

РЕЗОЛЮЦІЯ VII МІЖНАРОДНОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ ІЗ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

ЗА ПІДТРИМКИ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ГІНЕКОЛОГІВ-ЕНДОКРИНОЛОГІВ
18 ЛИСТОПАДА 2025 РОКУ В КИЄВІ ВІДБУВСЯ VII МІЖНАРОДНИЙ ФОРУМ
ЕКСПЕРТІВ ІЗ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (МГТ). У ЗАХОДІ
ВЗЯЛИ УЧАСТЬ ПРОВІДНІ АКУШЕРИ-ГІНЕКОЛОГИ АЗЕРБАЙДЖАНУ, ВІРМЕНІЇ,
ГРУЗІЇ, КАЗАХСТАНУ, МОЛДОВИ, ТУРКМЕНИСТАНУ, УЗБЕКИСТАНУ, УКРАЇНИ.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2026.82.6-18>

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця генерального директора, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-5498-4143

Н.Ю. Педаченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства і гінекології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-0821-2943

Г.О. Гребеннікова, PhD, лікарка акушер-гінеколог, експертка ЮНФПА, виконавча директорка Казахстанської асоціації статевого та репродуктивного здоров'я, м. Алмати, Казахстан
ORCID: 0000-0002-6519-0103

О.Л. Громова, д. мед. н., доцентка кафедри госпітального акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0003-3963-3940

Д.Т. Каюмова, д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Ташкентського державного медичного університету, м. Ташкент, Узбекистан
ORCID: 0009-0004-5355-4354

О.Г. Яшина, к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0003-4972-749X

Л.Р. Агабабян, професорка, завідувачка кафедри акушерства та гінекології з курсом неонатології ФПДО Самаркандського державного медичного університету, м. Самарканд, Узбекистан
ORCID: 0000-0003-3011-6998

Л.М. Бегімбекова, к. мед. н., доцентка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології і педіатрії Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясаві, м. Шимкент, Казахстан
ORCID: 0000-0001-8666-8711

Ф.А. Гафурова, д. мед. н., доцентка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатальної медицини № 1 Центру розвитку професійної кваліфікації медичних працівників, м. Ташкент, Узбекистан
ORCID: 0000-0002-4689-2986

М.А. Гегечкорі, к. мед. н., лікарка-репродуктолог репродуктивної клініки ім. Зураба Сабхатарашвілі, м. Тбілісі, Грузія

А.П. Джаймбетова, лікарка акушер-гінеколог, магістриня медичних наук, експертка Казахстанської асоціації статевого та репродуктивного здоров'я, експертка ЮНФПА, м. Алмати, Казахстан

Т.О. Єрмоленко, д. мед. н., професорка кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна.
ORCID: 0009-0000-8106-138X

О.О. Єфіменко, д. мед. н., провідна наукова співробітниця ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0003-1228-0911

Г.З. Єшимбетова, д. мед. н., професорка кафедри акушерства, гінекології та перинатальної медицини № 1 Центру розвитку професійної кваліфікації медичних працівників, м. Ташкент, Узбекистан
ORCID: 0009-0001-1666-5088

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0003-2934-3157

С.У. Іргашева, д. мед. н., професорка Республіканського спеціалізованого науково-практичного медичного центру здоров'я матері та дитини, м. Ташкент, Узбекистан
ORCID: 0000-0002-4290-6447

І.Л. Копобаєва, асистентка-професорка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НАТ «Медичний Університет Караганди», президентка Карагандинського філіалу КМПА, м. Караганда, Казахстан
ORCID: 0000-0003-1149-7879

Н.В. Косей, д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Д.І. Крістесашвілі, д. мед. н., професорка, заступниця директора Центру репродуктивної медицини «Універсі», м. Тбілісі, Грузія

П.Н. Мікаїлзаде, лікарка акушер-гінеколог клініки «Герман», м. Баку, Азербайджан
ORCID: 0009-0000-7120-1895

Г.Т. Мирзабєкова, лікарка акушер-гінеколог Центру молекулярної медицини, м. Алмати, Казахстан

Р.О. Мневєць, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», асистент кафедри педіатрії, акушерства і гінекології ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0001-9614-5762

Ш.Д. Муратова, к. мед. н., асистентка кафедри акушерства та гінекології Туркменського державного медичного університету ім. Мирада Гаррієва, м. Ашгабад, Туркменістан

І.Г. Персоян, к. мед. н., завідувачка жіночої консультації МЦ «Бегларян», президентка Вірменської антивікової медичної асоціації, м. Єреван, Вірменія
ORCID: 0009-0009-1140-5672

В.І. Пирогова, д. мед. н., професорка кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ДНП Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна
ORCID: 0000-0002-1205-6365

Н.М. Рожковська, д. мед. н., професорка кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна
ORCID: 0000-0001-7860-3272

Л.В. Ставінська, к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Державного університету медицини та фармації ім. Ніколає Тестеміцану, м. Кишинів, Молдова

Т.М. Укібасова, д. м. н., професорка, лікарка акушер-гінеколог Національного наукового центру материнства та дитинства, Корпоративний фонд «University Medical Center», м. Астана, Казахстан
ORCID: 0000-0002-5098-0727

РЕПРОДУКТИВНА СИСТЕМА ТА КІСТКОВА ТКАНИНА

Остеопороз щорічно спричиняє понад 8,9 мільйонів переломів в усьому світі – кожні три секунди відбувається новий випадок. У жінок 80, 75, 70 і 58% переломів припадає відповідно на передпліччя, плечову кістку, стегно та хребет. Прогнозується, що у світі до 2050 року частота переломів стегна в жінок буде на 240% вищою порівняно з показниками 1990 року. На жаль, переважна більшість осіб із високим ризиком (близько 80%), які мали принаймні один перелом унаслідок остеопорозу, не виявляються і не лікуються [1–3].

Частота остеопорозу серед осіб старше ніж 50 років є високою: це кожна третя жінка та кожний п'ятий чоловік. Ризик смерті, пов'язаної з переломом стегна, у 50-річної жінки становить 2,8%, що еквівалентно ризику смерті від раку молочної залози (PM3) й удвічі вище порівняно з показниками смертності від раку ендометрія. Протягом життя жінки втрачають близько 50% щільності трабекулярної кістки та 30% кортикальної кістки, приблизно половина цього обсягу втрачається протягом перших 10 років після менопаузи [1–3].

Отже, втрата кісткової тканини – насамперед жіноча проблема. Приналежність до жіночої статі вже є чинником ризику переломів. Найбільш демонстративним прогностичним фактором майбутніх переломів в осіб віком 40+ вважаються переломи зап'ястя. У жінок такі переломи зустрічаються в п'ятеро частіше, ніж у чоловіків. Також до епідеміологічних особливостей належить більша кількість переломів хребців у жінок, що здебільшого є субклінічними і/або повністю безсимптомними. У результаті ці жінки можуть не отримувати необхідної діагностики протягом багатьох років. Водночас значна частка пацієнток із безсимптомними переломами хребців має рівень мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), який не виправдовує лікування, що ґрунтується лише на показниках МЩКТ [4].

Перший пік щільності кісткової тканини (генетичний) припадає на в 11–15 років. Саме тому профілактика остеопорозу повинна починатися в період набору піка кісткової маси (до 25 років – останній пік набору кісткової маси) [5].

На пік формування кісткової тканини можуть впливати [6, 7]:

- Генетичні фактори. Становлять основу варіабельності МЩКТ (близько 60–80%). Однак модифіковані фактори (дієта, фізична активність) можуть впливати додатково.
- Адекватне споживання кальцію, вітаміну D, білка та регулярна фізична активність – ключові модифіковані фактори, що стимулюють набір кісткової маси під час росту.
- Надмірно низька маса тіла, недостатня м'язова маса, затримка менархе або порушення менструального циклу (олігоменорея, аменорея) можуть гальмувати формування піка кісткової тканини в підлітків.

У гуморальній регуляції кісткового метаболізму бере участь низка ключових гормонів та вітамінів. Пригнічують резорбцію кістки тиреокальцитонін, тестостерон, соматотропний гормон. Паратгормон підсилює резорбцію кістки через стимулювання розвитку остеокластів; він також підвищує вміст кальцію і збільшує активність остеокластів. Кортикостероїди та тироксин уповільнюють всмоктування кальцію в кишківнику, збільшують синтез та секрецію паратгормону.

Вітамін С підтримує належний стан органічного матриксу через участь у гідроксилюванні проліну в складі колагену. Вітамін D стимулює мінералізацію на рівні транскрипції, посилюючи експресію остеокальцину, а також збільшує всмоктування кальцію в кишківнику, підвищує засвоєння кальцію кістковою тканиною та посилює дію паратгормону в кістковій тканині та нирках.

Для МЩКТ також велике значення мають естрогени. Вони стимулюють секрецію гормону росту та білка остеокальцину, що сприяють утворенню кісткової тканини. Це особливо важливо, якщо ефект естрогенів змінюється під час підліткового піка накопичення кісткової маси. Також естрогени сприяють зниженню чутливості до паратгормону, впливають на обмін кальцію (зниження їхнього рівня призводить до його вимивання з кісткової тканини), регулюють вміст вітаміну D.

До основних причин втрати кісткової тканини в жінок належать три стани:

1. Вагітність та лактація. Системний огляд та метааналіз показали, що під час лактації та супутньої гіперпролактинемії з відносною гіпоестрогенемією (тривалістю 4–6 місяців) спостерігається зниження МЩКТ у поперековому відділі хребта [8].

2. Пременопауза / перехід до менопаузи. Дослідження свідчать, що під час переходу в менопаузу втрата м'язової маси та збільшення жирової маси пов'язані із подальшим зниженням МЩКТ [9].

3. Менопауза та перші 5 років після неї. Щороку після останньої менструації МЩКТ у попереку знижується на $\approx 0,006$ г/см², у шийці стегнової кістки на $\approx 0,004$ г/см² [10].

Також негативно впливає на кістковий метаболізм гіперпролактинемія. МЩКТ хребта зменшується приблизно на 25% у жінок із гіперпролактинемією і не обов'язково відновлюється з нормалізацією рівня пролактину [11].

