



МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – КУРС НА ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ

ВВЕДЕНИЕ

Огромное внимание, уделяющееся в настоящее время вопросам менопаузальной гормональной терапии (МГТ), обусловлено демографическими реалиями и прогнозами, а также изменившейся социальной ролью женщины. По данным ВОЗ, в ближайшие годы наблюдающаяся тенденция к увеличению средней продолжительности жизни не только сохранится, но и усилится: совсем скоро большую часть населения планеты будут составлять женщины в возрасте старше 45 лет. Согласно прогнозам ООН, к 2025 году число лиц старше 60 лет достигнет 1,2 млрд человек, а к 2050 году пожилых людей в развитых странах будет вдвое больше, чем детей [1].

Социальная вовлеченность женщин и стремление к активному долголетию ставят перед медиками две важные задачи: купирование симптомов, непосредственно связанных с резким снижением эстрогенов, и профилактику вызванных этим состояний, угрожающих жизни или резко снижающим ее качество.

Средняя продолжительность жизни европейской женщины – 75–80 лет, средний возраст менопаузы – 51,5 года, в Украине эти показатели составляют 72 и 48,7 лет соответственно [16]. В силу ряда медико-социальных и экологических факторов прослеживается тенденция увеличения частоты преждевременной и ранней менопаузы: в 23,1% случаев она наступает до 45 лет.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

Термины «климактер» (с греч. – ступень, лестница), «климактерический период», «климакс», «климактерий» – это синонимы, обозначающие переход от репродуктивного периода

к старости. Климактерий является физиологическим периодом в жизни женщины и характеризуется постепенным нарастанием инволюционных процессов в репродуктивной системе на фоне возрастных изменений. Однако у 80% женщин он сопровождается климактерическим (менопаузальным) синдромом – комплексом нервно-психических, вегетососудистых и обменно-трофических нарушений. Причиной такого неблагоприятного течения менопаузального перехода считают несовершенную адаптацию организма к постепенному (или резкому в случае хирургической менопаузы) снижению функции яичников [7–10].

По данным ВОЗ, в большинстве стран продолжительность жизни женщин после 50 лет составляет 27–32 лет. Это значит, что около трети своей жизни женщина проводит в состоянии гипозэстрогении. В соответствии с прогнозами ВОЗ, к 2030 году в мире в периоде постменопаузы будет находиться 1,2 млрд женщин – примерно шестая часть населения планеты [17].

Уже сегодня треть украинских женщин (8,5 млн) находится в переходном и старшем возрасте, из них почти 3,2 млн – в периоде постменопаузы. 70% из них подтверждают наличие климактерического синдрома, 51% – его тяжелое течение [17].

В соответствии с рекомендациями Международного общества по менопаузе (International Menopause Society, IMS), в настоящее время наиболее эффективным средством лечения вазомоторных синдромов и урогенитальной атрофии является МГТ, которая способствует снижению перепадов настроения, болей в мышцах и суставах, расстройств сна и сексуальной дисфункции [16].

М.Ю. СЕРГИЕНКО

к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета

Ю.Я. КРУТЬ

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Запорожского ГМУ

ORCID: 0000-0002-0501-6752

В.Г. СЮСЮКА

к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Запорожского ГМУ

ORCID: 0000-0002-3183-4556

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2016.28.75-79>

Несмотря на то, что польза МГТ доказана многочисленными исследованиями, настороженное отношение к назначению гормональных препаратов сохраняется не только со стороны женщин, но и врачей. Так, медики сами далеко не всегда мотивированы на прием препаратов для МГТ и экстраполируют личное мнение на выбор тактики ведения пациенток, которые к ним обращаются [4]. «Гормоно-фобические» настроения типичны для нашей страны и касаются не только МГТ. Однако важно помнить, что риск для жизни и здоровья может быть обусловлен последствиями не только терапии эстрогенами, но и, напротив, не восполненного вовремя эстрогенного дефицита [5].

В то время как во Франции и Швейцарии МГТ используют 35–40% женщин, в Польше, Чехии и Венгрии – 5–10%, в Украине число таких женщин составляет лишь около 1%.

Исследование среди использующих МГТ женщин стран Восточной Европы показало, что у 23% из них продолжительность МГТ не превышает 1 года, 41% применяет МГТ в течение 1–5 лет, 20% – в течение 6–10 лет и 16% – более 10 лет. Вместе с тем на сегодняшний день доказано, что кратковременная гормональная терапия не позволяет достичь эффективных результатов и особенно обеспечить долгосрочную профилактику возрастных изменений [2, 3].

Чтобы помочь медицинским работникам разобраться в многообразии изменений, происходящих в организме женщины в климактерии, правильно поставить приоритеты и оптимизировать ведение пациенток в период менопаузального перехода и в последующем, IMS в 2016 г. подготовило рекомендации в отношении применения МГТ у женщин зрелого возраста.

