

# РЕЗОЛЮЦИЯ I МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСАМ МЕНОПАУЗЫ

8–9 ноября 2019 г. в Тбилиси (Грузия) состоялся инициированный Ассоциацией гинекологов-эндокринологов Украины I Международный форум экспертов по вопросам менопаузы.

В рабочую группу экспертного совета вошли ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Украины. Эксперты представили данные своих стран о состоянии менеджмента менопаузы, опыте решения проблем этого периода, а также обсудили ключевые моменты будущего сотрудничества в стратегии развития подходов к обеспечению здорового долголетия женщин

## I. ВАЖНОСТЬ МЕНЕДЖМЕНТА МЕНОПАУЗЫ И СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Увеличение продолжительности жизни во всем мире, продление трудоспособного возраста обуславливают рост популяции профессионально активных женщин, находящихся в периоде менопаузы. В связи с такими демографическими изменениями сохранение здоровья и улучшения качества жизни этой категории женщин имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

В период менопаузы вследствие снижения уровня половых гормонов возникает ряд изменений, которые значительно влияют на здоровье женщин и ухудшают качество их жизни. К таким нарушениям относятся ранние, нейровегетативные симптомы, и более поздние – генитоуринарные атрофические изменения, остеопороз и метаболические нарушения. Последние, в свою очередь, способствуют абдоминальному ожирению, возрастанию риска развития сахарного диабета 2-го типа, а также повышают частоту сердечно-сосудистых заболеваний.

Возрастные изменения неизбежны, но все же процесс старения можно замедлить. Повысить качество жизни женщины в менопаузе, поддержать ее физическое и душевное равновесие поможет здоровый образ жизни, который включает в себя соблюдение рационального режима труда и отдыха, полноценное и сбалансированное питание, отказ от вредных привычек, регулярную физическую и социальную активность.

В последние десятилетия в странах постсоветского пространства (Украина, Казахстан, Узбекистан, Беларусь, Грузия, Армения, Кыргызстан) наблюдается тенденция к росту доли женщин зрелого возраста, особенно в структуре трудоспособного населения, а также к увеличению их пенсионного возраста. Это требует сохранения высокого качества жизни и трудоспособности. В структуре заболеваемости и причин смертности в вышеуказанных странах первое место занимает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому в меняющихся социально-экономических условиях менеджмент менопаузы приобретает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость.

## II. ВАЖНОСТЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ МЕНОПАУЗЫ И МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В свете развития медицины четырех «П», которая базируется на таких принципах, как прогнозирование (predictive), профилактика (precautionary), персонализация

(personification) и партнерство (participatory), все большее значение приобретает персонализированная тактика в каждом конкретном случае. Поскольку проблема менопаузы многогранна, ее решение должно основываться на мультидисциплинарном подходе. Соответственно, успех стратегии сохранения здоровья в менопаузе базируется на повышении осведомленности о ближайших и отсроченных рисках дефицита половых стероидных гормонов и способах поддержания гормонального баланса со стороны как самих женщин, так и врачей различных специальностей.

В ходе качественного консультирования и информирования особое внимание следует уделять своевременному старту терапии, разъяснению пользы и риска менопаузальной гормональной терапии (МГТ), выявлению возраст-зависимых рисков и путей их преодоления.

## III. МГТ КАК НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ТЕРАПИИ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ

Во всем мире признано, что наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом коррекции климактерических расстройств является МГТ. Эта терапия рассматривается как весомая часть стратегии сохранения здоровья женщин зрелого возраста, включающая наряду с модификацией образа жизни использование эстрогенов в комбинации с прогестероном. Консультируя женщин по вопросам менопаузы, необходимо уделить особое внимание своевременному старту МГТ, объяснить ее пользу и риски, а также определить методы предотвращения рисков, связанных с возрастом.

**Цель МГТ – частично восполнить дефицит половых гормонов, используя минимально-оптимальные дозы, способные улучшить общее состояние женщины и обеспечить профилактику поздних обменных нарушений и остеопороза.**

Несмотря на то, что в большинстве представленных на форуме стран наблюдается тенденция к увеличению численности женщин старше 40 лет, применение и приверженность МГТ там низкие, в среднем от 1% до 3%.