Починаючи з менопаузи, зниження дії естрогену на остеокласти призводить до зменшення критичної кісткової маси: відбувається перфорація трабекулярних пластинок, погіршення функціонування каналів зв'язку, зниження активності попередників остеобластів. Після настання менопаузи в жінок спостерігається максимальна швидкість втрати кісткової маси, яка сягає 2–5% на рік. До 70 років втрачається від 30 до 50% маси кісткової тканини (у чоловіків ці втрати становлять від 15 до 30%). Упродовж перших 5 років постменопаузи втрата кісткової тканини може становити до 30–35% усієї кісткової маси, а протягом перших 15 років – до 75% і більше [12].

Механізми втрати кісткової маси в постменопаузі обумовлені дефіцитом естрогенів, які за своєю природою є антирезорбентами. Їхній дефіцит призводить до порушення балансу між рівнями:

- кальцію в сироватці крові;
- паратгормону (швидко протягом декількох хвилин підвищує рівень кальцію, збільшує кісткову резорбцію, абсорбцію кальцію в кишківнику та ниркову канальцеву реабсорбцію кальцію);
- кальцитріолу (покращує абсорбцію тканини, зумовлює низький рівень кальцію в сироватці крові);

- кальцитоніну (зменшує активність остеокластів, сприяє підтримці гомеостазу кальцію, запобігає подальшій резорбції кісткової тканини).

Усе це призводить до дефіциту кальцію, нестачі вітаміну D та до вторинного гіперпаратиреозу, унаслідок чого гомеостатичні механізми працюють на резорбцію кістки, щоб нормалізувати рівень кальцію в сироватці крові.

Окрім дефіциту естрогенів є й інші чинники ризику розвитку остеопенії та остеопорозу. До немодифікованих факторів ризику остеопенічного синдрому відносять вік, переломи в анамнезі, остеопороз у сімейному анамнезі.

Серед модифікованих факторів ризику слід назвати [13]:

- багаторазові падіння;
- низьку фізичну активність чи малорухливість;
- низьку масу тіла;
- дефіцит вітаміну D, кальцію та білків;
- куріння, вживання алкоголю.

Остеопорозу передують остеопенія, яка на початковій безсимптомній стадії ніяк не проявляється (зниження МЩКТ можна виявити виключно за допомогою денситометрії). Першими проявами остеопенії є підвищена стомлюваність, біль у поперековому та крижовому відділах хребта (глибинні болі), згодом з'являються судоми, біль у малих суглобах. Якщо остеопенія прогресує, поступово уможливується патологічна травматизація і переломи після незначної фізичної активності [14].

Відповідно до протоколу «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді», затвердженому наказом МОЗ України №1039 від 17 червня 2022 року, первинною ланкою діагностики менопаузальних проявів є сімейний лікар, який на підставі опитування жінок віком від 40 до 45 років має скерувати їх до фахівця (акушера-гінеколога) за наявності симптомів менопаузи. Також сімейний лікар проводить опитування пацієнток щодо супутніх захворювань та оцінки ризиків раку молочної залози, тромбоемболій, захворювань серцево-судинної системи, остеопорозу (за допомогою онлайн-опитувальника FRAX® для оцінки ризику перелому кісток протягом наступних 10 років) та цукрового діабету; направляє на мамографію [15].

DXA-денситометрія є золотим стандартом для оцінки МЩКТ. Зазвичай вимірюють показники поперекового відділу хребта та шийки стегнової кістки. Денситометрію рекомендується проводити в жінок 65 років та в чоловіків 70 років, незалежно від інших факторів ризику. Жінкам до 65 років та чоловікам до 70 років денситометрія показана за наявності додаткових факторів ризику: попередній перелом, низька маса тіла, тривале застосування глюкокортикоїдів, захворювання із втратою кісткової тканини. Інтервал повторного обстеження повинен враховувати вихідний стан, наявність активної втрати кісткової маси чи лікування: у пацієнтів із нормою денситометрію можна повторити за кілька років; за активного ризику – частіше [16, 17].

З метою збереження кісткової тканини можуть застосовуватись такі препарати [18–20]:

- вітамін D;
- кальцій;
- бісфосфонати;

- деносуаб;
- ромосозумаб;
- селективні модулятори естрогенових рецепторів;
- агоністи анаболічної терапії (теріпаратид).

Деносуаб – моноклональне антитіло до RANKL (рецепторного активатора ліганду ядерного фактора κB), що блокує диференціювання та активність остеокластів, у результаті чого знижується процес кісткової резорбції і підвищується МЩКТ. Механізм його дії пов'язаний зі зменшенням активності маркерів кісткової резорбції вже після застосування перших доз. У рандомізованих дослідженнях та метааналізах деносуаб показав швидке збільшення МЩКТ у поперековому відділі та стегні, яке перевищувало показники після прийому пероральних бісфосфонатів протягом перших 1–3 років. У хворих на глюкокортикоїд-індукований остеопороз і в пацієнтів, які проходять андроген-деприваційну або інгібіторну гормональну терапію раку, деносуаб показав кращий приріст МЩКТ та захист від втрати кісткової тканини, ніж багато інших пероральних препаратів [21, 22].

Оцінки співвідношення вартість / ефективність показують, що в популяціях із високим ризиком перелому деносуаб може бути економічно вигіднішим порівняно з деякими альтернативами, особливо якщо враховувати зменшення кількості переломів та госпіталізацій. Довгострокові дані (включно з аналізами до 10 років) свідчать про збереження приросту МЩКТ та підтримку захисту від переломів за умови продовження терапії, але питання про оптимальну тривалість індивідуалізують залежно від ризику пацієнта [22, 23].

МГТ у постменопаузі переважно починається із найнижчої дози естрогенів (0,5 мг естрадіолу). За наявності ризику остеопорозу за показниками опитувальника FRAX® МГТ доцільно починати з вищої дози (1 мг естрадіолу). У разі неефективності лікування препаратами з мінімальною дозою естрогенів варто розглянути перехід на лікарські засоби з більшою дозою.

Під час застосування МГТ ризик переломів кісток та розвитку остеопорозу зменшується. Ця перевага зберігається під час лікування, але зменшується після його припинення та пролонгується в тих жінок, які приймали МГТ довше.

Позитивний вплив МГТ на кістковий гомеостаз підтверджується доказовими дослідженнями. Так, у дослідженні 214 здорових жінок, які в постменопаузі отримували естрадіол у дозі 1 мг за безперервною схемою в комбінації з дидрогестероном (5, 10 або 20 мг), фіксувалось значне збільшення МЩКТ поперекових хребців у всіх групах, порівняно з вихідним рівнем, після 6 місяців лікування з подальшим поліпшенням. Отже, безперервна схема комбінації естрадіол + дидрогестерон сприяє профілактиці остеопорозу [24].

Також встановлено, що МГТ знижує ризик переломів порівняно із жінками, які ніколи не застосовували МГТ. В аналізі типу «випадок – контроль», проведеному у Великій Британії за участю 649 тис. жінок віком ≥ 40 років, які порівнювалися з контрольною групою (2,36 млн осіб), було змодельовано ризик переломів під час поточного використання МГТ та протягом 25 років після припинення терапії, залежно від її режиму та тривалості. У результаті виявлено, що після припинення МГТ ризик переломів тимчасово підвищувався, а потім зни-

жувався до рівня, нижчого, ніж у жінок, які ніколи не застосовували МГТ (через 1–10 років після припинення прийому комбінації естроген + прогестерон (Е + П) відношення ризиків (ВР) становило 1,06, через 10 років після припинення – 0,95). Застосування комбінації естрадіол + дидрогестерон (Е + Д) у цьому дослідженні мало більш плоску криву ризику, ніж інші комбінації. Після припинення прийому дидрогестерону спостерігалось мінімальне підвищення ризику переломів, особливо в тих, хто приймав його тривалий час. ВР за тривалого застосування дидрогестерону (≥ 5 років) становило 0,67 (95% довірчий інтервал (ДІ) 0,58–0,76), що можна порівняти з іншими прогестагенами, аналогічно з іншими комбінаціями Е + П [25].

Прийом препаратів бренду Фемостон® сприятливо впливає на міжхребцеві диски. Так, дослідження за участю 355 здорових жінок у постменопаузі віком 44–65 років, які отримували естрадіол 1 мг у комбінації з дидрогестероном 5 чи 10 мг або естрадіол 2 мг у комбінації з дидрогестероном 10 чи 20 мг у циклічному режимі, порівняно з групою плацебо, показало, що МГТ активує синтез глікозаміногліканів, що водночас збільшує вміст води в міжхребцевих дисках, у такий спосіб допомагаючи дискам, що старіють, зберігати свої нормальні властивості. Це може частково пояснювати ефективність гормонозамісної терапії щодо переломів хребців [26].

Яким же пацієнткам рекомендується МГТ як терапія першої лінії для профілактики переломів? МГТ (з використанням естрогену тільки в жінок із гістеректомією) з метою запобігання всіх типів переломів доцільна для жінок у постменопаузі з високим ризиком переломів та з такими характеристиками (рівень доказовості 2, +++): [27]:

- вік до 60 років або минуло < 10 років після менопаузи;
- низький ризик тромбозу глибоких вен;
- несприйнятливості до бісфосфонатів або деносумабу;
- наявність вазомоторних симптомів;
- наявність додаткових симптомів дефіциту естрогенів;
- відсутність протипоказань;
- відсутність інфаркту міокарда чи інсульту в анамнезі;
- відсутність раку молочної залози;
- готовність застосовувати МГТ.

Важливо також зазначити, що зниження індексу маси тіла (ІМТ) та фізичні навантаження додатково сприяють відновленню кісткової тканини [28].

У жінок у постменопаузі з остеопорозом, які застосовують деносумаб, його прийом не слід відкладати або припиняти без подальшої антирезорбтивної (наприклад, бісфосфонати, гормональна терапія або селективні модулятори естрогенових рецепторів) або іншої терапії, призначеної з метою запобігання та підвищення ефекту рикошету й зниження ризику переломів (хороша належна практика (Good Practice Point, GPP)). У разі припинення лікування деносумабом необхідний перехід на інший тип антирезорбтивних засобів (бісфосфонати, МГТ, селективні модулятори естрогенових рецепторів чи ін.) для підтримки сприятливого впливу на МЩКТ та профілактики переломів, пов'язаних із лікуванням деносумабом [27, 29].

Що стосується комбінації деносумабу з МГТ, то в цьому питанні рекомендується індивідуальний підхід і ретельний мо-

ніторинг, оскільки не існує конкретних рекомендацій щодо застосування такої терапії, але вона може бути доцільною в деяких випадках. Потенціал фармакодинамічної взаємодії деносумабу та МГТ (естрогенів) вважається низьким, хоча клінічних даних про їх одночасне використання немає.

