



MEDICINE, PSYCHOLOGY AND PHARMACY: INNOVATIVE TECHNOLOGIES, INTERDISCIPLINARY SOLUTIONS, MODERN REALITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT PROSPECTS

Collective monograph

ISBN 979-8-90214-590-5

DOI 10.46299/ISG.2026.MONO.MED.1

BOSTON(USA)-2026

1.6	Сюсюка В. ¹ , Сергієнко М. ¹ , Деміденко О. ¹ , Павлюченко М. ¹ , Кириченко М. ¹ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА КОНЦЕПЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ В ГРУПАХ РИЗИКУ ¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Запоріжжя, Україна	114
2. PHARMACY		
2.1	Fedorova O. ¹ , Mylyanych A. ¹ , Levchuk R. ¹ CALBUCID: AN INNOVATIVE BIOFERMENTED INGREDIENT FOR COSMETOLOGY AND PHARMACEUTICALS ¹ Institute of Chemistry and Chemical Technologies, Lviv Polytechnic National University	122
2.2	Цісак А. ¹ ДОСЛІДЖЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА РОЗРОБКА ФІТОЗАСОБУ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ АКНЕ ¹ Одеський національний університет імені І.І. Мечникова/Фізико-хімічний інститут ім. О.В. Богатського НАН України, Одеса, Україна.	136
3. PSYCHOLOGY		
3.1	Sprynska Z. ¹ ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ¹ Department of Psychology, Ivan Franko State Pedagogical University of Drohobych	152
3.2	Коренев А. ¹ , Ліганенко І. ¹ , Мазоха І. ² МОТИВАЦІЙНІ ЧИННИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ¹ Кафедра економіки та менеджменту, ПрАТ «ВНЗ «МАУП» ² Кафедра суспільно-наукових дисциплін, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»	186
4. PUBLIC HEALTH		
4.1	Романів Л. ¹ , Пішак О. ¹ ВИВЧЕННЯ ПИТАНЬ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ¹ Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича	203

1.6 Клініко-патогенетичні аспекти та концепція менеджменту менопаузальних розладів в групах ризику

Питання менеджменту жінок у менопаузі та постменопаузі не зменшуються, а тільки набувають своєї актуальності. За оцінками фахівців, до 2050 року понад 1,6 мільярда жінок у всьому світі досягнуть цього стану, порівняно з 1 мільярдом у 2020 році [143]. Цей період в житті жінки пов'язаний з розвитком патологічного менопаузального синдрому, що включає порушення сну/настрою, вазомоторні прояви (включаючи припливи та нічну пітливість), уrogenітальну атрофію, остеопенію та остеопороз, психічні розлади, сексуальну дисфункцію, ураження шкіри, серцево-судинні захворювання (ССЗ), рак, порушення обміну речовин та ожиріння [144]. Виникнення менопаузального синдрому, за даними різних авторів, коливається від 25 до 80% [145]. Симптоми менопаузи відрізняються і відображають складну взаємодію між біологічними, психологічними та соціальними факторами [146]. І тому, менопауза – це більше, ніж просто припинення менструації або припливи, це час глибоких гормональних змін, які можуть спричинити низку симптомів: від поганого сну до тривоги, зниженого настрою, когнітивного порушень та проблем із пам'яттю. Ці наслідки можуть змінити життя та призвести до соціальної ізоляції, напруження у стосунках та зниження працездатності [147]. Під час менопаузи відбувається різке падіння рівня естрогену, гормону, що є фундаментальним для захисту серцево-судинної системи жінок [148]. Отже перехід до менопаузи – це час великих змін та несприятливих метаболічних наслідків [149].

