

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК У ПЕРІОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ

РЕЗОЛЮЦІЯ ЕКСПЕРТНОЇ РАДИ



Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України»
ORCID: 0000-0002-5498-4143

В.І. ПИРОГОВА

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПО Львівського НМУ ім. Данила Галицького
ORCID: 0000-0002-1205-6365

О.О. ЄФІМЕНКО

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»
ORCID: 0000-0003-1228-0911

О.В. БУЛАВЕНКО

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова
ORCID: 0000-0003-1207-9046

І.М. АНТОНЯН

к. мед. н., завідувач кафедрою загальної, дитячої та онкологічної урології Харківської медичної академії післядипломної освіти

Г.Я. ПІЛЯГІНА

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шуплика
ORCID: 0000-0003-0169-1256

Контакти:

Татарчук Тетяна Феоданівна
ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87;
+38 (044) 272 10 72
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

Загальне збільшення тривалості життя, що відзначається за результатами аналізу світової статистики в усіх країнах – величезне досягнення цивілізації, спільна заслуга результативності охорони здоров'я та розумної соціальної політики. За прогнозами ООН, до 2025 року кількість осіб, старших за 60 років, досягне 1,2 млрд людей, а до 2050 року літніх людей у розвинених країнах буде вдвічі більше, ніж дітей.

В Україні, як і в усьому світі, населення старіє. За даними Державної служби статистики, тривалість життя українців становить у середньому 70,4 року: 65,2 року в чоловіків і 75,5 років у жінок [1].

Глобальне старіння населення призводить до істотного збільшення демографічного навантаження на суспільство, що лягає великим тягарем на економіку і викликає значні структурні зміни в сфері соціального забезпечення. Тому проблема збереження здоров'я жінок у пері- та постменопаузі стає надзвичайно актуальною для громадського здоров'я та охорони здоров'я.

Саме в пері- та постменопаузальному періоді відзначається поява цілої низки соматичних і психічних захворювань, які суттєво позначаються на якості та загальній тривалості життя жінки [2].

Особливе значення має розробка терапевтичних і реабілітаційних програм для жінок клімактеричного віку з опорою на патогенетично обґрунтоване комплексне лікування. Зокрема, це стосується того, що запізнена діагностика і неадекватне лікування призводять до затяжних форм захворювання, збільшення кількості призначених пацієнткам лікарських засобів і значного подорожчання терапії.

Відключення стероїдогенезу в яєчниках у результаті їх хірургічного видалення або поступового вікового згасання оваріальної функції призводить до менопаузи з усіма пов'язаними з нею фізіологічними, фізичними і психологічними порушеннями та відчутним зниженням якості життя. Зміну гормонального статусу зазвичай пов'язують зі зниженням рівня естрогенів. Однак оваріальне старіння супроводжується зниженням рівня й андрогенів, тобто менопауза – це втрата фізіологічно необхідного рівня як естрогенів, так

і андрогенів, що викликає різні симптоми, включаючи вазомоторні порушення, зменшення щільності кісткової тканини, випадіння волосся, зниження сексуального інтересу і настрою та ін. [3, 4].

Під час менопаузального переходу в жінок нерідко з'являються симптоми депресії і тривожних розладів, навіть якщо вони ніколи раніше їх не відчували. За різними даними, відносний ризик розвитку депресивних проявів може становити від 3 до 34,3% [5–10].

Характерні скарги в цей період: поганий настрій, втома, млявість, пригніченість, зниження працездатності і когнітивних функцій [9, 11]. Під час розмови з лікарем виявляються зростання рівня депресії за шкалою Бека, розлад сексуальної функції (зниження лібідо), млявий тургор шкіри, зменшення м'язового тону, низька толерантність до фізичних навантажень, висока частота остеопенії [10].

Тривожно-депресивний розлад асоціюється зі зниженням лібідо, що класифікується як гіпоактивний розлад сексуальної функції і є одним із провідних симптомів у пацієнток із дефіцитом статевих гормонів. Незважаючи на відомий взаємозв'язок між дефіцитом андрогенів і зниженням лібідо в жінок, за даними анкетування на 16-му Конгресі Європейського товариства сексуальної медицини (Стамбул, 2014 р.) андрогени для підвищення лібідо жінкам у пері- і постменопаузі призначають відповідно тільки 43% і 53% лікарів [12].