Висновки:

- МГТ знижує ризик переломів у жінок порівняно з тими жінками, які ніколи не застосовували МГТ;
- після припинення МГТ ризик переломів тимчасово підвищується, а потім знижується до рівня, нижчого, ніж в осіб, які ніколи не використовували МГТ;
- адекватна тривалість МГТ (≥ 5 –10 років) забезпечує найкращі довгострокові профілі загалом;
- важливо проводити моніторинг здоров'я кісток протягом 1–3 років після відміни МГТ незалежно від її режиму;
- після припинення прийому дидрогестерону спостерігається мінімальне підвищення ризику переломів, особливо в тих жінок, які приймали його тривалий час.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД У ВИБОРІ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ, ПЕРОРАЛЬНОЇ ТА КОМБІНОВАНОЇ МГТ

З 2003 року маркування «Black Box» розміщувалося на всіх препаратах з естрогеном, що застосовуються в США під час менопаузи. «Black Box» – це найсуворіше попередження Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (Food and Drug Administration (FDA)) для рецептурних препаратів чи медичних виробів. Таке рішення було ухвалено на підставі результатів дослідження Women's Health Initiative (WHI) 2002 року. У цьому попередженні вказані ризики від прийому препаратів, як-от рак молочної залози й матки, тромбоемболія, інсульт та деменція у жінок старше за 65 років [30].

Від моменту проведення дослідження WHI до сьогодні розуміння впливу МГТ суттєво змінилося. Аналіз результатів WHI і накопичення нових даних показали, що ризики МГТ залежать не так від самої гормонотерапії, як від анамнезу та віку жінки, часу початку терапії («вікна можливостей»), складу та дози. У листопаді 2025 року відбулася історична подія: після більш ніж двох десятиліть пересторог та дезінформації щодо МГТ FDA видалила маркування «Black Box» з упаковок препаратів МГТ у результаті всебічного аналізу наукової літератури та експертного обговорення (залишилося попередження про рак ендометрія для системних препаратів, що містять лише естроген). Це є неймовірним кроком вперед, що надає мільйонам жінок можливість жити довше та здоровіше завдяки МГТ. Ба більше, своєчасна МГТ дозволяє зменшити ризики серйозних захворювань: за даними досліджень, за старту МГТ протягом 10 років після настання менопаузи спостерігається зниження смертності жінки від усіх причин, ризик серцево-судинних хвороб знижується на 50%, ризик хвороби Альцгеймера – на 35%, ризик переломів кісток – на 50–60% [31].

Сьогодні ключове питання сучасної МГТ полягає в не тому, варто призначати її чи ні, а в тому, яку форму МГТ обрати для конкретної жінки. Накопичені докази щодо різниці профілів ризиків різних форм МГТ та їхнього впливу на соматичне

здоров'я жінки: трансдермальні та пероральні форми – це різні фармакокінетичні моделі, які по-різному взаємодіють із печінкою та впливають на коагуляцію і метаболізм. Тож вибір форми МГТ має бути індивідуальним.

Встановлено, що пероральні форми МГТ більш виражено впливають на ліпіди та метаболізм глюкози в печінці. Пероральні естрогени всмоктуються в кишківнику й із портальною циркуляцією доставляються до печінки, де досягається їхня супрафізіологічна концентрація. Перед розподілом у системній циркуляції супрафізіологічна концентрація естрогенів позитивно впливає на метаболізм ліпідів у печінці (підвищується синтез ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), катаболізм ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ)) та на вуглеводний обмін (підвищується чутливість до інсуліну) [32].

Трансдермальні естрогени (ТДЕ) всмоктуються через шкіру та потрапляють безпосередньо в системний кровотік, внаслідок чого неможливо досягти супрафізіологічних доз естрогенів у печінці, водночас трансдермальна терапія не може виражено сприятливо впливати на ліпідний та вуглеводний обмін. ТДЕ є пріоритетними за високих ризиків коагуляції [32, 33].

На сьогодні МГТ розглядається не тільки як замісна терапія естрогендефіцитних станів, а і як супутня профілактика низки захворювань. Доведено, що своєчасно розпочата МГТ може відтермінувати розвиток цукрового діабету (ЦД). У клінічній настанові «Менопауза та діабет» Європейського товариства менопаузи й андропаузи (European Menopause and Andropause Society (EMAS)) від 2018 р. містяться такі положення про МГТ та ЦД [33]:

- МГТ позитивно впливає на глікемічний профіль як у жінок без ЦД, так і в жінок із ЦД II типу;
- своєчасно розпочата МГТ може відтермінувати розвиток ЦД;
- пріоритетною для пацієнок із ЦД є пероральна МГТ, крім абсолютних протипоказань;
- з доступних та досліджених гестагенів у складі пероральної МГТ слід надавати перевагу прогестерону та дидрогестерону.

Також МГТ може рекомендуватися для застосування в жінок із вираженими дисліпідеміями. Зокрема, у клінічних рекомендаціях EMAS із лікування симптомів менопаузи в жінок із дисліпідемією (2020) зазначається, що [34]:

- МГТ має застосовуватися спільно з терапією дисліпідемій, корекцією харчування та фізичними навантаженнями;
- пероральні естрогени індукують значне дозозалежне зниження рівнів загального холестерину, ЛПНЩ та ліпопротеїну (а), збільшення концентрації ЛПЗЩ;
- бажано надавати перевагу метаболічно нейтральним гестагенам, як-от дидрогестерон або прогестерон;
- для пацієнок із вираженою тригліцеридемією можуть бути рекомендовані трансдермальні естрогени в поєднанні з метаболічно нейтральним прогестинном – дидрогестероном або прогестероном.

У 2022 році консорціум наукових товариств, координований Іспанським товариством менопаузи (Spanish Menopause Society), сформулював на підставі найкращих доступних доказів критерії прийнятності МГТ за певних медичних станів, зокрема за ризиків тромбозу, неврологічних розладів, серцево-судинних захворювань, паління, метаболічного

синдрому, захворювань органів травлення, а також для взаємодії препаратів МГТ з іншими ліками. Це є потужним інструментом прийняття рішень для клініцистів, що допоможе більш безпечно та ефективно лікувати симптоми менопаузи, а також дасть змогу покращити якість життя жінок [35].

За відсутності специфічних факторів ризику (наприклад, ожиріння, ВТЕ в анамнезі) та необхідності індивідуалізувати терапію, немає вагомих причин, через які не можна призначити пероральний естроген. Останній є більш прогнозованим щодо дозування. Водночас реакцію жінки на ту саму дозу ТДЕ передбачити складно, оскільки на це впливає безліч чинників. Відтак можливі значні коливання (до 10-кратного значення) рівня естрадіолу в сироватці крові в жінок, які отримують одну й ту ж трансдермальну форму препарату. Ефективність ТДЕ залежить від достатньої проникності стероїду через шкіру. Харчування, вживання алкоголю, ліків, куріння, фізична активність, надмірна кількість жирової тканини та стрес можуть спричинити швидкі та тимчасові зміни периферичного кровотоку, абсорбції та метаболізму. Можливі циркадні коливання шкірного кровотоку – увечері він може бути вищим, що посилює всмоктування ТДЕ [36].

На вибір форми МГТ (пероральної та трансдермальної) також впливають особливі клінічні ситуації (табл. 1). ТДЕ слід надавати перевагу за високого ІМТ, тригліцеридемії, тромбофілії, ризику ВТЕ. Пероральну форму МГТ слід обирати за наявності порушень вуглеводного обміну та периферійного кровотоку, дисліпідемій [33–36].

КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ МГТ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ, НЕВРОЛОГІЧНИМИ ТА АУТОІМУННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У 2025 році Іспанським товариством менопаузи були розроблені критерії прийнятності МГТ для пацієнок із захворюваннями, що виходять за межі тих, які були опубліковані в попередніх критеріях 2022 року, зокрема з: ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, антифосфоліпідним синдромом, розсіяним склерозом, хворобою Паркінсона та ендометріозом [37].

Якщо МГТ розпочата в жінок із розсіяним склерозом, слід провести ретельний моніторинг для оцінки відповіді організму на лікування та потенційних побічних ефектів (рекомендація 1В) (табл. 2). Вплив МГТ на прогрес розсіяного склерозу неясний. Деякі дослідження показали, що МГТ не збільшує ризику рецидиву чи прогресування інвалідності, але потрібні подальші дослідження із цього питання (2В). Вивчення ризику рецидиву розсіяного склерозу не виявило відмінностей у рецидивах серед пацієнок, які отримували комбіновану МГТ (1В). Проте стратифікація пацієнок за роком постановки діагнозу показала, що пацієнки, у яких діагноз був встановлений після 2006 року (рік, у якому були введені моноклональні антитіла для лікування розсіяного склерозу), мали меншу схильність до рецидивів (2В) [37].

У критеріях прийнятності МГТ у жінок із хворобою Паркінсона зазначається, що відсутні біологічні підстави очікувати негативного впливу МГТ на прогрес цієї хвороби (1В) (табл. 2). Жодне з рандомізованих клінічних випробувань не продемонструвало суттєвих відмінностей між користувачками та

Таблиця 1. Пероральна та трансдермальна МГТ: особливі клінічні ситуації, що впливають на вибір

Критерій / стан	Пероральна МГТ	Трансдермальна МГТ
ІМТ < 30 кг/м ²	✓	✓
ІМТ > 30 кг/м ²	✓	✗
ЦД	✗	✓
Тригліцеридемія	✓	✗
Підвищення рівня холестерину, ЛПНП	✗	✓
Зміни периферійного кровотоку*	✗	✓
Мігрень без аури**	✓	✓
Асимптоматична тромбофілія	✓	✗
Високий ризик ВТЕ	✓	✗
Варикозне розширення вен	✓	✓
Слід надавати перевагу		
Можливі обидві опції		

* Дієта, вживання алкоголю, наркотиків, куріння, фізична активність, стрес.
 ** За мігрень з ауру до прийому МГТ слід дати перевагу трансдермальній МГТ.