Очікувана тривалість життя сучасних жінок збільшилася приблизно на 18 років у порівнянні з минулим століттям. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в більшості країн світу приблизно одну третину свого життя вони проводять після менопаузи, що становить 27-32 роки [150, 151]. При менопаузі дуже часто виникають вазомоторні та сечостатеві симптоми, які можуть бути дуже неприємними та суттєво впливати на особисте та соціальне

життя [152]. Клімактерій – це фізіологічний перехідний період у житті жінки, впродовж якого на фоні вікових змін в організмі домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі, що характеризуються зниженням репродуктивної і менструальної функції. Згідно з критеріями STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop), виділяють 4 періоди клімактерію: період менопаузального переходу, менопауза, перименопауза і постменопауза [153].

Концепція менеджменту жіночого здоров'я зазвичай зосереджена на чітких репродуктивних етапах (статевому дозріванні, вагітності, менопаузі тощо), тоді як менопаузальний перехід (МП) у клініцистів часто залишається поза увагою. Проте роки, що передують менопаузі, грають важливішу роль у визначенні довгострокового здоров'я, особливо для серцево-судинних захворювань (ССЗ) та метаболічних порушень [154]. На перший погляд МП виглядає як період відносної стабільності, але коливання рівня естрогену, прогестерону та фолікулостимулюючого гормону призводять до ледь помітних, але глибоких фізіологічних змін (ранніх ознак гіпертонії, оксидативного стресу та ендотеліальної дисфункції). Саме вони роблять жінок більш вразливими до ССЗ у довгостроковій перспективі. Медіана тривалості МП становить приблизно 7 років. Спочатку симптоми зазвичай легкі і навіть непомітні, їх поширеність зростає з віком, коли з'являються ознаки гіпоестрогенії або аменорея. Саме період МП характеризується варіабельністю менструальних циклів, на тлі яких з'являються вазомоторні симптоми (ВМС) та психоемоційні симптоми дефіциту естрогенів [153]. ВМС не тільки негативно впливають на якість життя, а й мають потенційну важливість для здоров'я серцево-судинної системи жінок [155, 156]. Такі прояви як припливи та нічна пітливість, що раніше вважалися лише симптомами, що впливають на якість життя, тепер визнаються маркерами підвищеного серцево-судинного ризику [154]. На сьогодні встановлено, що підвищення артеріального тиску (АТ) має зв'язок з різними ризиками розвитку ССЗ, що реалізуються після 30 років та поширюються на широкий віковий діапазон [156]. Відомо, що АТ підвищується з віком у представників обох статей, але у жінок він перевищує показники чоловіків середнього віку [157, 158]. Поява

ВМС передбачає вищий рівень АТ, і хоча точний механізм цього до кінця не з'ясований, є докази більшої активації симпатичної нервової системи у даного контингенту жінок [158]. За думкою деяких авторів, можливо, що дефіцит естрадіолу під час менопаузи має зв'язок з вищим систолічним АТ, але ця гіпотеза не підтверджена. Не виявлено зв'язку між ендogenous естрадіолом і рівнем систолічного АТ або ризиком виникнення гіпертензії [158, 159]. Дослідження, опубліковане 20 років тому щодо штучної (хірургічної) менопаузи, підтвердило підвищення опору периферичних судин і АТ, що свідчить про роль гормонів яєчників у модуляції гомеостатичного тиску, а підвищення АТ після менопаузи спричинене недостатністю яєчників і, перш за все, естрогену [160]. Ефекти ендogenous естрогену опосередковуються через естрогенові рецептори (ER), а ER-залежні механізми, що регулюють судинний тонус, численні і включають ендотелій-незалежну вазодилатацію, підвищення біодоступності NO, пригнічення росту гладком'язових клітин судин, судинної ренін-ангіотензин-альдостеронової, ендотелінової та симпатичної нервової системи [161]. Щодо захисних функцій прогестерону, є докази того, що він знижує АТ, пригнічує коронарну гіперактивність і має потужні судинорозширювальні ефекти тощо [162]. Сприятливий вплив прогестерону на серцево-судинну систему людини реалізується через індукцію швидкого збільшення вироблення NO у судинних ендотеліальних клітинах [163]. Проведені дослідження серед групи жінок віком 40-53 років, які не курять, встановило зв'язок припливів з маркерами дисфункції ендотелію. Однак, таких зв'язків не спостерігалось в групі жінок 54-60 років. Усі асоціації не залежали від факторів ризику ССЗ та ендogenous концентрацій естрадіолу. Це вказує на потенційну цінність розгляду ролі не лише гормонів, але і ендотелію у фізіології ранніх припливів [164].