Эксперты общества рассматривают МГТ в контексте общей стратегии поддержания здоровья женщины в пери- и постменопаузе, содержащей рекомендации относительно образа жизни, диеты, физических упражнений, отказа от курения и безопасных уровней потребления алкоголя, используя этот термин для обозначения различных видов лечения, включая применение эстрогенов, прогестагенов и комбинированных гормональных препаратов.

Главным условием эффективности и безопасности лечения климактерического синдрома является своевременность.

В настоящее время принято выделять «окно» терапевтических воздействий заместительной гормональной терапии, позволяющее получить максимальный профилактический и лечебный эффект. Это «окно» открывается в пременопаузе, особенно при появлении типичных симптомов климактерия, а также при наличии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и переломов костей, старческой деменции. Овариоэктомия, преждевременная и ранняя менопауза, длительная аменорея в репродуктивном возрасте служат причиной более раннего его открытия.

Женщины, у которых естественная или ятрогенная менопауза наступила в возрасте до 45 лет, и в особенности до 40 лет, имеют более высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза, а также могут иметь повышенный риск аффективных расстройств и деменции. Как отмечают эксперты IMS, МГТ может уменьшить симптомы, сохранить плотность костной ткани и рекомендована, по крайней мере, до среднего возраста наступления менопаузы.

«Окно» терапевтических возможностей закрывается в пожилом возрасте (старше 65 лет) или через 7–10 лет постменопаузы, когда устанавливается иной гомеостаз и значительно уменьшается число рецепторов к стероидным гормонам в сосудистой системе.

Одним из принципов IMS в отношении МГТ, закрепленным в отечественном Национальном консенсусе по ведению женщин в климактерии (2016), является персонализация, которая учитывает не только объективное состояние, наличие менопаузальных симптомов, необходимость профилактики, данные наследственного и семейного анамнеза, но и личные пожелания и предпочтения женщины [16]. Таким образом, необходимость МГТ, оптимальные сроки ее начала, продолжительность, рецептура и пути введения препаратов определяется индивидуально для каждой женщины. Вместе с тем не следует рекомендовать МГТ при отсутствии четкого показания для ее применения, т. е. значимых симптомов или физических последствий дефицита эстрогенов.

Наиболее разнообразные возможности для индивидуализированного подхода представляет пременопауза, поскольку сценарии гормональной перестройки у женщин могут отличаться. Снижение продукции прогестерона на фоне сохраненной эстрогенной активности клинически может проявляться аномальными маточными кровотечениями. В этой ситуации препаратами выбора будут гестагены.

У женщин, имеющих опыт приема комбинированных оральных контрацептивов, при наличии сексуальной активности или заболеваний репродуктивной системы, в лечении которых они были бы полезны, возможно продолжение приема гормональных контрацептивов.

Согласно критериям ВОЗ, возраст женщины в качестве единственного фактора не может служить противопоказанием для использования доступных контрацептивных методов. В этой ситуации комбинированные оральные контрацептивы могут также играть роль заместительной гормонотерапии в перименопаузе при появлении вазомоторных симптомов.

Снижение секреции эстрогенов может проявляться ранними менопаузальными симптомами еще на фоне сохраненного менструального цикла (МЦ) в период менопаузального перехода. У каждой десятой пациентки с климактерическим синдромом наблюдается среднетяжелое и тяжелое его течение, причем выраженность клинических проявлений с возрастом может сохраняться и даже нарастать. У каждой пятой женщины приливы могут сохраняться на протяжении 5 лет и более [5].

Для купирования климактерических синдромов в пременопаузе используются эстроген-гестагенные препараты в циклическом режиме. Добавление гестагенного компонента служит профилактикой гиперплазии и рака эндометрия. Эстрогены в качестве системной монотерапии могут применяться только у женщин после гистерэктомии.

В распоряжении врачей есть несколько комбинаций для МГТ в пременопаузе. Наиболее часто используемые – это эстрадиол + дидрогестерон и эстрадиола валерат + левоноргестрел (климонорм). Чрезмерная погоня за «натуральным» и «естественным» привела к незаслуженному заб-

венію последнего и пренебрежению по отношению к его дополнительным терапевтическим и профилактическим возможностям.

Заметим, что термин «натуральный» здесь имеет достаточно условный характер, поскольку все компоненты препаратов для МГТ производятся искусственным путем. Говоря «натуральный», мы подразумеваем, что синтетически полученное вещество идентично синтезируемому в природе, в данном случае – в организме женщины.

В препаратах МГТ используются 17β -эстрадиол и эстрадиол валерат, который подвергается биотрансформации в печени в эстрадиол.