некористувачками МГТ у балах за шкалою оцінки хвороби Паркінсона UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale), яка визначає рівень моторних та немоторних проявів хвороби та побічні ефекти лікування. Метааналіз чотирьох досліджень показав, що МГТ сприятливо впливає на зниження

показників UPDRS у пацієнок із хворобою Паркінсона (1В). Ще одне рандомізоване контрольоване дослідження засвідчило, що моторний бал за підшкалою III UPDRS покращився в групі застосування естрогену порівняно з групою плацебо (1В). Поліпшення рухової активності може знизити необхід-

Таблиця 2. Критерії прийнятності МГТ у жінок із неврологічними й аутоімунними захворюваннями та ендометріозом

Стан	Комбінована МГТ	Естрогенна МГТ				
		Пероральна	Пероральна	Трансдермальна		
Неврологічні захворювання	Розсіяний склероз	1B	1B	2B*		
	Хвороба Паркінсона	1B	1B	1B		
Аутоімунні захворювання	Ревматоїдний артрит	2C	2C	2C		
	Системний червоний вовчак	2B	2B	1B		
	Без атифосфоліпідних антитіл	2B	2B	1B		
	З атифосфоліпідними антитілами	3D	3D	3D		
	АФС без тромбоза	4D	4D	4D		
	АФС із тромбозом й антикоагуляцією	3D	3D	3D		
Ендометріоз	Хірургічна менопауза	1C	1C	3D**	1C	3D**
	Природна менопауза	1D	1D	3D**	1D	3D**
Категорія 1	Немає обмежень щодо застосування МГТ.		А – висока якість доказів.			
Категорія 2	Переваги перевершують ризики.		В – середня якість доказів.			
Категорія 3	Ризики загалом перевершують переваги.		С – низька якість доказів.			
Категорія 4	МГТ не повинна застосовуватись.		D – дуже низька якість доказів.			

*Залежить від того, чи терапія супроводжується біологічним лікуванням: у молодших пацієнок, які вже розпочали біологічну терапію, спостерігається краща відповідь, ніж у тих, хто не використовує ці методи лікування.
 **Наявність залишкової тканини ендометрія після операції може модулювати оцінку ризику. У літературі є обґрунтовані сумніви щодо підвищеного ризику через наявність залишкової ендометріальної тканини (ендометрія / ендочервікса), ендометріюїдних імплантатів або залишкової тканини яєчників та призначення естрогенів як монотерапії, унаслідок чого цій опції присвоєно категорію 3D. Неможливо дати рекомендацію про тривалість використання комбінованої МГТ у таких пацієнок – це залишається на розсуд фахівця залежно від клінічного анамнезу та динаміки.

ну дозу леводопи. МГТ також може допомогти впоратися з порушеннями сну та депресією в жінок у постменопаузі із хворобою Паркінсона (2В) [37].

МГТ не зупиняє і не спричиняє прогресування ревматоїдного артриту в жінок, які застосовують МГТ як метод лікування в менопаузі (2С). Призначення МГТ для жінок у менопаузі, які мають ревматоїдний артрит, може зменшити деякі прояви хвороби (тугорухомість та біль), але не запалення. Такий ефект був виявлений тільки для естрогенної МГТ, а не для комбінованої терапії (естроген + прогестаген) (2С). МГТ (як пероральна, так і трансдермальна) може додатково покращити якість життя пацієнтки з ревматоїдним артритом завдяки зменшенню менопаузальних симптомів, покращенню щоденної активності та низки психологічних аспектів (1В). МГТ (як пероральна, так і трансдермальна) також підвищує МЩКТ у менопаузальних жінок із ревматоїдним артритом (1В). Загалом у таких пацієнок усі форми МГТ добре переносяться і не асоціюються зі специфічними небажаними ефектами (2С) [37].

Критерії прийнятності МГТ для пацієнок з ендометріозом були розроблені на підставі досліджень популяції постменопаузальних жінок із підтвердженим анамнезом ендометріозу (одне рандомізоване клінічне дослідження і 4 когортних дослідження). Керівництвом для призначення МГТ має слугувати індивідуальна оцінка історії хвороби пацієнтки, симптомів гормональної недостатності, тяжкості ендометріоза (1D). Ризик рецидиву й злоякісної трансформації за застосування МГТ дуже низький; відсутні докази рецидиву чи протипоказань до комбінованої пероральної МГТ, монотерапії естрогеном, комбінованої трансдермальної МГТ чи тільки прогестинів або тиболона (1D). Не можна визначити жодних конкретних критеріїв для тривалості використання місцевих естрогенів у пацієнок з ендометріозом, хоча опосередковані дані свідчать, що немає суттєвих ризиків протягом періоду понад один рік (1D) [37].

МГТ У ПАЦІЄНОК ІЗ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ СИСТЕМОЮ З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ

Стандартом лікування гіперплазії ендометрія та аномальних маткових кровотеч є внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ). Тому у фокусі окремої уваги щодо призначення МГТ знаходиться численна група жінок, яким встановлена ВМС-ЛНГ і які наближаються до віку менопаузи.

У періоді менопаузального переходу рекомендується обговорити з такими пацієнтками користь і ризик кожного методу контрацепції [38].

Згідно з критеріями ВООЗ, вік жінки як єдиний фактор не може бути протипоказанням для використання доступних контрацептивних методів [39].

МГТ не має контрацептивного ефекту. До рекомендованих методів контрацепції за використання МГТ належать негормональні / бар'єрні методи.

Індивідуалізований підхід до підбору терапії – важливий аспект лікування жінок у менопаузі. Жінкам у перименопаузі може знадобитися контрацепція. Жінки повинні далі використовувати контрацепцію протягом 1 року після останньої менструації, якщо вони старше за 50 років, і протягом 2 років у віці до 50 років.

МГТ має бути адаптована відповідно до симптомів, особистого та сімейного анамнезу, результатів відповідних досліджень, побажань та очікувань пацієнтки. Індивідуалізація МГТ є диференційованим підбором терапії з урахуванням стану здоров'я жінки та її супутніх захворювань, а також схеми МГТ (вид, доза, спосіб введення та можливі побічні ефекти). Вибір дозування препаратів МГТ повинен здійснюватися шляхом титрування до мінімальної ефективної дози. Індивідуальний прийом МГТ може покращити сексуальність та загальну якість життя жінки [15].

Для індивідуалізації МГТ жінок у менопаузі важливо враховувати бажання пацієнтки, можливі протипоказання різних видів терапії та супутню патологію. Одним із важливих аспектів під час вибору МГТ та за індивідуалізованого підходу до лікування менопаузальних розладів є безпека молочної залози.

Фактори ризику РМЗ можна поділити на модифіковані (вживання алкоголю, ожиріння, малорухомість, куріння, харчування, оральні контрацептиви, МГТ) та немодифіковані (вік, генетика (мутації генів BRCA1/2), сімейний анамнез, щільність молочної залози, ранні менструації, пізня менопауза, раса) (табл. 3). Важливо пам'ятати, що РМЗ також може виникнути й у жінок, які не мають ідентифікованих факторів ризику. Ризик розвитку РМЗ у середньостатистичної жінки становить приблизно 10–15%, якщо вона доживе до 90 років [40].

Використання ЛНГ-ВМС асоціюється з підвищенням фонових паренхіматозного посилення на МРТ молочної залози, що є додатковим доказом того, що ЛНГ-ВМС має системні

Таблиця 3. Фактори ризику й профілактики РМЗ

Фактори ризику РМЗ	Підвищення ризику
Генні мутації BRCA1/BRCA2	3,0–7,0
РМЗ у матері чи сестри	2,6
Вік 70–74 роки	18,0
Вік менархе < 12 років	1,5
Вік перших пологів > 30 років	1,9–3,5
Вік менопаузи > 55 років	2,0
Прийом комбінованих оральних контрацептивів раніше або зараз	1,07–1,2
Застосування МГТ (Е + П) зараз	1,2
Алкоголь 1–2 дози на добу	1,4
Висока щільність молочної залози на маммографії ≥ 75	1,8–6,0
Висока МЩКТ	2,7–3,5
Доброякісні захворювання молочної залози	1,7
Атипична гіперплазія молочної залози	3,7
Фактори профілактики РМЗ	Зменшення ризику
Грудне вигодовування ≥ 16 міс	0,73
Кількість пологів ≥ 5	0,71
Фізична активність	0,70
ІМТ у постменопаузі < 22,9 кг/м ²	0,63
Аднекsectомія до 35 років	0,30

ефекти. За даними дослідження L.C. Huck та співавт. (2022), зміщення фонового паренхіматозного посилення, що спостерігається за ЛНГ-ВМС, було аналогічним зміщенню в жінок у постменопаузі під час застосування пероральної або трансдермальної МГТ [41].

Відповідно до результатів систематичного огляду та метааналізу, застосування естрогенів не підвищує ризику розвитку РМЗ. Такий ризик РМЗ залежить від типу гестагену: прогестерон та дидрогестерон не підвищують цього ризику на відміну від синтетичних гестагенів [42, 43].

З 2003 до 2024 року було проведено 6 великих досліджень, що охоплювали понад 950 тисяч жінок та оцінювали вплив різних видів МГТ на ризик розвитку РМЗ. У цих дослідженнях МГТ із дидрогестероном продемонструвала сприятливий профіль безпеки щодо РМЗ [44–48].

Для жінок на етапі менопаузального переходу, у яких встановлена ВМС-ЛНГ, може бути використаний алгоритм, представлений на схемі 1. Якщо в пацієнтки з'явилися ознаки естрогенодефіциту, важливо дати відповідь на три основні запитання: якою мірою ВМС-ЛНГ себе реалізувала, чи є протипоказання до її подальшого застосування і чи хоче жінка видалити ВМС.

За позитивної відповіді на останнє запитання слід видалити ВМС та з наступного дня розпочати комбіновану МГТ: циклічну, якщо вік жінки до 50 років, та безперервну, якщо пацієнтка віком 50 років і старше.

Згідно з оновленими рекомендаціями Міжнародного товариства з менопаузи (International Menopause Society (IMS)), жінкам із неправильно розташованою ВМС із 52 мг левоноргестрелу слід знати, що не може бути чітко визначено, чи забезпечує вона достатній захист ендометрія за використання як частини МГТ. Якщо ВМС розташована більш ніж за 2 см від дна матки, у цервікальному каналі (повністю чи частково) або якщо є відповідні симптоми (наприклад, біль чи кровотеча), рекомендується видалити та замінити ВМС [49].

З урахуванням оновлених рекомендацій Міжнародного товариства з менопаузи від 2025 р. були удосконалені розроблені у 2020 році алгоритми менеджменту жінок із кровотечею на тлі МГТ, представлені на схемі 2 та схемі 3 [49–53].