Хронічне запалення низького ступеня, яке супроводжує старіння, також сприяє розвитку вікових захворювань. Естрогени, відомі своєю протизапальною дією, забезпечують захист у репродуктивний період. Однак їх зниження під час менопаузи та клімактеричного періоду пов'язане з посиленням запалення та вищим ризиком хронічних захворювань, таких як остеопороз, ССЗ та артрит. У

жінок у постменопаузі часто спостерігається вищий рівень маркерів запалення, таких як С-реактивний білок та інтерлейкін-6, які пов'язані з підвищеним ризиком серцево-судинних та інших вікових захворювань [164]. ССЗ – головна причина смерті у літніх людей, частіше зустрічаються у жінок у менопаузі, ніж у чоловіків відповідного віку [166]. Механізми зв'язку припливів із ризиком ССЗ ще не з'ясовані остаточно, частково через обмежене розуміння фізіології припливів [164]. ВМС можуть представляти специфічний для жінок фактор ризику ССЗ, що зазвичай зберігається після контролю над ендогенними статевими гормонами та традиційними факторами ризику ССЗ [155]. Підвищення ризику ССЗ після менопаузи пояснюють різким зниженням рівня ендогенного естрогену, що свідчить про його потенційний кардіопротекторний ефект у жінок до менопаузи [167, 168]. У жінок після менопаузи, коли рівень естрогену знижується, яєчник продовжує виробляти тестостерон, і це може бути пов'язано зі збільшенням атеросклеротичних ССЗ у цьому віці [169, 170, 171]. Жінки з ВМС (припливами та нічною пітливістю) мають підвищений ризик ішемічної хвороби серця (ІХС) [172]. Наявність цих симптомів негативно впливає на якість сну та пов'язана з хронічним безсонням. Дослідження з аналізом результатів магнітно-резонансної томографії підтвердило, що серед симптомів менопаузи, крім ВМС, безсоння збільшує ризик ІХС протягом життя. Щодо венозного тромбозу, то зв'язку між ВМС та ризиком венозного тромбозу не встановлено [173].

Основою менеджменту є зосередження на здоровому способі життя, як частині первинної профілактики, включаючи регулярне фізичне навантаження, споживання кальцію/вітаміну D, підтримання оптимальної ваги, зменшення стресу тощо [153]. Відомо, що фізична активність, втрата ваги та відмова від куріння можуть зменшити частоту ВМС або їх вплив на якість життя, а також зменшити ризик діабету. Існують дані, які свідчать про те, що фізичні вправи відіграють важливу роль у полегшенні багатьох симптомів, пов'язаних з менопаузою. Аеробні вправи підтримують здоров'я серцево-судинної системи, контроль ваги та терморегуляцію; силові тренування покращують щільність

кісток, м'язову масу та метаболічну функцію; а нейромоторна активність може покращити баланс, координацію та когнітивні здібності. У сукупності було показано, що фізичні вправи покращують настрій, зменшують тривожність, покращують якість сну та підтримують загальну якість життя під час МП [174]. Саме, психосоціальні та фізичні переваги цих змін поведінки можуть мотивувати довгострокову модифікацію способу життя. Обмежене споживання алкоголю та натрію, відмова від куріння мають додатковий позитивний вплив на здоров'я ендотелію і кісток [175, 176, 177].