Основні прояви синдрому дефіциту андрогенів у жінок – сексуальна дисфункція, зниження фізичної активності, астения, посилення стресової реакції, погіршення комунікативності [12, 13].

Урогенітальні розлади – основний показник естрогенного дефіциту в організмі – спостерігають у половини жінок віком 55–60 років, більш ніж у двох третин 60–70-річних і в 90% пацієнток, старших за 70 років. Лактобацил стає менше, замість них піхву колонізують мікроорганізми сімейства *Enterobacteriaceae*. Зменшується обсяг судинної мережі і трансудату, що слугує основою для ішемічних процесів стінок піхви; зростає

синтез запальних маркерів. Все це не тільки істотно знижує якість життя, але й стає пусковим механізмом для нових проблем зі здоров'ям – на цій основі рецидивують урогенітальні інфекції. Багато жінок зі «стажем» менопаузи в 10 років і більше отримують від 2 до 18 (!) курсів антибактеріальної терапії на рік [16]. Зазвичай рівень андрогенів у жінок розглядається лише як причина різних метаболічних і функціональних порушень, проте їх роль у жіночому організмі вивчена недостатньо. В останнє десятиліття в наукових колах зростає інтерес до вивчення ролі дефіциту андрогенів і його корекції в жінок. Андрогени можуть впливати на слизову оболонку піхви як через естрогенні рецептори шляхом ароматизації в естрогени, так і безпосередньо через андрогенні рецептори, ефективно полегшуючи симптоми вагінальної атрофії. Андрогенові рецептори поряд із естрогеновими і прогестероновими у великій кількості виявлені в клітинах епітелію уретри, гладком'язових клітинах сечового міхура, м'язах тазового дна, що дозволяє однозначно стверджувати про факт гормонозалежності жіночого урогенітального тракту.

Показана також роль тестостерону і його метаболітів у підтримці рефлексорних шляхів тазової частини автономної нервової системи, зокрема, відповідальних за накопичення сечі в сечовому міхурі [15].

Аномальні маткові кровотечі (АМК) є однією з найбільш розповсюджених причин звернення по медичну допомогу в перименопаузі – близько 45% жінок у цей період життя приходять до лікарів зі скаргами на незвичайні або ациклічні кров'яні виділення зі статевих шляхів, хоча цей показник не відображає реальної частоти АМК. На думку дослідників і клініцистів, практично кожна жінка в перименопаузі переживає хоча б одну аномальну кровотечу, велика їх частина носить дисфункціональний характер. АМК зустрічаються приблизно у 50% жінок у віці 45,5 років, у 75% жінок – у віці 47,8 років і у 95% жінок – у віці 50,8 років [16].

V. Phillips та співавт. [16] вважають, що значення гіперестрогенії як необхідної умови для розвитку гіперплазії ендометрія є незаперечним, при цьому під терміном «гіперестрогенія» мається на увазі не тільки концентрація естрогенів, але й тривалість їхнього впливу на організм, навіть за нормального рівня в крові, але за відсутності антипроліферативних прогестеронових впливів.

Додавання прогестагенів істотно знижує або повністю нівелює ризик раку ендометрія в пацієток із інтактною маткою. Але слід враховувати, що вплив циклічних режимів менопаузальної гормональної терапії (МГТ) на ендометрій далеко не однозначний і залежить від тривалості застосування, дози і характеристик прогестину [18–20].

Застосування сучасних естроген-прогестагенних комбінацій із підібраними дозами і режимом компонентів є кращим, ніж використання естрогенного і прогестагенного компонентів у вигляді двох препаратів, що вимагає високого рівня самоконтролю. Оптимальні естроген-прогестагенні комбінації не тільки не підвищують, але й знижують ризик розвитку раку, так само як і ризик гіперплазії ендометрія.

Передчасна недостатність яєчників (ПНЯ) в жінок репродуктивного віку коливається від 1 до 3% і становить 10% у структурі вторинної аменореї [21].

Дефіцит статевих стероїдів, який виникає при ПНЯ, сприяє системним змінам в органах і тканинах внаслідок порушення гормонального гомеостазу, а передчасна менопауза є фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань й остеопорозу [22].