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ І СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗІ

За даними ВООЗ, близько 70–80% жінок у перименопаузі відчують симптоми, пов'язані з емоційною нестабільністю, тривожністю, депресією, дратівливістю, порушенням сну та зниженням лібідо. Ці стани суттєво погіршують якість життя, сімейні та соціальні відносини, а також підвищують ризик розвитку психосоматичних захворювань.

Рецепторна мережа естрогенів стає непов'язаною з біоенергетичною системою під час перименопаузального переходу, і, як наслідок, може розвинути гіпометаболічний стан, асоційований із неврологічною дисфункцією. На цьому тлі в деяких жінок формуються психоемоційні порушення – тривожність, депресивні стани, емоційна лабільність, порушення сну та когнітивні розлади. Поряд із цим, внаслідок нейроендокринного та судинного дисбалансу, зниження чутливості естрогенових рецепторів та зміни нейротрансмісії нерідко розвиваються сексуальні розлади, що проявляються зниженням лібідо, порушенням оргазму та дискомфортом під час статевого акту. У сукупності ці зміни відображають системний характер естрогенодефіциту, який зачіпає як енергетичний та нейрометаболічний гомеостаз, так і емоційну та сексуальну сфери жінки, підвищуючи ризик нейродегенеративних та психосоматичних захворювань у подальшому житті [54].

У нещодавньому дослідженні жінок віком від 45 до 55 років у перименопаузі було визначено, що емоційні та сексуальні порушення тісно взаємопов'язані та мають загальні патогенетичні механізми, які ґрунтуються на гормональному дефіциті та нейрохімічних зрушеннях. Виражені емоційні

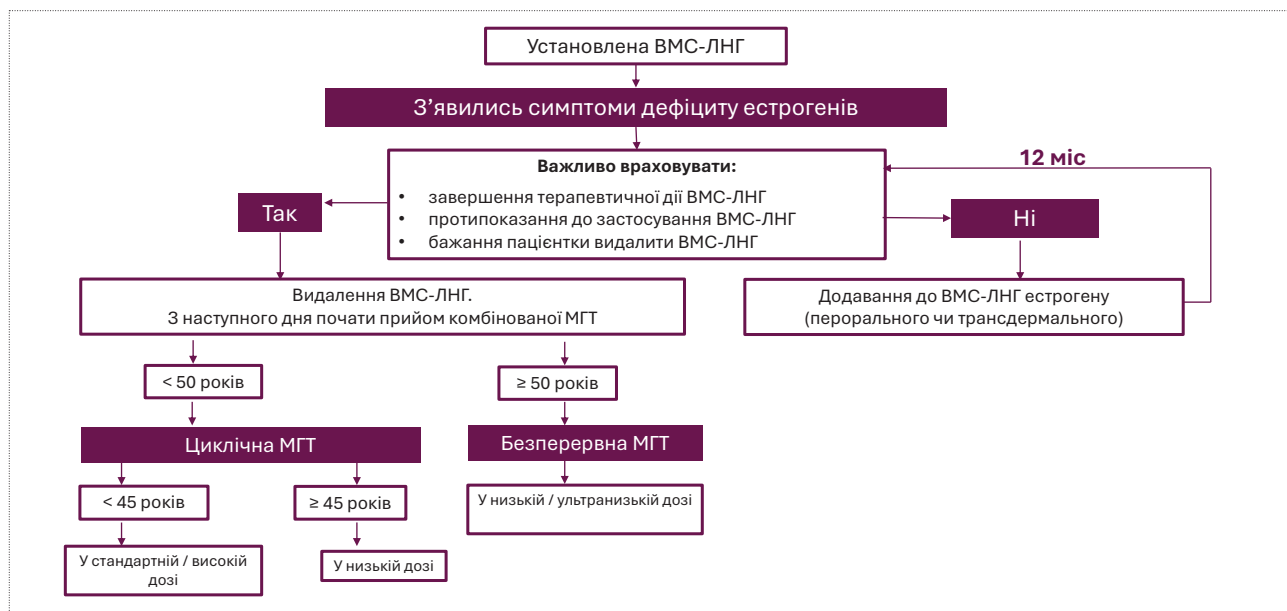


Схема 1. Алгоритм ухвалення рішення про вид МГТ для жінок зі встановленою ВМС-ЛНГ

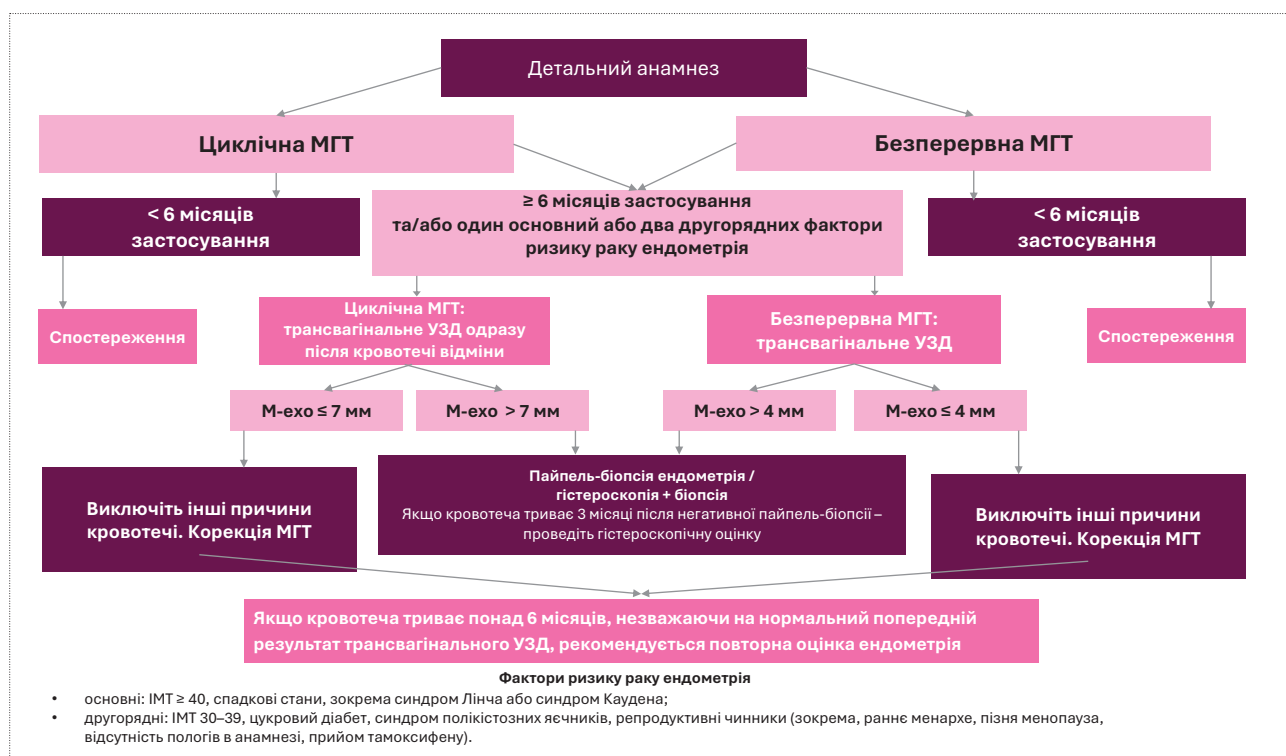


Схема 2. Алгоритм супроводу жінок із незапланованою (ациклічною) кровотечею на тлі МГТ

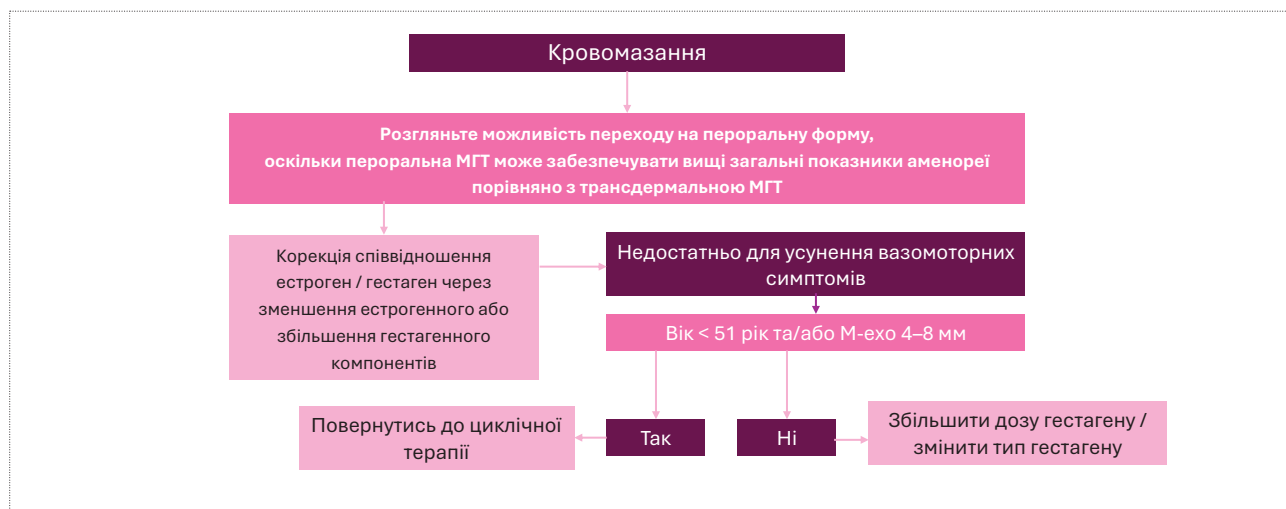


Схема 3. Алгоритм менеджменту кровотеч на тлі монофазної МГТ

розлади (дратівливість, плаксивість, відчуття тривоги, зниження мотивації) спостерігалися в 64% учасниць; прояви депресії різного ступеня тяжкості – у 48%, порушення сну – у 57%, що корелювали з рівнем тривожності ($r = 0,68$; $p < 0,05$). Також були діагностовані сексуальні розлади (зниження лібідо, диспареунія, аноргазмія) у 58% обстежених, що корелювали з рівнем депресії ($r = 0,61$; $p < 0,05$) [55].