Міжнародні товариства, в тому числі товариство акушерів і гінекологів Канади та Північноамериканське товариство менопаузи (North American Menopause Society – NAMS), рекомендують менопаузальну гормональну терапію (МГТ) як лікування першої лінії вазомоторних симптомів менопаузи та перименопаузи [177, 178, 179]. Нові дані підтверджують, що МГТ залишається найефективнішим методом лікування вазомоторних та сечостатевих симптомів менопаузи, зі сприятливим профілем ризику та користі у певних групах пацієнтів [148, 180]. Застосування МГТ має бути індивідуалізованим, її початок і припинення не повинні базуватися виключно на віці жінки. Важливим є оцінювання базового ризику ССЗ, віку і часу після настання менопаузи [167].

Системний естроген окремо або в комбінації з гестагеном зменшує частоту ВМС приблизно на 75%. Гормонотерапія не показана виключно для профілактики ССЗ. Але вона має потенціал для поліпшення профілю серцево-судинного ризику завдяки своєму сприятливому впливу на судинну функцію, рівень ліпідів, метаболізм глюкози, зниження захворюваності на цукровий діабет. МГТ сприятливо впливає на гомеостаз глюкози як у жінок без, так із ЦД 2 типу [150].

Однією з причин, чому естроген вважався кардіопротекторним, є його сприятливий вплив на рівні ліпідів і ліпопротеїнів, а саме зниження рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) і підвищення рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС-ЛПВЩ). Доцільність застосування естрогенів не викликає сумніву, враховуючи, що пов'язане з

менопаузою зниження рівня циркулюючого естрогену може спричинити порушення метаболічних сигналів і значне зниження біоенергетики. Це може спровокувати збільшення частоти розвитку хвороби Альцгеймера з пізнім початком, ЦД 2 типу, гіпертонії та ССЗ у жінок у постменопаузі [150].

Сьогодні існують докази на підтримку індивідуального підходу до жінок на основі ризику ССЗ, оскільки деякі жінки з ЦД 2 типу можуть бути чудовими кандидатами щодо призначення МГТ. Що стосується лікування ЦД 2 типу у жінок у період менопаузи – це зміна способу життя, включаючи дієту та фізичні вправи. Однак, більшості з цих жінок згодом знадобиться медикаментозна терапія. В мультидисциплінарному підході до лікування вибір антидіабетичних засобів має ґрунтуватися на конкретних характеристиках пацієнта та супутніх захворюваннях з урахуванням метаболічних, серцево-судинних і кісткових ефектів препаратів [150, 181]. Призначення гормональної терапії має бути індивідуальним із використанням найкращих наявних доказів, щоб максимізувати переваги та мінімізувати ризики, з періодичною переоцінкою переваг та ризиків продовження терапії. Воно вважається пріоритетним для жінок з менопаузою до 10 років, або віком до 60 років, що не мають протипоказань до МГТ. Ризики гормональної терапії відрізняються залежно від типу, дози, тривалості застосування, способу введення, часу початку та того, чи використовується гестаген [179].

Ризик венозної тромбоемболії, пов'язаний з трансдермальною МГТ, що застосовується у стандартних терапевтичних дозах, не перевищує вихідний популяційний ризик [153, 167]. Використання трансдермального естрогену порівняно з пероральними препаратами естрогену з меншою ймовірністю призводить до тромботичних ускладнень і, можливо, також до інсульту та ішемічної хвороби серця, і, отже, може бути кращим варіантом лікування для жінок [167]. Трансдермальний 17 β -естрадіол має мінімальний вплив на рівні ліпопротеїнів. Ці дані свідчать про те, що метаболізм першого проходження через печінку пероральних естрогенів може бути основним фактором зміни рівнів ліпідів і ліпопротеїнів [182]. Прогестерон у поєднанні з естрогенами

зменшує добове підвищення артеріального тиску у жінок у постменопаузі як з нормальним, так і з високим артеріальним тиском. На сьогодні накопичено докази того, що він має захисну дію на серцево-судинну систему [162].