Номенклатурные документы, определяющие подходы к тактике ведения пациенток в менопаузе, есть в Республике Казахстан и в Республике Беларусь (в виде протоколов), рекомендательный документ в виде консенсуса – в Украине. Разработка и утверждение регламентирующих документов

менеджмента менопаузы на основании мировых стандартов с учетом региональных особенностей является очевидной необходимостью. Это позволит оптимизировать усилия по повышению качества жизни женщин старше 40 лет.

Обобщение многих исследований, изучавших пользу/риски МГТ, демонстрируют ее положительное влияние на многие аспекты здоровья женщины зрелого возраста. Согласно доказательной базе, МГТ – это наиболее эффективный метод лечения вазомоторных расстройств. Системная МГТ способна предупредить/снизить выраженность проявлений атрофических изменений урогенитального тракта, поддерживая этим вагинальное здоровье. МГТ эффективна в предотвращении потери костной ткани, поэтому может рассматриваться как метод профилактики и один из методов терапии первой линии для лечения остеопении и остеопороза у женщин в менопаузе.

МГТ поддерживает синтез коллагена и эластина, улучшает секрецию сальных и потовых желез, улучшает трофику и местный иммунитет слизистых. Появляется все больше данных о способности МГТ снижать частоту развития сердечно-сосудистых заболеваний вследствие положительного действия на эндотелиальную функцию, в результате снижения фракций атерогенных липидов в крови. Согласно доказательной базе, МГТ может препятствовать развитию сахарного диабета 2-го типа и абдоминального ожирения, а также способствует поддержанию когнитивных функций.

#### IV. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОЙ МГТ

Индивидуализация подбора МГТ зависит от возраста пациентки и менопаузального статуса. Следует отметить, что монотерапия эстрогенами назначается женщинам после тотальной гистерэктомии. Но при субтотальной гистерэктомии и при гистерэктомии по поводу эндометриоза рекомендована комбинированная эстроген-гестагенная МГТ.

Для каждого этапа репродуктивного старения женщины, согласно системе критериев STRAW+10<sup>1</sup>, требуется взвешенное решение по выбору режима и дозировок комбинированной МГТ терапевтически эффективными низкодозированными формами. Алгоритм выбора препарата МГТ хорошо иллюстрируется на линейке препарата Фемостон®, содержащего 17β-эстрадиол + дидрогестерон в циклическом (1/10; 2/10) и непрерывном режимах (1/5; 0,5/2,5).

Линейка комбинированной МГТ эстрадиол/дидрогестерон (Э/Д) в циклическом и непрерывном режиме (препарат Фемостон®) в полной мере соответствует требованиям безопасности для пациенток с сохраненной маткой и обеспечивает эффективное лечение. Эстроген, входящий в состав данного препарата в форме микронизированного 17β-эстрадиола, идентичен эндогенному эстрадиолу человека. Дидрогестерон близок к натуральному прогестерону, а небольшие отличия химической структуры повышают его активность, придают метаболическую стабильность. Важным качеством дидрогестерона является отсутствие эстрогенных, андрогенных, анаболических и минералокор-

тикоидных свойств. Дидрогестерон оказывает выраженное антиэстрогенное действие на эндометрий, снижая его пролиферативную активность.

#### V. ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ МГТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТКИ В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ И В ПОСТМENOПАЗУЗЕ

Диагноз перименопаузы для большинства женщин старше 45 лет с наличием вазомоторных симптомов на фоне нерегулярных менструаций не требует дополнительных лабораторных гормональных исследований. В случае преждевременной недостаточности яичников диагноз подтверждают путем определения повышенного уровня фолликулостимулирующего гормона больше 40 МЕ/л дважды с промежутком в 4–8 недель в возрасте до 45 лет. Постменопауза диагностируется через 12 месяцев отсутствия менструаций.

