia non-hormonal therapies in mulieribus in perimenopausal mulieres // Obstetrics, gynecology, reproduction. 2013;7(3):26-9. (in Russ)
36. Petrova E., Kalistratov V., Poluboyarinov P., Strukov V., Prokhorov M., Elistratov D. Usus est in menopause Articulis medicamento-Klim est optimus nouita-hormonal solutio ad hormonal quaeestiones Medicus. 2019;2:46-9. (in Russ). DOI :org/10.29296/25877305-2019-01-08
37. Радзинский В.Е., Добрецова Т.А. Менопауза как механизм женского старения. Фитоэстрогены - разведка боем // StatusPraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. 2015;2 (25):51-8.
38. Tatarova N.A. Linde V.A., Zhidkova E.V., Sokhadze H.S. non-Hormonal correctione menopausalis perturbationes in peri - et postmenopausal mulieres // Efficax pharmacotherapy in obstetrics et gynecology. 2009;17:12-5. (in Russ).
39. Khamoshina M.B., Rogovskaya S.I., Naumchik G.A. sursum-ut-balanus in pharmacologicae ne aetas-related morbis // StatusPraesens. Gynaecologia. Midwifery. Steriles matrimonium. 2014;1(18):75-81. (in Russ).