Отже, наявність серцево-судинних факторів ризику не є протипоказанням до МГТ, якщо вони оптимально лікуються та підібрано оптимальне лікування основного захворювання. Застосування МГТ не пов'язане зі збільшенням АТ. Більше того, МГТ не протипоказана жінкам з артеріальною гіпертензією, їм може бути призначена гормональна терапія, якщо рівень АТ контролюється антигіпертензивними препаратами [153].

Слід зазначити, що жінки в перименопаузі можуть потребувати контрацепції, найбільш безпечнішими для них є комбіновані гормональні контрацептиви із натуральним естрогеном у режимі динамічного дозування [153]. Хоча МГТ є ефективною, існує багато жінок в періоді менопаузи, яким її застосуванню перешкоджають побічні ефекти та протипоказання. Тому інші види терапії можуть бути пріоритетними. Негормональне лікування ВМС є важливим фактором, коли гормональна терапія не є варіантом через медичні протипоказання або особистий вибір жінки [150, 153]. Серед рекомендованих негормональних методів лікування слід виділити когнітивно-поведінкову терапію, клінічний гіпноз, застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, інгібіторів зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну тощо. Однак, гормональна терапія залишається найефективнішим засобом лікування ВМС, її слід розглядати у жінок протягом 10 років після останньої менструації [183]. Саме тому, у щоденній практичній діяльності гінекологи мають справу з питаннями оцінювання користі та ймовірних ризиків МГТ, а у їх вирішенні важливо застосовувати мультидисциплінарний підхід, залучення кардіологів, ендокринологів та лікарів інших спеціальностей [184].

Менеджмент жінок менопаузального віку передбачає обов'язкове врахування абсолютних та відносних протипоказань щодо призначення МГТ. До абсолютних протипоказань належить підозра або діагностований у минулому рак молочної залози, підозра або діагностовані у минулому естроген-залежні

злоякісні пухлини, встановлені прогестаген-залежні новоутворення, вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу, нелікована гіперплазія ендометрія, наявна венозна тромбоемболія (ВТЕ) або в минулому (тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій), відомі тромбофілії, активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарду), наявність гострих або в анамнезі захворювань печінки, якщо показники її функції не нормалізувалися. Серед відносних протипоказань слід зазначити лейоміому матки, ендометріоз, мігрень, наявність сімейної гіпертригліцеридемії, жовчнокам'яну хворобу, епілепсію, а також підвищений ризик розвитку раку молочної залози та рак ендометрія I та II стадії [153]. Призначення МГТ потребує оцінки ризику ССЗ. Тому, під час консультації важливо враховувати класичні фактори ризику, а саме ті, що є більш специфічними для жінок [185].

Отже, загальна стратегія ведення жінок з менопаузальними розладами, потребує персоналізованого підходу до розробки схем лікування. Її головною складовою є МГТ з урахуванням складу, дози, шляхів доставки препаратів, протипоказань та можливих кардіоваскулярних, тромботичних ризиків. Застосування трансдермального естрогену дозволяє оптимізувати управління менопаузою, зменшити різноманітні ризики та небажані ефекти перорального прийому. Тому, менеджмент пацієток з менопаузальними розладами – це призначення оптимальної схеми лікування та забезпечення головних принципів: вчасно, ефективно і максимально безпечно [186, 187].

Питання підтримки здоров'я жінок у пери- та постменопаузі стають все більш актуальними у зв'язку зі збільшенням тривалості життя. Для клініцистів багатьох спеціальностей важливо вміти розпізнати ранні ознаки та симптоми менопаузального переходу, бути готовими запропонувати лікування для їх пом'якшення і профілактики довгострокових наслідків. Важливим аспектом ведення пацієток з менопаузальними розладами є поінформованість медичних працівників щодо особливостей менеджменту жінок літнього віку, а також переваг гормональної терапії.