**Начинать МГТ рекомендуется преимущественно в перименопаузе или в ранней постменопаузе, но при длительности менопаузы не более 10 лет.**

Алгоритм оценки состояния эндометрия в перименопаузе представлен на рис. 1.

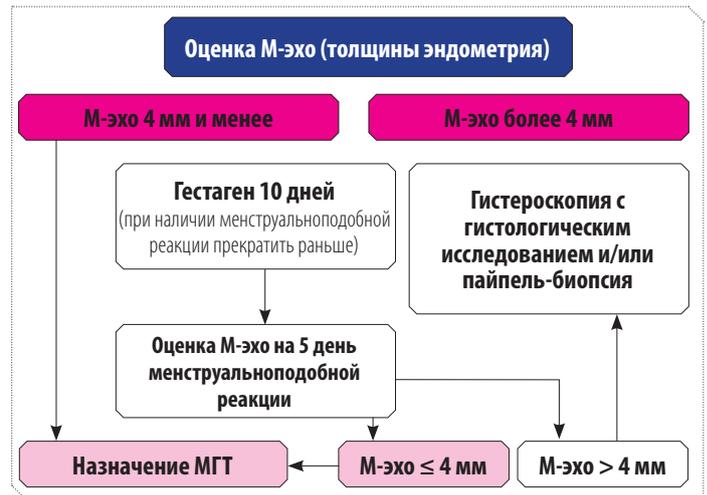


Рисунок 1. Контроль толщины и структуры эндометрия при назначении МГТ

Перед началом терапии обязательно следует выполнить оценку толщины эндометрия (методом трансвагинальной сонографии), которая не должна превышать 4 мм. В случае утолщения эндометрия > 4 мм для исключения гиперплазии показано назначение гестагена (например, дидрогестерона в дозе 20 мг/день) на протяжении 10 дней с последующей оценкой толщины М-эхо на 5 день менструальноподобной реакции. При визуализации толщины эндометрия < 4 мм после гормонального кюретажа возможно назначение МГТ. Если сохраняется толщина эндометрия > 4 мм, обязательно проведение гистероскопии и/или пайпель-биопсии с последующей гистологической оценкой полученного материала.

**В перименопаузе предпочтительнее начинать с МГТ в комбинированном циклическом режиме с более низкой дозы эстрогена – Э/Д 1/10 (рис. 2).**

<sup>1</sup> Классификация этапов старения, предложенная Рабочей группой по изучению этапов старения репродуктивной системы женщин (Stages of Reproductive Aging Workshop, STRAW), в США в 2011 г. в ходе симпозиума (прим. ред.).