Отже, психоемоційні та сексуальні розлади в жінок у перименопаузі мають високу поширеність та потребують цілеспрямованої діагностики. Між емоційною дестабілізацією та сексуальними порушеннями існує тісний взаємозв'язок, що підтверджує необхідність комплексного підходу. Для підвищення якості життя жінок у перименопаузі потрібне впровадження міждисциплінарних програм із залученням

лікаря-гінеколога, психотерапевта та ендокринолога. Рання діагностика та профілактика психоемоційних розладів дають змогу запобігти розвитку вторинних сексуальних дисфункцій.

КОМУНІКАЦІЯ З ПАЦІЄНТКОЮ У МЕНОПАУЗІ

Будь-яка хвороба має свій економічний складник. Менопауза – не виключення. Клініка Майо (Mayo Clinic, США) у 2024 р. оцінила вартість втрати продуктивності праці робітниць через симптоми менопаузи приблизно в 1,8 млрд доларів, а пов'язані із цим витрати на охорону здоров'я – у більш ніж 24 млрд доларів [56].

Було також визначено, що жінки щороку витрачають понад 13 млрд доларів на лікування симптомів менопаузи:

понад \$10 млрд – на немедичне лікування, понад \$4,5 млн – як страхові внески, понад \$2,7 млрд – на замісну гормональну терапію. Тобто жінки витрачають значні кошти на патогенетично неефективне лікування менопаузальних проявів [56].

Дослідження типу «випадок – контроль» «Час, доза та дотримання режиму МГТ і ризик переломів у жінок із симптомами менопаузи» (2021), у якому взяли участь 26 345 жінок віком від 45 років, показало, що застосування естрадіол-вмісної МГТ у минулому забезпечує зменшення ризику переломів. Ефект посилюється за умови вживання вищої добової дози та дотримання режиму МГТ. Отримані дані свідчать, що МГТ є ефективним способом профілактики переломів, але щоб отримати ефект, жінці потрібно дотримуватися комплаєнсу, а лікарю – своєчасно комунікувати з пацієнткою [57].

Дослідження, присвячене прихильності до МГТ в Україні (2025), свідчить, що 44,3% жінок віком 46–60 років та 18,2% віком 40–45 років мали досвід застосування МГТ, але 35,7% респонденток 46–60 років та 12,1% жінок 40–45 років відмовилися від застосування МГТ, тривалість прийому МГТ становила 1–3 роки. Причинами низької прихильності до МГТ серед українок є необґрунтовані уявлення про велику кількість протипоказань та побічних ефектів (70,0%), невпевненість гінекологів під час консультування (15,2%), висока вартість препаратів (9,1%), негативні відгуки з боку оточення та лікарів суміжних спеціальностей (12,1%). Лише 51,5% жінок 40–45 років та 74,3% респонденток 46–60 років були обізнані щодо переваг та ризиків МГТ. На жаль, основним

джерелом інформації про менопаузу та вплив МГТ на якість життя для всіх респондентів усе ще лишаються інтернет та ЗМІ (58,6% та 57,3% відповідно), а не лікарі [58].

Отже, прихильність українських жінок до МГТ залишається низькою. Роль гінекологів є несуттєвою, а роль сімейних лікарів – невинувато малопомітною в підвищенні обізнаності жінок у перименопаузі про реальні переваги та можливі ризики МГТ.

Що відбувається з прихильністю до МГТ у світі? За даними 2000–2024 років та відповідно до аналізу 9444 звітів від 2025 року (вибірка охоплювала 32 213 жінок та 2943 медичних працівників; середній вік аналізованої когорти становив 64,7 року) частота припинення МГТ серед жінок дорівнює 51,3%, середня тривалість МГТ – 5,4 року. Більшість жінок (62,4%) різко припинили МГТ через рекомендації медичних працівників (31,2% учасниць), побоювання ризиків (26,0%), надання переваги природному підходу (25,6%). Після припинення МГТ найчастішими симптомами були: неспецифічні симптоми менопаузи (84,4%), порушення сну (51,9%) і вазомоторні симптоми (45,4%). 20,7% жінок у зв'язку з вазомоторними симптомами відновили МГТ після її відміни [59].

Що можна зробити для підвищення прихильності до МГТ? Жінкам має надаватися доступна експертна інформація, під час консультування має враховуватися психотип пацієнтки, необхідна візуалізація як даних про стан здоров'я жінки до лікування, так і в процесі терапії та після відміни МГТ, важливим є спільне прийняття рішення разом із пацієнткою про початок та припинення МГТ.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Melton LJ, 3rd, Atkinson EJ, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL. Bone density and fracture risk in men. *J Bone Miner Res.* 1998 Dec;13(12):1915–23. DOI 10.1359/jbmr.1998.13.12.1915
- Kanis JA, Johnell O, Oden A, Sembo L, Redlund-Johnell I, Dawson A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporos Int.* 2000;11(8):669–74. DOI 10.1007/s001980070064.
- de Villiers. Bone health and menopause: Osteoporosis prevention and treatment. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2024 Jan;38(1):101782. DOI 10.1016/j.beem.2023.101782.
- LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2022 Oct;33(10):2049–102. DOI 10.1007/s00198-021-05900-y.
- De Souza MJ, Nattiv A, Joy E, Misra M, Williams NI, Mallinson RJ, et al. 2014 Female Athlete Triad Coalition Consensus Statement on Treatment and Return to Play of the Female Athlete Triad. *American College of Sports Medicine. Br J Sports Med.* 2014 Feb;48(4):289. DOI 10.1136/bjsports-2013-093218.
- Viljakainen HT. Factors influencing bone mass accrual: focus on nutritional aspects. *Proceedings of the Nutrition Society.* 2016;75(3):415–419. DOI 10.1017/S0029665116000252.
- Kontele I, Vassilakou T. Nutritional Risks among Adolescent Athletes with Disordered Eating. *Children.* 2021 Aug 21;8(8):715. DOI 10.3390/children8080715.
- Ferreira LB, Tirapeli KG, Silva CC, Goldberg TBL. Lumbar spine bone mineral density in women Breastfeeding for period to 4 to 6 months: systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2023 Dec 18;18(1):68. DOI 10.1186/s13006-023-00607-8.
- Shieh A, Karlamangla AS, Karvonen-Gutierrez CA, Greendale GA. Menopause-Related Changes in Body Composition Are Associated with Subsequent Bone Mineral Density and Fractures: Study of Women's Health Across the Nation. *J Bone Miner Res.* 2023 Mar;38(3):395–402. DOI 10.1002/jbmr.4759. Epub 2023 Jan 17.
- Shieh A, Ruppert KM, Greendale GA, et al. Associations of Age at Menopause 3 Postmenopausal Bone Mineral Density and Fracture Risk in Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Jan 18;107(2):e561–e569. DOI 10.1210/clinem/dgab690.
- Ng JS, Chin KY. Potential mechanisms linking psychological stress to bone health. *International Journal of Medical Sciences.* 2021. 18(3):604–614. DOI 10.7150/ijms.50680
- Климова ЖА, Зафт АА, Зафт ВБ. Современная лабораторная диагностика остеопороза. *Міжнародний ендокринологічний журнал.* 2014;7(63). Klimova ZhA, Zaft AA, Zaft VB. Modern laboratory diagnostics of osteoporosis. *International Endocrinological Journal.* 2014;7(63).
- The ESHRE Guideline Group on POI. ESHRE Guideline on the management of women with Premature Ovarian Insufficiency [Internet]. ESHRE, 2024. Available from: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/POI/2024/POI-GUIDELINE_Patient-version_2024dec.pdf
- Zhang S, Huang X, Zhao X, Li B, Cai Y, Liang X, et al. Effect of exercise on bone mineral density among patients with osteoporosis and osteopenia: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022 Aug;31(15-16):2100–2111. DOI 10.1111/jocn.16101.
- Наказ МОЗ України №1039 від 17 червня 2022 року. «Клінічне керівництво та Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади у перименопаузальному періоді». [Інтернет]. МОЗ України, 2022. Доступно: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17062022-1039-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoi-vtorinnoi-specializovanoi-tretinnoi-visokospecializovanoi-medichnoi> Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1039 of June 17, 2022. "Clinical guidance and Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care "Menopausal disorders and other disorders in the perimenopausal period". [Internet]. Ministry of Health of Ukraine, 2022. Available from: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17062022-1039-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoi-vtorinnoi-specializovanoi-tretinnoi-visokospecializovanoi-medichnoi>
- Cummings SR, Bates D, Black DM. Clinical Use of Bone Densitometry: Scientific Review. *JAMA.* 2002;288(15):1889–1897. DOI 10.1001/jama.288.15.1889.
- Network International Society for Clinical Densitometry. 2019 Adult Official Positions. [Internet]. ISCD, 2019. Available from: <https://iscd.org/wp-content/uploads/2021/09/2019-Official-Positions-Adult-1.pdf>