При оральном применении эстрадиола валерата большая часть его быстро всасывается и метаболизируется в слизистой оболочке кишечника и печеночными факторами. Так как после приема внутрь эстрадиола валерат быстро гидролизуется, его доза эквивалентна дозе эстрадиола, а фармакокинетика и эффекты обоих препаратов идентичны.

Таким образом, принципиальным отличием двух упомянутых препаратов является режим приема и гестагенный компонент.

Семидневный перерыв в циклическом приеме климонорма обеспечивает отличный контроль цикла и низкую частоту межменструальных кровотечений, что способствует высокой приверженности к лечению. Установлено, что при приеме климонорма регулярность менструальных кровотечений наблюдается в 92% от всех МЦ, а число случаев межменструальных кровотечений составляет 0,6% [14].

Важным преимуществом левоноргестрела как гестагена является почти 100% биодоступность, что обеспечивает стабильность его эффектов, выраженность которых практически не зависит от характера питания женщины, наличия у нее желудочно-кишечных заболеваний и активности печеночной системы.

Главное свойство, присущее всем гестагенам, состоит в способности вызывать секреторную трансформацию пролиферирующего под влиянием эстрогенов эндометрия. Кроме того, им могут быть присущи другие эффекты: эстрогенный, антиэстрогенный, андрогенный, антиандрогенный, антигонадотропный, глюкокортикоидоподобный и адренкортикотропноподобный.

Левоноргестрел, как все производные 19-нортестостерона, обладает выраженными прогестагенным, а также антиэстрогенным и андрогенным эффектами. Следует отметить, что андрогенное действие – это не всегда минус. Остаточная андрогенная активность левоноргестрела для ряда женщин может оказаться преимуществом. По мнению российского гинеколога-эндокринолога, проф. В.П. Сметник, если в клинической картине доминируют слабость, астенизация, снижение либидо, боли в костях и суставах, явления остеопороза, то предпочтение следует отдавать двухфазным препаратам с гестагенным компонентом – производным 19-нортестостерона (климонорм). Среди прочего, на фоне данной терапии отмечалось увеличение минеральной плотности костей на 2,6% за год [11].

Применение климонорма у женщин от 40 до 74 лет в течение 12 месяцев приводит к повышению плотности губчатой и кортикальной костной ткани на 7 и 12% соответ-

ственно. Минеральная плотность поясничных позвонков у женщин 43–63 лет при использовании климонорма в течение 12 и 24 месяцев увеличивается с 1,0 до 2,0 и 3,8 г/см² соответственно. Лечение климонормом в течение 1 года пременопаузальных женщин с удаленными яичниками сопровождается восстановлением до нормального уровня величин минеральной плотности костной ткани и маркеров костного метаболизма [Hempel, Wisser, 1994].

В исследованиях российского акушера-гинеколога, проф. И.Б. Манухина показана эффективность климонорма при лечении климактерических симптомов и улучшение качества жизни женщин перименопаузального возраста, а также надежная защита эндометрия от пролиферативных процессов, хороший контроль МЦ, стабилизация роста миоматозных узлов [12].

Часто анамнестические данные о гиперплазии и полипах эндометрия служат основанием для отказа в назначении МГТ женщинам, имеющим показания для этого вида лечения. Как отмечает российский гинеколог-эндокринолог, проф. И.В. Кузнецова, выбор препарата необходимо проводить с учетом прогестагенной активности в отношении эндометрия. Климонорм, в состав которого входит сильный прогестаген левоноргестрел, позволяет эффективно лечить симптомы пременопаузального эстрогенного дефицита, обеспечивает надежную защиту эндометрия, а также профилактику рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений, в том числе у пациенток с полипами и простой гиперплазией эндометрия [13].

К параметрам, которые необходимо учитывать при назначении МГТ, относятся показатели жирового и углеводного обмена. На обмен жиров половые гормоны оказывают разнонаправленное действие: эстрогены улучшают соотношение липопротеидов высокой и низкой плотности, обладают антиоксидативным эффектом, антиатеросклеротическим потенциалом, но повышают содержание в крови триглицеридов; андрогены негативно действуют на соотношение липопротеидов и снижают синтез триглицеридов в печени [15].

Для женщин с избытком массы тела особенно важно отсутствие эстрогенозависимого повышения уровня триглицеридов, что часто наблюдается при использовании препаратов, в состав которых входят прогестины, производные прогестерона.