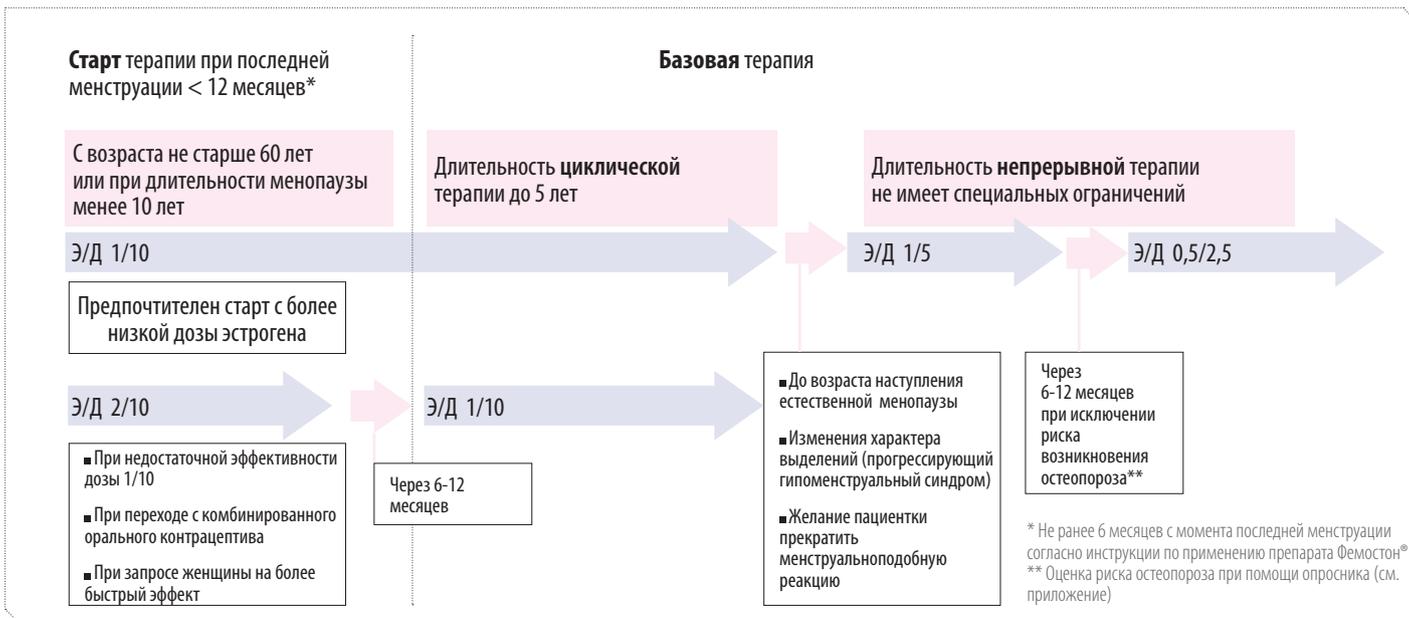


Рисунок 2. МГТ в перименопаузе

При недостаточной эффективности старта Э/Д 1/10, при переходе с комбинированного орального контрацептива или при запросе женщины на более быстрый эффект возможно начинать МГТ с более высокой дозы, например, Э/Д 2/10, с последующим переходом на более низкую дозу (Э/Д 1/10) через 6–12 месяцев. Длительность циклической терапии не должна превышать 5 лет, с последующим переходом на непрерывный режим приема МГТ (1/5 или 0,5/2,5). Уменьшение дозы Э/Д до 0,5/2,5 возможно через 6–12 месяцев применения Э/Д 1/5 после исключения риска остеопороза по международной шкале оценки риска остеопоротических переломов FRAX (приложение).

Постменопауза – период после наступления менопаузы (12 месяцев после последней менструации) до конца жизни женщины. В **постменопаузе** предпочтительнее начинать МГТ с более низкой дозы эстрогена и использовать непрерывный комбинированный режим дозирования эстрогена и гестагена (Э/Д 0,5/2,5). При недостаточной эффективности старта 0,5/2,5 и/или наличии риска остеопороза по шкале FRAX целесообразно использование более высокой дозы (Э/Д 1/5) с возможным последующим переходом на Э/Д 0,5/2,5 (рис. 3).

С целью эффективной профилактики возникновения остеопороза у женщин в постменопаузальный период предлагается проводить непрерывную оценку рисков развития переломов. Одним из вариантов ее проведения может быть заполнение опросника с такими параметрами, как возраст, семейный анамнез, наличие переломов в прошлом, прием кортикостероидов и т. д. Такой опросник является удобным инструментом для быстрой и эффективной оценки рисков возникновения остеопороза с целью принятия соответствующих профилактических и терапевтических мер. В настоящее время разработаны опросники, которые могут использоваться как с учетом минеральной плотности костной ткани, так и без него – например, FRAX (см. приложение).

ние). В частности, на основании оценки рисков FRAX медикаментозная терапия может быть рассмотрена при среднем риске и должна применяться при высоком. При этом решение о назначении профилактических мероприятий или лечения должно приниматься на основании клинических данных.

**На протяжении всего периода использования МГТ необходимо проводить ежегодное базовое обследование:** измерение веса, окружности талии и уровня артериального давления, гинекологический осмотр, цитологическое исследование цервикального мазка по Папаниколау, УЗИ органов малого таза с определением толщины и структуры эндометрия, маммографию. Ежегодное обследование рекомендуется всем женщинам в пери- и постменопаузе вне зависимости от приема МГТ.