Частота ПНЯ в популяції становить 1%. Однак якщо розглянути поширеність цього захворювання у віковому аспекті, спостерігається наступна ситуація: частота ПНЯ у віці до 20 років – 1:10 000, до 30 років – 1:1000, до 35 років – 1:250, до 40 років – 1:100 [20].

Сам по собі діагноз спонтанної ПНЯ незалежно від наявності або відсутності симптомів естрогенодефіциту є показанням для безперервного застосування замісної естроген-гестагенної терапії до віку менопаузи, після чого необхідно переглянути дозу. Адекватна замісна гормональна терапія (ЗГТ) є основною складовою первинної профілактики остеопорозу, серцево-судинної патології, сечостатевих симптомів [21, 23, 24].

Відповідно до рекомендацій Європейського товариства репродукції людини й ембріології (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), 2016, і Європейського товариства з менопаузи й андропаузи (European Menopause and Andropause Society, EMAS), 2010, пацієнткам із ПНЯ можуть бути рекомендовані різні види циклічної ЗГТ залежно від індивідуальних особливостей і вподобань жінки [23].

Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з менопаузи (International Menopause Society, IMS), 2016, основою лікування є ЗГТ із застосуванням естрогенів, прогестерону і, можливо, тестостерону, яка має тривати щонайменше до середнього віку природної менопаузи. Жінки з ПНЯ повинні отримувати гормональну терапію після виключення протипоказань; зазвичай вони потребують вищих доз естрогенів, ніж жінки, старші за 40 років [24].

Зважаючи на вищесказане, важливо виробити на довгострокову перспективу індивідуальну «програму відновлення та збереження здоров'я» з урахуванням сімейного і особистого ризику основних хвороб старіння [25, 26].

Єдиним патогенетично обґрунтованим і ефективним методом корекції клімактеричних розладів є МГТ, для якої використовують натуральні естрогени (17 β -естрадіол, естрадіолу валерат, естріол) у комбінації з гестагенами або андрогенами [27].

Останніми роками ведеться постійний пошук і вдосконалення терапевтичних підходів до раціонального використання МГТ у кожної конкретної пацієнтки (індивідуалізація терапії). Препарати для МГТ відрізняються один від одного тільки своїм прогестагенним компонентом, оскільки естрогенний компонент представлений 17 β -естрадіолом або естрадіолу валератом, які за структурою відповідають яєчниковому естрадіолу [28, 29].

Індивідуальний підхід до лікування означає підбір найбільш відповідного прогестину в кожному конкретному випадку, оскільки крім загального впливу, властивого всім прогестинам, вони можуть чинити специфічну, властиву тільки їм дію. Наприклад, вони можуть здійснювати андрогенний, антиандрогенний, естрогенний, антиестрогенний

та інші ефекти, які необхідно враховувати під час лікування і застосовувати з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток.

Таким чином, пацієнткам у фазі менопаузального переходу потрібно враховувати декілька принципів положень, а саме:

1. Клінічний дефіцит статевих гормонів (естрогенів, прогестерону і тестостерону) в жінок є показанням для призначення їм МГТ відповідними гормонами. Робити це слід якомога раніше (в період менопаузального переходу) і персоніфіковано – з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток. Такий підхід дозволяє зміцнити жіноче здоров'я. Призначення МГТ має відповідати симптоматиці і цілям профілактики різних захворювань, так само, як і анамнезу, результатам досліджень, уподобанням і очікуванням жінки.

2. Жінкам, які потребують корекції симптомів менопаузи і адекватного контролю ендометрія, слід призначати комбінацію естрогену та гестагену. За наявності факторів ризику гіперпроліферації оптимальним вибором є комбінація естрогену та гестагенів із антипроліферативною активністю, наприклад, левоноргестрелу. Левоноргестрел може бути призначений як у складі комбінованої менопаузальної терапії, так і в формі внутрішньоматкової системи з цим

гестагеном. Така терапія забезпечує адекватну корекцію симптомів патологічного клімаксу і має властивість оптимального контролю циклу завдяки сильній прогестагенній й антипроліферативній активності левоноргестрела.