18. Liu Y, Le S, Liu Y, Jiang H, Ruan B, Huang Y, et al. The effect of calcium supplementation in people under 35 years old: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Elife*. 2022 Sep 27;11:e79002. DOI 10.7554/eLife.79002.
19. Dong SL, Jiao Y, Yang HL. Effectiveness of bisphosphonates on bone mineral density in osteopenic postmenopausal women: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Aug 6;100(31):e26715. DOI 10.1097/MD.00000000000026715.
20. Mochizuki T, Yano K, Ikari K, Okazaki K. Effects of romosozumab or denosumab treatment on the bone mineral density and disease activity for 6 months in patients with rheumatoid arthritis with severe osteoporosis: An open-label, randomized, pilot study. *Osteoporos Sarcopenia*. 2021 Sep;7(3): 110–114. DOI 10.1016/j.afos.2021.08.001.
21. Jiang L, Dong J, Wei J, Liu L. Comparison of denosumab and oral bisphosphonates for the treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2022 Nov 29;23(11):1027. DOI 10.1186/s12891-022-05997-0.
22. Kendler DL, Cosman F, Stad RK, Ferrari S. Denosumab in the Treatment of Osteoporosis: 10 Years Later: A Narrative Review. *Adv Ther*. 2022 Jan;39(1):58–74. DOI 10.1007/s12325-021-01936-y.
23. Nargesi S, Barghazan SH, Sani'ee N, Kemmak AR. Economic Evaluation of Denosumab for Treatment of Postmenopausal Osteoporosis: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2022 Jul;51(7): 1502–1512. DOI 10.18502/ijph.v51i7.10084.
24. Stevenson J, Teter P, Lees B. 17beta-estradiol (1 mg/day) continuously combined with dydrogesterone (5, 10 or 20 mg/day) increases bone mineral density in postmenopausal women. *Maturitas*. 2001;38:197–203. DOI: 10.1016/s0378-5122(00)00219-x.
25. Vinogradova Y, Iyen B, Masud T, Taylor L, Kai J. Discontinuation of menopausal hormone therapy and risk of fracture: nested case-control studies using routinely collected primary care data. *Lancet Healthy Longev*. 2025 Jul;6(7):100729. DOI 10.1016/j.lanhl.2025.100729.
26. Stevenson TEJ, Brincaat MP, Pollacco J, Stevenson JC. Effect of hormone replacement therapy on intervertebral disc height. *Climacteric*. 2023; 26 (2): 110–113. DOI 10.1080/13697137.2022.2158728
27. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women Guideline Resources. [Internet]. Endocrine Society. 2020 Feb 18. Available from: <https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/osteoporosis-in-postmenopausal-women>.
28. Pagnotti GM, Styner M, Uzer G, Patel VS, Wright LE, Ness KK, et al. Combating osteoporosis and obesity with exercise: leveraging cell mechanosensitivity. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 Jun;15(6):339–355 DOI 10.1038/s41574-019-0170-1
29. Lee DO, Hong YH, Cho MK, Choi YS, Chun S, Chung YJ, et al. 2024 Guidelines for Osteoporosis – Korean Society of Menopause: Part II. *J Menopausal Med*. 2024 Aug; 30 (2): 55–77. DOI 10.6118/jmm.300001
30. Edwards I. HealthDay News. FDA weighs warning label change for menopause hormone therapy. [Internet]. 2025. Available from: https://www.upi.com/Health_News/2025/10/06/FDA-warning-label-hormone-replacement-menopause/8001759762765/.
31. HHS Advances Women's Health, Removes Misleading FDA Warnings on Hormone Replacement Therapy. [Internet]. FDA, November 10, 2025. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/hhs-advances-womens-health-removes-misleading-fda-warnings-hormone-replacement-therapy>
32. Duncan AC, Lyall H, Roberts RN, Petrie JR, Perera MJ, Monaghan S, et al. The effect of estradiol and a combined estradiol/progestagen preparation on insulin sensitivity in healthy postmenopausal women. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 1999;84:2402–7. DOI 10.1210/jcem.84.7.5836
33. Slopian R, Wender-Ozegowska E, Rogowicz-Frontczak A, Meczekalski B, Zozulinska-Ziolkiewicz D, Jaremek JD, et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas* 117 (2018) 6–10. DOI 10.1016/j.maturitas.2018.08.009.
34. Anagnostis P, Bitzer J, Cano A, et al. Menopause symptom management in women with dyslipidemias: An EMAS clinical guide. *Maturitas*. 2020;135:82–88. DOI 10.1016/j.maturitas.2020.03.007.
35. Mendoza N, Ramirez I, de la Viuda E, Coronado P, Baquedano L, Llana P, et al. Eligibility criteria for Menopausal Hormone Therapy (MHT): a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. MHT Eligibility Criteria Group. *Maturitas*. 2022; 166:65–85. DOI 10.1016/j.maturitas.2022.08.008.
36. Panay N, Ang SB, Cheshire R, Goldstein SR, Maki P, Nappi RE; International Menopause Society Board. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies – an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2024 Oct;27(5):441–457. DOI 10.1080/13697137.2024.2394950. DOI 10.1016/j.maturitas.2022.08.008.
37. MHT Eligibility Criteria Group. Eligibility criteria for the use menopausal hormone therapy (MHT) in women with medical conditions (II): Endometriosis, neurological and autoimmune diseases. *Maturitas*. 2025 Apr;195:108208. DOI 10.1016/j.maturitas.2025.108208
38. Linton A, Golobof A, Shulman LP. Contraception for the perimenopausal woman. *Climacteric*. 2016 Dec;19(6):526–534. DOI 10.1080/13697137.2016.1225033.
39. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition [Internet]. WHO, 2015. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/WHO_RHR_15.07_eng.pdf
40. Chen WY. Factors that modify breast cancer risk in women. [Internet]. UpToDate 2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/factors-that-affect-breast-cancer-risk-in-women-beyond-the-basics>
41. Huck LC, Truhn D, Wilpert C, Zanderigo E, Raaff V, Dethlefsen E, et al. Background parenchymal enhancement in contrast-enhanced MR imaging suggests systemic effects of intrauterine contraceptive devices. *Eur Radiol*. 2022 May 7. DOI 10.1007/s00330-022-08809-0
42. Yang Z, Hu Y, Zhang J, Xu L, Zeng R, Kang D. Estradiol therapy and breast cancer risk in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Endocrinol*. 2017 Feb;33(2):87–92. DOI 10.1080/09513590.2016.1248932
43. Gompel A, Plu-Bureau G. Progesterone, progestins and the breast in menopause treatment. *Climacteric*. 2018 Aug;21(4):326–332. DOI 10.1080/13697137.2018.1476483
44. Franke HR, Vermes I. Differential effects of progestogens on breast cancer cell lines. *Maturitas*. 2003; 46 Suppl 1:S55–S58. DOI 10.1016/j.maturitas.2003.09.019.
45. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 2008 Jan;107(1):103–111. DOI 10.1007/s10549-007-9523-x.
46. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet* 2019; 394(10204):1159–1168. DOI 10.1016/S0140-6736(19)31709-X. Epub 2019 Aug 29.
47. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2020 Oct 28;371:m3873. DOI 10.1136/bmj.m3873.
48. Yuk JS. Relationship between menopausal hormone therapy and breast cancer: A nationwide population-based cohort study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;166(2):735–744. DOI 10.1002/ijgo.15461
49. Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, et al. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. *Climacteric*. 2025; 28(6): 634–656. DOI 10.1080/13697137.2025.2585487
50. Резолюція II Міжнародного форуму експертів з менопаузальної гормональної терапії, Репродуктивна ендокринологія. 2021;4(60):77–84. DOI 10.18370/23094117.2021.60.77.84. Resolution of the II International Forum of Experts on Menopausal Hormone Therapy, Reproductive Endocrinology. 2021;4(60):77–84. DOI 10.18370/23094117.2021.60.77.84.
51. British Menopause Society. Management of unscheduled bleeding on hormone replacement therapy (HRT). [Internet]. BMS, 2024. Available from: <https://nhssomerset.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/2/01-BMS-GUIDELINE-Management-of-unscheduled-bleeding-HRT-MAY2024-G.pdf>

52. American Cancer Society. Endometrial Cancer Risk Factors. [Internet]. American Cancer Society, 2025. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8610.00.pdf>
53. National Cancer Institute. Endometrial Cancer Prevention (PDQ®) – Health Professional Version. [Internet]. SpringWorks Therapeutics, 2025. Available from: <https://www.cancer.gov/types/uterine/hp/endometrial-prevention-pdq>
54. Eyster KM. The Estrogen Receptors: An Overview from Different Perspectives. *Methods Mol Biol.* 2016;1366:1–10. DOI 10.1007/978-1-4939-3127-9_1
55. Kayumova D.T. Sexual disorders in women depending on age. *Global Science Research Journals* 2019;7(3):262–266. DOI: <https://doi.org/10.61841/f4qt6256>.
56. Economic Impact of Menopause: Individual and Collective Costs. AARP Survey of U.S. Women Ages 35–Plus and U.S. Employers. By Jennifer Sauer et al. [Internet]. ICMGLT, Published November 10, 2023/ Updated April 25, 2024. Available from: <https://www.aarp.org/pri/topics/work-finances-retirement/employers-workforce/menopause-workplace.html>
57. Chang CY, Tsai FJ, Chiou JS, et al. Timing and dosage of and adherence to hormone replacement therapy and fracture risk in women with menopausal syndrome in Taiwan: A nested case-control study. *Maturitas.* 2021 Apr;146:1–8. DOI 10.1016/j.maturitas.2020.12.010.
58. Корнієць НГ, Тертична-Телюк СВ, Гришина ОС, Кулик СВ, Краснопольська ЄВ, Прядко Р.М. Вивчення рівня обізнаності та ставлення українських жінок до менопаузальної гормональної терапії. Результати соціологічного опитування. 2025 Вер 6 (85): 34–44. Korniiets NG, Tertychna-Teliuk SV, Hryshyna OS, Kulyk SV, Krasnopolska YV, Priadko RM. Studying the awareness level and attitude of Ukrainian women towards menopausal hormone therapy. Results of a sociological survey. *Reproductive health of woman.* 2025 Sep 6 (85): 34–44. DOI10.30841/2708-8731.6.2025.341003
59. Bunnell S, Keating S, Parsons J, Hickey M, Hillman S. Women's and Health Care Professionals' Experiences of Discontinuing Hormone Replacement Therapy (HRT): A Systematic Review. *BJOG.* 2025 Sep 26. DOI 10.1111/1471-0528.70023.

РЕЗОЛЮЦІЯ VII МІЖНАРОДНОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ ІЗ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця генерального директора, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

Н.Ю. Педаченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства і гінекології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ Україна

Г.О. Гребеннікова, PhD, лікарка акушер-гінеколог, експертка ЮНОПА, виконавча директорка Казахстанської асоціації статевого та репродуктивного здоров'я, м. Алмати, Казахстан

О.Л. Громова, д. мед. н., доцентка кафедри госпітального акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Д.Т. Каюмова, д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Ташкентського державного медичного університету, м. Ташкент, Узбекистан

О.Г. Яшина, к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ, Україна

Л.Р. Агабабян, професорка, завідувачка кафедри акушерства та гінекології з курсом неонатології ФПДО Самаркандського державного медичного університету, м. Самарканд, Узбекистан

Л.М. Бегімбекова, к. мед. н., доцентка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології і педіатрії Міжнародного казахсько-турецького університету ім. Х.А. Ясаві, м. Шимкент, Казахстан

Ф.А. Гафурова, д. мед. н., доцентка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатальної медицини № 1 Центру розвитку професійної кваліфікації медичних працівників, м. Ташкент, Узбекистан

М.А. Гегечкори, к. мед. н., лікарка репродуктолог репродуктивної клініки ім. Зураба Сабхатарашвілі, м. Тбілісі, Грузія

А.П. Джаїмбетова, лікарка акушер-гінеколог, магістрия медичних наук, експертка Казахстанської асоціації статевого та репродуктивного здоров'я, експертка ЮНОПА, м. Алмати, Казахстан

Т.О. Ермоленко, д. мед. н., професорка кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна.