## VI. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЖЕНЩИН И СПЕЦИАЛИСТОВ (ГИНЕКОЛОГОВ, ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ)

С целью улучшения здоровья и качества жизни женщин необходимо повысить их осведомленность относительно возраст-зависимых рисков сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также симптомов эстрогенного дефицита в пери- и постменопаузе. Также следует побуждать данный контингент женщин к прохождению плановых профилактических осмотров. Это будет способствовать ранней диагностике и профилактике заболеваний, которые манифестируют преимущественно в этом возрасте.

Следует разработать и внедрять стратегию формирования культуры «здорового долголетия», разработать информационные материалы для населения, привлечь средства массовой информации.

Для врачей-гинекологов необходимо разработать и внедрить в практику работы алгоритмы консультирования с учетом подходов и принципов «здорового долголетия» – здорового образа жизни и использования МГТ как части

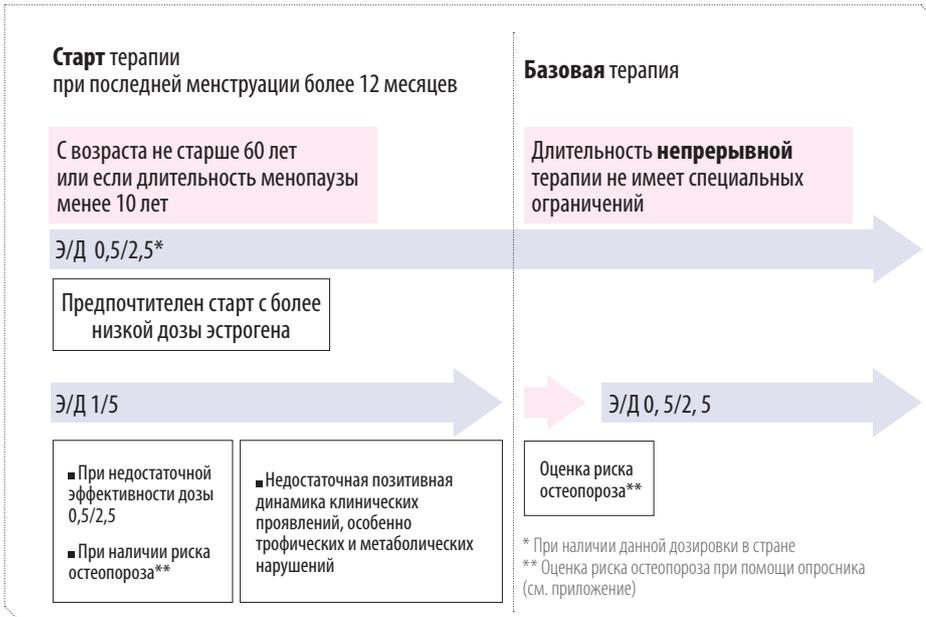


Рисунок 3. МГТ в постменопаузе

этой стратегии, что соответствует мировым стандартам. Соответственно, необходимо последовательное непрерывное обучение гинекологов

современным подходам к менеджменту менопаузы для своевременного старта МГТ, корректного назначения различных режимов и дозировок на

длительный период и улучшения качества жизни женщины в пери- и постменопаузе.

Необходимо повысить уровень знаний врачей других специальностей, прежде всего семейных врачей, а также терапевтов, эндокринологов, кардиологов, неврологов, ревматологов, ортопедов, стоматологов и др. в вопросах негативного влияния дефицита эстрогенов на течение ряда заболеваний, а также в вопросах менеджмента климактерия и менопаузы, включая применение МГТ.

Следует обратить внимание акушеров-гинекологов, а также врачей других специальностей, терапевтов, на важность междисциплинарного подхода к ведению пациенток с климактерическим синдромом и поздними проявлениями эстрогенного дефицита. Целесообразно развитие междисциплинарных информационных и клинических проектов, направленных на поддержку здорового и активного долголетия (healthy ageing).