3. Особливу категорію являють собою пацієнтки, в яких у клінічній ситуації, крім характерних симптомів естрогендефіциту, спостерігаються клінічні прояви дефіциту андрогенів:

- ✦ Астено-депресивна симптоматика (зниження самооцінки, зниження когнітивних функцій, зниження лібідо, порушення сну, млявість, пригніченість настрою, зниження турбору шкіри).
- ✦ Пацієнтки з артралгіями, болем у м'язах і високим ризиком остеопорозу.
- ✦ Хірургічна менопауза в молодому віці (до 45 років).
- ✦ Генітоуринарний синдром у поєднанні з вазомоторними симптомами та іншою загальною симптоматикою.
- ✦ Передчасна недостатність яєчників.

У пацієнток цієї категорії перевагу слід віддавати препарату, що містить у своєму складі левоноргестрел, який має залишкову андрогенну активність, забезпечує адекватний контроль ендометрія і має додаткові переваги щодо профілактики остеопорозу, ПНЯ і зниження когнітивних функцій.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.

2. Diczfalusy, E.

"Ageing: a medical, social and ethical challenge." IV European Congress on Menopause. Edition ESKA (1998): 655–67.

3. Гончаров, Н.Н.

Андрогенний дефіцит у женщин и возможности его гормональной диагностики / Н.Н. Гончаров, Г.В. Кацья, О.А. Мелихова и др. // Проблемы эндокринологии. – 2011. – № 3. – С. 31–36.

Goncharov, N.N., Katsia, G.V., Melikhova, O.A., et al.

"Androgenic deficiency in women and the possibility of its hormonal diagnosis." Problems of endocrinology 3 (2011): 31–6.

4. Юрєнева, С.В.

Старение репродуктивной системы женщин: от теории к клинической практике // С.В. Юрєнева, Л.М. Ильина, В.П. Сметник // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 3. – С. 21–27.

Yureneva, S.V., Ilyina, L.M., Smetnik, V.P.

"Aging of the Reproductive System of Women: From Theory to Clinical Practice." Obstetrics and gynecology 3 (2014): 21–7.

5. Bromberger, J.T., Kravitz, H.M.

"Mood and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over ten years." Obstet Gynecol Clin North Am 38.3 (2011): 609–25.

6. Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F., et al.

"Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles." Arch Gen Psychiatry 63 (2006): 385–90.

7. de Kruif, M., Spijker, A.T., Molendijk, M.L.

"Depression during the perimenopause: A meta-analysis." J of Affective Disorders 206 (2016): 174–80.

8. Wigg, C.

"A Brief Review of Neuropsych Symptoms Associated with the Female Climacteric: Depression and Mental Health." J Neurol Stroke 7.4: 00248. DOI: 10.15406/jnsk.2017.07.00248

9. Lowenstein, L., Shechter, A., Porst, H., et al.

"Physicians' attitudes towards androgen replacement therapy for male and female sexual dysfunction." Int J Impot Res 28.2 (2016): 57–60.

10. Davis, S.R., Wahlin-Jacobsen, S.

"Testosterone in women – the clinical significance." Lancet Diabetes Endocrinol 3.12 (2015): 980–92.

11. Fonseca, H.P., Scapinelli, A., Aoki, T., Aldridge, J.M.

"Androgen deficiency in women." Rev Assoc Med Bras 56.5 (2010): 579–82.

12. Тапильская, Н.И.

Персонифицированный подход к гормональной терапии при преждевременной недостаточности яичников и в период менопаузального перехода / Н.И. Тапильская, М.Б. Хамошина, И.Г. Шестакова // Доктор.Ру. – 2016. – № 8 (125) – № 9 (126). – С. 47–51.

Tapilskaya, N.I., Khamoshina, M.B., Shestakova, I.G.

"Personalized approach to hormonal therapy for premature ovarian failure and during the menopausal transition." Doktor.Ru 8.125–9.126 (2016): 47–51.

13. Хамошина, М.Б.

Менопаузальные расстройства: вариативность терапевтических подходов / М.Б. Хамошина, Ю.А. Бриль. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. – 20 с.

Khamoshina, M.B., Bril, Y.A.

Menopausal disorders: variability of therapeutic approaches. Moscow. Editorial board of the StatusPraesens Journal (2014): 20 p.

14. Тюзиков, И.А.