О.О. Єфіменко, д. мед. н., провідна наукова співробітниця ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ, Україна

Г.З. Єшимбетова, д. мед. н., професорка кафедри акушерства, гінекології та перинатальної медицини № 1 Центру розвитку професійної кваліфікації медичних працівників, м. Ташкент, Узбекистан

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

С.У. Іргашева, д. мед. н., професорка Республіканського спеціалізованого науково-практичного медичного центру здоров'я матері та дитини, м. Ташкент, Узбекистан

І.Л. Копобасва, асистентка-професорка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НАТ «Медичний Університет Караганди», президентка Карагандинського філіалу КМПА, м. Караганда, Казахстан

Н.В. Косей, д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

Д.І. Крістесахвілі, д. мед. н., професорка, заступниця директора Центру репродуктивної медицини «Універсі», м. Тбілісі, Грузія

П.Н. Мікаїлзаде, лікарка акушер-гінеколог клініки «Герман», м. Баку, Азербайджан

Г.Т. Мирзабасова, лікарка акушер-гінеколог Центру молекулярної медицини, м. Алмати, Казахстан

Р.О. Мневцев, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», асистент кафедри педіатрії, акушерства і гінекології ННЦ «Інститут біології та медицини» Київського національного університету ім. Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Ш.Д. Муратова, к. мед. н., асистентка кафедри акушерства та гінекології Туркменського державного медичного університету ім. Мирада Гаррієва, м. Ашгабат, Туркменістан

І.Г. Персоян, к. мед. н., лікарка акушер-гінеколог, лікарка гінеколог-ендокринолог, завідувачка жіночої консультації МЦ «Бегларян», президентка Вірменської антивікової медичної асоціації, м. Єреван, Вірменія

В.І. Пирогова, д. мед. н., професорка кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ДНП Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Н.М. Рожковська, д. мед. н., професорка кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна.

Л.В. Ставінська, к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Державного університету медицини та фармації ім. Ніколає Тестеміцану, м. Кишинів, Молдова

Т.М. Укибасова, д. м. н., професорка, лікарка акушер-гінеколог Національного наукового центру материнства та дитинства, Корпоративний фонд «University Medical Center», м. Астана, Казахстан

18 листопада 2025 року в Києві відбувся VII Міжнародний форум експертів із менопаузальної гормональної терапії (МГТ). Сучасний підхід до призначення МГТ полягає не в розв'язанні питання доцільності її призначення, а у виборі оптимальної форми для конкретної жінки. Різні шляхи введення гормонів мають відмінні фармакокінетичні властивості та вплив на метаболізм, систему коагуляції і соматичне здоров'я жінки. Рекомендації Європейського товариства менопаузи й андропаузи підкреслюють доцільність застосування комбінованої МГТ для покращення глікемічного профілю та відтермінування розвитку цукрового діабету з перевагою метаболічно нейтральних гестагенів – прогестерону та дидрогестерону. Трансдермальні естрогени надходять безпосередньо в системний кровотік, мінімізуючи вплив на печінку та коагуляцію, що робить їх методом вибору в жінок із підвищеним ризиком венозних тромбозів, ожирінням або гіпертригліцеридемією. Водночас ефективність трансдермальної МГТ характеризується значною міжіндивідуальною варіабельністю.

МГТ є ефективним антирезорбентним методом профілактики остеопорозу та переломів. Клінічні дослідження засвідчують достовірне підвищення мінеральної щільності кісткової тканини та зниження ризику переломів у жінок на тлі застосування МГТ, зокрема комбінації естрадіолу з дидрогестероном. Своєчасно розпочата МГТ (протягом перших 10 років після менопаузи) також асоціюється зі зниженням загальної смертності, серцево-судинних ускладнень і нейродегенеративних захворювань. Індивідуальний вибір форми МГТ є ключовим чинником її безпеки та клінічної ефективності.

Особливу увагу в процесі підбору МГТ у пацієнток із внутрішньоматковою системою з левоноргестрелом слід приділяти онкологічній безпеці, зокрема ризику раку молочної залози. Дані систематичних оглядів і метааналізів свідчать, що застосування естрогенів не підвищує цього ризику, тоді як він значною мірою залежить від типу гестагену. Прогестерон і дидрогестерон мають найбільш сприятливий профіль безпеки щодо молочної залози порівняно із синтетичними гестагенами, що підтверджено результатами масштабних досліджень.

Психоемоційні та сексуальні розлади (тривожність, депресія, порушення сну, зниження лібідо) є поширеними в перименопаузі та значною мірою зумовлені системним естрогендефіцитом, який впливає на нейрометаболічний, судинний і нейроендокринний гомеостаз. Висока частота цих порушень обґрунтовує необхідність комплексної діагностики та індивідуалізованої МГТ у жінок у перименопаузі.

Ключові слова: Міжнародний форум експертів із менопаузальної гормональної терапії, резолюція, менопаузальна гормональна терапія, естрогени, дидрогестерон.

RESOLUTION OF THE VII INTERNATIONAL FORUM OF EXPERTS ON MENOPAUSAL HORMONE THERAPY

T.F. Tatchuk, DSc, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy general director, head of the Department of Endocrine Gynecology, SI "Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine", chief research fellow, Department of Reproductive Health, National Medical University "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

N.Y. Pedachenko, DSc, professor, head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv, Ukraine

G.O. Grebennikova, PhD, obstetrician-gynecologist, UNFPA expert, Executive Director of the Kazakhstan Association of Sexual and Reproductive Health, Almaty, Kazakhstan

O.L. Gromova, DSc, associate professor, Department of Hospital Obstetrics and Gynecology of Postgraduate Education, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

D.T. Kayumova, DSc, associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

O.G. Yashina, PhD, leading specialist, Medikom Clinic, Kyiv, Ukraine

L.R. Agababjan, professor, head of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Neonatology Course, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

L.M. Begimbekova, PhD, associate professor, obstetrician-gynecologist, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics, Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

F.A. Gafurova, DSc, associate professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatal Medicine No. 1, Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

M.A. Gegechkori, DSc, reproductive medicine specialist, Zurab Sabahatarashvili Reproductive Clinic, Tbilisi, Georgia

A.P. Dzhaibetova, obstetrician-gynecologist, Expert of the Kazakhstan Association of Sexual and Reproductive Health, UNFPA expert, Almaty, Kazakhstan

T.O. Yermolenko, DSc, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

O.O. Yefimenko, DSc, leading research fellow, SI "Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

G.Z. Yeshimbetova, DSc, professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatal Medicine No. 1, Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

N.F. Zakharenko, DSc, professor, chief research fellow, Department of Reproductive Health of the State National University "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

S.U. Irgasheva, DSc, professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Tashkent, Uzbekistan

I.L. Kopobayeva, assistant professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, National Academy of Sciences «Karaganda Medical University», President of the Karaganda Branch of the KMPA, Karaganda, Kazakhstan

N.V. Kosei, DSc, professor, head of the Department of Reproductive Health, National Medical University «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

D.I. Kristesashvili, DSc, professor, deputy director of the Center for Reproductive Medicine «Universi», Tbilisi, Georgia

P.N. Mikailzade, obstetrician-gynecologist, Clinic «German», Baku, Azerbaijan

G.T. Myrzabekova, obstetrician-gynecologist, Center for Molecular Medicine, Almaty, Kazakhstan

R.O. Mnevets, postgraduate student, Department of Endocrine Gynecology, SI "Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine", assistant professor, Department of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, National Center "Institute of Biology and Medicine" of the Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

S.D. Muratova, PhD, assistant professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Mirad Gariyev Turkmen State Medical University, Ashgabat, Turkmenistan

I.G. Persoyan, PhD, head of the Women's Consultation, Beglaryan Medical Center, president of the Armenian Anti-Aging Medical Association, Yerevan, Armenia

V.I. Pyrogova, DSc, professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Lviv National Medical University named after Danylo Halatsky, Lviv, Ukraine

N.M. Rozhkovska, DSc, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

L.V. Stavinska, PhD, associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Moldova

T.M. Ukybasova, DSc, professor, obstetrician-gynecologist, National Scientific Center for Motherhood and Childhood, Corporate fund "University Medical Center", Astana, Kazakhstan

The VII International Forum of Experts on Menopausal Hormone Therapy (MHT) was held in Kyiv on November 18, 2025. The modern approach to the MHT prescription is not to resolve the issue of its appropriateness, but to choose the optimal form for a particular woman. Different routes of hormone administration have different pharmacokinetic properties and effects on metabolism, the coagulation system, and women's somatic health. The recommendations of the European Menopause and Andropause Society emphasize the appropriateness of using combined MHT to improve the glycemic profile and delay the development of diabetes mellitus, with a preference for metabolically neutral progestogens – progesterone and dydrogesterone.

Transdermal estrogens enter the systemic circulation directly, minimizing the effect on the liver and coagulation, which makes them the method of choice for women with an increased risk of venous thrombosis, obesity, or hypertriglyceridemia. At the same time, the effectiveness of transdermal MHT is characterized by significant interindividual variability.

MHT is an effective antiresorptive method for the prevention of osteoporosis and fractures. Clinical studies demonstrate a significant increase in bone mineral density and a reduction in the risk of fractures with the use of MHT, particularly the combination of estradiol and dydrogesterone. Timely initiated MHT (within the first 10 years after menopause) is also associated with a decrease in all-cause mortality, cardiovascular complications, and neurodegenerative diseases. The individual choice of the form of MHT is a key factor in its safety and clinical efficacy.

Particular attention should be paid to oncological safety, particularly the risk of breast cancer, when selecting MHT in patients using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Data from systematic reviews and meta-analyses indicate that the use of estrogens does not increase this risk, while it largely depends on the type of progestogen. Progesterone and dydrogesterone have the most favorable safety profile for the breast compared with synthetic gestagens, which is confirmed by the results of large-scale studies.

Psychoemotional and sexual disorders (anxiety, depression, sleep disorders, and decreased libido) are common in perimenopause and are largely due to systemic estrogen deficiency, which affects neurometabolic, vascular, and neuroendocrine homeostasis. The high frequency of these disorders justifies the need for comprehensive diagnostic assessment and individualized MHT in perimenopausal women.

Keywords: International Forum of Experts on Menopausal Hormone Therapy, resolution, menopausal hormone therapy, estrogens, dydrogesterone.