**ПРИЛОЖЕНИЕ.** Шкала FRAX: определение 10-летней вероятности остеопоротических переломов и порога вмешательства  
Свободный доступ с возможностью выбора страны и языка по ссылке: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=9>

Риск переломов (FRAX) за 10 лет у пациента может быть оценен как:

- низкий (<10% в последующие 10 лет);
- средний (10-20% в последующие 10 лет);
- высокий (> 20% в последующие 10 лет).

## Инструмент для расчета

Для подсчета 10-летней вероятности перелома с использованием МПК ответьте на следующие вопросы.

страна: США (европе.)    Имя / ID:     О факторах риска

**анкета:**

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения  
Возраст:     Дата рождения:  год:     месяц:     день:

2. Пол     Мужской     женский

3. Вес (кг)   

4. Рост (см)   

5. Предшествующий перелом     нет     да

6. Перелом бедра у родителей     нет     да

7. Курение в настоящее время     нет     да

8. Глюкокортикоиды     нет     да

9. Ревматоидный артрит     нет     да

10. Вторичный остеопороз     нет     да

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

12. Минеральная плотность кости (МПК)  
Выбирать BMD



### Конвертация веса

Pounds kg

### Height Conversion

Inches cm

**07849135**

Количество людей, у которых с 1 января 2012 г. произведен подсчет FRAX

## Учасники I Міжнародного форуму експертів по вопросам менопаузи:

Ф.А. Гафурова, акушер-гінеколог, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатальної медицини Ташкентського інститута удосконалення лікарів, г. Ташкент, Узбекистан  
М. Гегечкори, акушер-гінеколог, професор, академічний доктор медицини, клінічний професор Тбіліського ГМУ, президент Грузинської Асоціації гінекології та ендокринології, керівник академічного/дослідницького напрямку репродуктивної клініки ім. З. Сабахтарашвілі, г. Тбілісі, Грузія  
А.Л. Громова, акушер-гінеколог вищої категорії, к. мед. н., асистент кафедри акушерства та гінекології післядипломного освіти НМУ ім. А.А. Богомольця, г. Київ, Україна  
А.А. Давлетбаєва, акушер-гінеколог вищої категорії, директор медичного центру SMALL Clinic, г. Алматы, Казахстан  
М. Джанелідзе, акушер-гінеколог, репродуктолог, д. мед. н., директор та засновник клініки IQ, г. Тбілісі, Грузія  
Т.А. Ермоленко, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 2 Одеського НМУ, г. Одеса, Україна  
Е.В. Занько, к. мед. н., науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я ГНУ «Центр інноваційних медичних технологій» НАН України, г. Київ, Україна

Б.Ж. Иманкулова, к. мед. н., корпоративний фонд University Medical Center, завідувачка відділом амбулаторної гінекології клінічного академічного департаменту «Жіноче здоров'я», г. Нур-Султан, Казахстан  
Е.Н. Кириллова, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Білоруського ГМУ, г. Минск, Беларусь  
Д.И. Кристесашилі, заступник директора центру репродуктивної медицини «Універсі», професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології медичного факультету ТГУ ім. І. Джавахішвілі, віце-президент Грузинської Асоціації репродуктивного здоров'я, г. Тбілісі, Грузія  
Н. Марсагішвілі, акушер-гінеколог, репродуктолог, д. мед. н., керівник консультативно-діагностичного центру, клініка ІN-VITRO, г. Тбілісі, Грузія  
Г.Т. Мырзабекова, акушер-гінеколог вищої категорії, «Центр молекулярної медицини», г. Алматы, Казахстан  
Л. Надарешвілі, гінеколог, репродуктолог, д. мед. н., керівник консультативно-діагностичного центру клініки Чачава, г. Тбілісі, Грузія  
Н.Н. Педаченко, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, г. Київ, Україна  
И.Г. Персоян, акушер-гінеколог, гінеколог-ендокринолог, к. мед. н., завідувачка жіночої консультації МЦ «Астхик», президент Армянської антивозрастної медичної асоціації, г. Ереван, Армения