Дефицит андрогенов у женщин в урогинекологической практике: патофизиология, клинические «маски» и фармакотерапия с применением трансдермальных форм тестостерона / И.А. Тюзиков, С.Ю. Калининко, С.С. Апетов // Российский Вестник акушерско-гинеколога. – 2014. – № 1. – С. 33–43.

Tyuzikov, I.A., Kalinichenko, S.Y., Apetov, S.S.

"Androgen deficiency in women in urogynecological practice: pathophysiology, clinical «masks» and pharmacotherapy with the use of transdermal forms of testosterone." Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist 1 (2014): 33–43.

15. Van Voorhis, B.J., Santoro, N., Harlow, S., et al.

"The relationship of bleeding patterns to daily reproductive hormones in women approaching menopause." Obstet Gynecol 112.1 (2008): 101–8.

16. Phillips, V., Graham, C.T., Manek, S., McCluggage, W.G.

"The effects of the levonorgestrel intrauterine system (Mirena coil) on endometrial morphology." J Clin Pathol 56 (2003): 305–7.

17. Archer, D.F.

"Endometrial bleeding during hormone therapy: the effect of progestogens." Maturitas 57.1 (2007): 71–6.

18. Trabert, B., Wentzensen, N., Yang, H.P., et al.

"Is estrogen plus progestin menopausal hormone therapy safe with respect to endometrial cancer risk?" Int J Cancer 132.2 (2013): 417–26.

19. Кузнецова, И.В.

Менопаузальная гормональная терапия у женщин в перименопаузе с аномальными маточными кровотечениями / И.В. Кузнецова, И.В. Тихоновская // Доктор.Ру. – 2016. – № 3 (120). – С. 25–29.

Kuznetsova, I.V., Tikhonovskaya, I.V.

"Menopausal hormonal therapy in perimenopausal women with abnormal maternal bleedings." Doktor.Ru 3.120 (2016): 25–9.

20. Татарчук, Т.Ф.

Завчасна недостатність яєчників: синдром чи діагноз / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.М. Тутченко // Репродуктивна ендокринологія. – 2017. – № 2 (34). – С. 16–22.

Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V., Tutchenko, T.M.

"Early ovarian failure: syndrome or diagnosis." Reproductive Endocrinology 2.34 (2017).

21. Бутовская, О.Н.

Дифференцированный выбор средств ЗГТ в позднем репродуктивном возрасте : автореф. дисс. ... к. мед. н. / О.Н. Бутовская. – М., 2006.

Butovskaya, O.N.

A differentiated choice of HRT in late reproductive age. Thesis abstract for PhD degree. Moscow (2006).

22. Albright, F., Smith, P., Fraser, R.

"A syndrome characterized by primary ovarian insufficiency and decreased stature." Am J Med Sci 204 (1942): 625–48.

23. Webber, L., et al.

"ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency." Human Reproduction 31.5 (2016): 926–37.

24. Baber, R.J., Panay, N., Fenton, A.; The IMS Writing Group.

"2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy." Climacteric 19 (2016): 109–50.

25. Татарчук, Т.Ф.

Клімактеричний синдром як перший клінічний прояв перименопаузи / Т.Ф. Татарчук, А.О. Ісламова, О.О. Єфіменко // Репродуктивна ендокринологія. – 2015. – №1 (21).

Tatarchuk, T.F., Islamova, A.O., Yefimenko, O.O.

"Climacteric syndrome as the first clinical manifestation of perimenopause." Reproductive Endocrinology 1.21 (2015).

26. Національний консенсус щодо ведення пацієнток у клімактерії.

Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – №1 (21).

National consensus on the management of patients in the climacteric. Reproductive endocrinology 1.21 (2016).

27. Сметник, В.П.

Преждевременная менопауза / В.П. Сметник // Лечащий врач. – 2004. – № 10.

Smetnik, V.P.

"Premature menopause." The attending physician 10 (2004).

28. The North American Menopause Society.

"The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society." Menopause 24.7 (2017): 728–53.

29. Kaufman, J.M.

"Pharmacokinetics of oestrogens and hormone replacement therapy." Eur J Menopause 4 (1997): 14–22.

ИНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК У ПЕРІОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ

Резолюція експертної ради

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заст. директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

В.І. Пирогова, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства, гінекології та перинатології ФПО Львівського НМУ ім. Данила Галицького

О.О. Єфіменко, к. мед. н., ст. наук, співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ ім. О.М. Лук'янової НАМН України»

О.В. Булаченко, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова

І.М. Антонян, к. мед. н., зав. кафедрою загальної, дитячої та онкологічної урології ХМАПО

Г.Я. Пилигіна, д. мед. н., професор, зав. кафедрою психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика

Глобальне старіння населення призводить до істотного збільшення демографічного навантаження на суспільство, що лягає великим тягарем на економіку і викликає значні структурні зміни в сфері соціального забезпечення. Тому проблема збереження здоров'я жінок у peri- та постменопаузі стає надзвичайно актуальною для громадського здоров'я та охорони здоров'я. Саме в цьому періоді відзначається поява цілої низки соматичних і психічних захворювань, які суттєво позначаються на якості та загальній тривалості життя жінки. Неминучими є і клімактеричні прояви – зміна рівнів гормонів, що викликає різні симптоми, включаючи вазомоторні порушення, зменшення щільності кісткової тканини, випадіння волосся, зниження сексуального інтересу і настрою та ін. Тому особливе значення має розробка терапевтичних і реабілітаційних програм для жінок клімактеричного віку з опором на патогенетично обґрунтоване комплексне лікування. Серед іншого, пацієнткам у фазі менопаузального переходу потрібно враховувати декілька принципових положень:

– Клінічний дефіцит статевих гормонів (естрогенів, прогестерону і тестостерону) в жінок є показанням для призначення їм менопаузальної гормональної терапії (МГТ) відповідними гормонами. Робити це слід якомога раніше (в період менопаузального переходу) і персоналізовано – з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток. Призначення МГТ має відповідати симптоматиці і цілям профілактики різних захворювань, так само, як і даним анамнезу, результатам досліджень, уподобанням і очікуванням жінки.

– Для жінок, які потребують корекції симптомів менопаузи і адекватного контролю ендометрія, слід призначити комбінацію естрогену та гестагену. За наявності факторів ризику гіперпроліферації оптимальним вибором є комбінація естрогену та гестагенів із антипроліферативною активністю, наприклад, левоноргестрелу, який може бути призначений як у складі комбінованої менопаузальної терапії, так і в формі внутрішньоматкової системи з цим гестагеном.

– Особливу категорію являють собою пацієнтки, в яких у клінічній ситуації, крім характерних симптомів естрогенодефіциту, спостерігаються клінічні прояви дефіциту андрогенів. В таких пацієнток перевагу слід віддавати препарату, що містить у своєму складі левоноргестрел, який має залишкову андрогенну активність, забезпечує адекватний контроль ендометрія і має додаткові переваги щодо профілактики остеопорозу, передчасної недостатності яєчників і зниження когнітивних функцій.

Ключові слова: менопауза, індивідуальна терапія, МГТ, естрогени, гестагени, левоноргестрел.

ИНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПОДХОДІВ К ВЕДЕННЮ ПАЦІЄНТОК В ПЕРІОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Резолюція експертного совета

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, зам. директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»

В.И. Пирогова, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Львовского НМУ им. Данила Галицкого

О.А. Ефименко, к. мед. н., ст. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ им. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины»

О.В. Булаченко, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 Винницкого НМУ им. Н.И. Пирогова

І.М. Антонян, к. мед. н., зав. кафедрой общей, детской и онкологической урологии ХМАПО

Г.Я. Пилигіна, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика

Глобальное старение населения приводит к существенному увеличению демографической нагрузки на общество, ложится тяжелым бременем на экономику и вызывает значительные структурные изменения в сфере социального обеспечения. Поэтому проблема сохранения здоровья женщин в peri- и постменопаузе становится чрезвычайно актуальной для общественного здоровья и здравоохранения. Именно в этом периоде отмечается появление целого ряда соматических и психических заболеваний, которые существенно сказываются на качестве и общей продолжительности жизни женщины. Неизбежны и климактерические проявления – изменение уровней гормонов, которое вызывает различные симптомы, включая вазомоторные нарушения, уменьшение плотности костной ткани, выпадение волос, снижение сексуального интереса и настроения и др. Поэтому особое значение имеет разработка терапевтических и реабилитационных программ для женщин климактерического возраста с опорой на патогенетически обоснованное комплексное лечение. Среди прочего, пациенткам в фазе менопаузального перехода нужно учитывать несколько принципиальных положений:

– Клинический дефицит половых гормонов (эстрогенов, прогестерона и тестостерона) у женщин является показанием для назначения им менопаузальной гормональной терапии (МГТ) соответствующими гормонами. Делать это следует как можно раньше (в период менопаузального перехода) и персонализировано – с учетом индивидуальных особенностей пациенток. Назначение МГТ должно соответствовать симптоматике и целям профилактики различных заболеваний, так же, как и данным анамнеза, результатам исследований, предпочтениям и ожиданиями женщины.

– Женщинам, которые нуждаются в коррекции симптомов менопаузы и адекватном контроле эндометрия, следует назначать комбинацию эстрогена и гестагена. При наличии факторов риска гиперпролиферации оптимальным выбором является комбинация эстрогена и гестагенов с антипролиферативной активностью, например, левоноргестрела, который может быть назначен как в составе комбинированной менопаузальной терапии, так и в форме внутриматочной системы с этим гестагеном.

– Особую категорию представляют собой пациентки, у которых в клинической ситуации, кроме характерных симптомов эстрогенодефицита, наблюдаются клинические проявления дефицита андрогенов. У таких пациенток предпочтение следует отдавать препарату, содержащему в своем составе левоноргестрел, который обладает остаточной андрогенной активностью, обеспечивает адекватный контроль эндометрия и имеет дополнительные преимущества в отношении профилактики остеопороза, преждевременной недостаточности яичников и снижения когнитивных функций.

Ключевые слова: менопауза, индивидуальная терапия, МГТ, эстрогены, гестагены, левоноргестрел.

INDIVIDUALIZATION OF APPROACHES TO MANAGING PATIENTS DURING MENOPAUSAL TRANSITION

Resolution of the Expert Council

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

V.I. Pyrohova, MD, head of the Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education of Danylo Halytsky Lviv National Medical University

O.O. Yefimenko, PhD, senior researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

O.V. Bulavenko, MD, professor, head of Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

I.M. Antonian, PhD, head of General, Pediatric and Oncological Urology Department, Kharkiv MAPE

G.Y. Piliagina, MD, professor, head of of Psychiatry Department P.L. Shupik NMAPE

The global aging of the population leads to a significant increase in the demographic burden on society, puts a heavy burden on the economy and causes significant structural changes in the sphere of social security. Therefore, the problem of maintaining the health of women in peri- and post-menopause becomes extremely important for public health and health. It is in this period that a number of somatic and mental diseases appear that significantly affect the quality and overall life span of a woman. Inevitably, menopausal manifestations is a change in hormone levels that causes various symptoms, including vasomotor disorders, bone density, hair loss, decreased sexual interest and mood, etc. Therefore, the development of therapeutic and rehabilitative programs for women of menopausal age, based on pathogenetically substantiated complex treatment. Among other things, patients in the phase of the menopausal transition need to take into account several principal provisions:

– Clinical deficiency of sex hormones (estrogens, progesterone and testosterone) in women is an indication for the appointment of menopausal hormone therapy (MHT) with appropriate hormones. This should be done as soon as possible (during the menopausal transition) and personalized – taking into account the individual characteristics of patients. The purpose of MHT should correspond to the symptomatology and goals of the prevention of various diseases, as well as the history, research results, preferences and expectations of women.

– Women who need correction of the symptoms of menopause and adequate control of the endometrium, should be prescribed a combination of estrogen and gestagen. In the presence of risk factors for hyperproliferation, the best choice is the combination of estrogen and progestogens with antiproliferative activity, for example levonorgestrel, which can be prescribed both in combination menopausal therapy and in the form of an intrauterine system with this gestogen.

– A special category is patients who have clinical manifestations of androgen deficiency in the clinical situation, in addition to the characteristic symptoms of estrogen deficiency. In such patients, preference should be given to the drug containing levonorgestrel, which has residual androgenic activity, provides adequate control of the endometrium and has additional advantages with regard to the prevention of osteoporosis, premature ovarian failure and cognitive decline.

Keywords: menopause, individual therapy, MHT, estrogens, gestagens, levonorgestrel.