В.И. Пирогова, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології, ФДПО Львівського НМУ ім. Данила Галицького, г. Львів, Україна  
Л. Пхаладзе, акушер-гінеколог, репродуктолог, д. мед. н., клінічний директор Інституту репродуктології ім. І. Жорданія, г. Тбілісі, Грузія  
А.Э. Самигуллина, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології, Кыргызський державний медичний інститут підготовки та підвищення кваліфікації, г. Бішкек, Кыргызстан  
Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора по науковій роботі, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ГУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. акад. Е.М. Лук'янової НАМН України», г. Київ, Україна  
О.А. Теслова, к. мед. н., декан факультету підвищення кваліфікації та підготовки кадрів Білоруського ГМУ, г. Минск, Беларусь  
У.М. Уразова, акушер-гінеколог вищої категорії, к. мед. н., заступник директора міської поліклініки № 4, г. Нур-Султан, Казахстан  
С.А. Эм, акушер-гінеколог, клініка Status medical plus, г. Ташкент, Узбекистан □

### РЕЗОЛЮЦІЯ І МІЖНАРОДНОГО ФОРУМА ЕКСПЕРТІВ ПО ВОПРОСАМ МЕНОПАУЗИ

8–9 листопада 2019 г. в Тбілісі (Грузія) відбувся ініційований Асоціацією гінекологів-ендокринологів України I Міжнародний форум експертів по вопросам менопаузи. В робочу групу експертного совету вошли ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Украины. Экспертами были представлены данные своих стран о состоянии менеджмента менопаузы, опыте решения проблем этого периода жизни.

В ходе врачебного консультирования женщины следует уделять особое внимание своевременному старту терапии, объяснению пользы и риска менопаузальной гормональной терапии (МГТ), выявлению возраст-зависимых рисков и путей их преодоления.

Сегодня наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом коррекции климактерических расстройств является МГТ. Цель МГТ – частично восполнить дефицит половых гормонов, используя минимально-оптимальные дозы, способные улучшить общее состояние женщины и обеспечить профилактику поздних обменных нарушений и остеопороза.

Индивидуализация подбора МГТ зависит от возраста пациентки и менопаузального статуса. Для каждого этапа репродуктивного старения женщины, согласно системе критериев STRAW+10, требуется взвешенное решение по выбору режима и дозировок комбинированной МГТ терапевтически эффективными низкодозированными формами. Начинать МГТ рекомендуется преимущественно в перименопаузе или в ранней постменопаузе, но при длительности менопаузы не более 10 лет. Перед началом терапии обязательно следует выполнить оценку толщины эндометрия методом трансвагинальной сонографии.

В перименопаузе предпочтительнее начинать с МГТ в комбинированном циклическом режиме с более низкой дозы эстрогена. В постменопаузе предпочтительнее начинать с более низкой дозы эстрогена и использовать непрерывный комбинированный режим дозирования эстрогена и гестагена. С целью эффективной профилактики возникновения остеопороза у женщин в постменопаузальный период предлагается проводить непрерывную оценку рисков развития переломов.

На протяжении всего периода использования МГТ необходимо ежегодное базовое обследование: измерение веса, окружности талии и уровня артериального давления, гинекологический осмотр, цитологическое исследование цервикального мазка по Папаниколау, УЗИ органов малого таза с определением толщины и структуры эндометрия, маммография.

**Ключевые слова:** резолюция, Асоціація гінекологів-ендокринологів України, Міжнародний форум експертів по вопросам менопаузи, менопаузальна гормональна терапія.

### РЕЗОЛЮЦІЯ І МІЖНАРОДНОГО ФОРУМА ЕКСПЕРТІВ З ПИТАНЬ МЕНОПАУЗИ

8–9 листопада 2019 року в Тбілісі (Грузія) відбувся ініційований Асоціацією гінекологів-ендокринологів України I Міжнародний форум експертів з питань менопаузи. До робочої групи експертної ради увійшли провідні фахівці у сфері акушерства і гінекології Вірменії, Білорусії, Грузії, Казахстану, Киргизстану, Узбекистану та України. Експертами були представлені дані своїх країн про стан менеджменту менопаузи, досвід вирішення проблем цього періоду життя.

В ході лікарського консультивання жінки слід приділяти особливу увагу своєчасному старту терапії, поясненню користі і ризику менопаузальної гормональної терапії (МГТ), виявленню вікозалежних ризиків і шляхів їх подолання.

Сьогодні найбільш ефективним і патогенетично обґрунтованим методом корекції клімактеричних розладів є МГТ. Мета МГТ – частково компенсувати дефіцит статевих гормонів, використовуючи мінімально-оптимальні дози, здатні поліпшити загальний стан жінки і забезпечити профілактику пізніх обмінних порушень і остеопорозу.

Індивідуалізація підбору МГТ залежить від віку пацієнтки і менопаузального статусу. Для кожного етапу репродуктивного старіння жінки відповідно до системи критеріїв STRAW+10 необхідне зважене рішення щодо вибору режиму і дозувань комбінованої МГТ терапевтично ефективними низькодозованими формами. Починати МГТ рекомендується переважно в перименопаузі або в ранній постменопаузі, але за тривалості менопаузи не більше 10 років. Перед початком терапії обов'язково слід виконати оцінку товщини ендометрія методом трансвагінальної сонографії.

У перименопаузі краще починати з МГТ в комбінованому циклічному режимі з нижчої дози естрогену. У постменопаузі краще починати з меншої дози естрогену і використовувати безперервний комбінований режим дозування естрогену і гестагену. З метою ефективної профілактики виникнення остеопорозу в жінок у постменопаузі пропонується проводити безперервну оцінку ризиків розвитку переломів.

Протягом всього періоду використання МГТ необхідне щорічне базове обстеження: вимірювання ваги, окружності талії і рівня артеріального тиску, гінекологічний огляд, цитологічне дослідження цервікального мазка за Папаниколау, УЗД органів малого таза з визначенням товщини і структури ендометрія, маммографія.

**Ключові слова:** резолюція, Асоціація гінекологів-ендокринологів України, Міжнародний форум експертів з питань менопаузи, менопаузальна гормональна терапія.

### RESOLUTION OF THE I INTERNATIONAL FORUM OF EXPERTS IN MENOPAUSE

On November 8–9, 2019 in Tbilisi (Georgia) the I International Forum of Menopause Experts initiated by the Association of Gynecologists-Endocrinologists of Ukraine was held. Expert working group included leading specialists in the field of obstetrics and gynecology in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Uzbekistan and Ukraine. Experts presented data of their countries on the status of menopause management, experience in solving problems of this period of life.

During medical counseling women should pay special attention to the timely start of therapy, explaining the benefits and risks of menopausal hormone therapy (MHT), identifying age-dependent risks and ways to overcome them. MHT is the most effective and pathogenetically substantiated method for the correction of menopausal disorders today. The goal of MHT is to partially compensate for the deficiency of sex hormones using minimally optimal doses that can improve the general condition of women and ensure the prevention of late metabolic disorders and osteoporosis.

Individualization of MHT depends on the patient's age and menopausal status. For each stage of woman's reproductive aging according to the STRAW+10 a balanced decision is required on the choice of the regimen and dosage of the combined MHT with therapeutically effective low-dosage forms. It is recommended to start MHT mainly in perimenopause or in early postmenopause, but with menopause duration no more than 10 years. It is necessary to evaluate the thickness of the endometrium using transvaginal sonography before therapy.

In perimenopause it is preferable to start MHT in a combined cyclic regimen with a lower dose of estrogen. In postmenopausal women it is preferable to start with a lower dose of estrogen and use a continuous combined dosage regimen of estrogen and gestagen. It is proposed a continuous assessment of the fractures risks to effectively prevent the osteoporosis in women in the postmenopausal period.

An annual basic examination is necessary throughout the entire period of MHT use: measurement of weight, waist circumference and blood pressure level, gynecological examination, cytological examination of a cervical smear according to Papanicolaou, ultrasound of the pelvic organs with determination of the endometrium thickness and structure, mammography.

**Keywords:** resolution, Association of Gynecologists-Endocrinologists of Ukraine, International Forum of Experts in Menopause, menopausal hormone therapy.