Климонорм не оказывает существенного влияния на жировой и углеводный обмен у женщин с исходно нормальными показателями метаболизма. К позитивным свойствам следует отнести достоверное снижение уровня триглицеридов, обусловленное, по-видимому, остаточной андрогенной активностью левоноргестрела. Кроме того, незначительное уменьшение уровня инсулина натощак, вероятно, связанное со столь же незначительным снижением веса, приводит к достоверной редукции индекса инсулинорезистентности НОМА, что свидетельствует об улучшении чувствительности тканей к инсулину. Данное воздействие, в числе прочего, должно учитываться при индивидуальном выборе гормонального препарата [15].

ВЫВОД

Индивидуализированный подход к назначению МГТ поможет максимально использовать терапевтические и профилактические возможности препаратов, уменьшить



количество побочных реакций и осложнений, повысить число приверженцев этого вида терапии среди врачей и пациенток.

Гормональный контрацептив климонорм можно рассматривать как оптимальный препарат для длительной МГТ в случаях, когда помимо купирования острых климактерических расстройств существует необходимость в допол-

нительных профилактических эффектах: надежной защите эндометрия, хорошем контроле МЦ, стабилизации роста миоматозных узлов, уменьшении астенизации, депрессивного синдрома, болей в костях и суставах, остеопороза, восстановлении либидо. Данный препарат может быть также рекомендован женщинам с синдромом истощения яичников, перенесшим овариоэктомию.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пан Ги Мун. Послание по случаю Международного дня пожилых людей, 2013. Pan Gi Mun. Message on the International Day of Older Persons. Available from: [http://www.un.org/ru/sg/messages/2013/olderpersonsday.shtml], last accessed Apr. 23, 2016.
2. Cleve, A., Fritzeimer, K.H., Haendler, B., et al. "Pharmacology and clinical use of sex steroid hormone receptor modulators." *Handb Exp Pharmacol* 214 (2012): 543–87.
3. Татарчук, Т.Ф. Современный взгляд на гормональную терапию / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко // *Репродуктивная эндокринология*. – 2012. – № 2 (4). – С. 34–39. Tatarchuk, T.F., Yefymenko, O.A. "The modern view of hormone therapy." *Reproductive Endocrinology* 2.4 (2012): 34–9.
4. Плаксина, Н.Д. Возможности негормональной коррекции вазомоторных пароксизмов в постменопаузе / Н.Д. Плаксина, Х.Ю. Симоновская // *Status Praesens*. 2014. – № 2 (19). – С. 60–65. Plaksina, N.D., Simonovskaia, H.Y. "Features of nonhormonal correction of vasomotor paroxysms at postmenopause." *Status Praesens* 2.19 (2014): 60–5.
5. Хамошина, М.Б., Бриль, Ю.А. Менопаузальные расстройства: вариативность терапевтических подходов. – М.: Status Praesens. – 2014. – 20 с. Khamoshina, M.B., Bril, Y.A. Menopausal disorders: variability of therapeutic approaches. Moscow. Status Praesens (2014): 20 p.
6. Балан, В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств / В.Е. Балан // *Consilium Medicum*. – 2003. – № 5 (7). – С. 413–417. Balan, V.E. "Principles of hormone replacement therapy for urogenital disorders." *Consilium Medicum* 5.7 (2003): 413–7.
7. Nisar, N., Sohoo, N.A. "Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey." *J Pak Med Assoc* 59.11 (2009): 752–6.
8. Arounassalame, B. "The quality of life during and after menopause among rural women." *J Clin Diagn Res* 7.1 (2013): 135–9.
9. Ceylan, B., Ozerdoğan, N. "Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women in the climacteric period." *Climacteric* 6 (2014): 1–18.
10. Радзинский, В.Е. Современный подход к терапии и профилактике метаболических нарушений, связанных с хирургической менопаузой / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, Г.Г. Мельникова // *Доктор. Ру*. – 2009. – № 6 (50). – С. 21–27. Radzinskiy, V.E., Khamoshina, M.B., Melnikova, G.G. "Modern approach to the treatment and prevention of metabolic disorders associated with surgical menopause." *Doctor.Ru* 6.50 (2009): 21–7.
11. Сметник, В.П. Преждевременная менопауза / В.П. Сметник // *Лечащий врач*. – 2004. – № 10. Smetnik, V.P. "Premature menopause." *Attending Doctor* 10 (2004). Available from: [http://www.lvrach.ru/2004/10/4531850], last accessed Apr. 23, 2016.
12. Манухин, И.Б. Гормональная терапия климактерических нарушений у женщин в перименопаузе с миомой матки и внутренним эндометриозом / И.Б. Манухин, Л.Б. Студеная, М.А. Геворкян // *Гинекология*. – 2008. – № 3. – С. 11–13. Manukhin, I.B., Studenaya, L.B., Gevorkyan, M.A. "Hormonal therapy of menopausal disorders in perimenopausal women with uterine myoma and endometriosis internal." *Gynecology* 3 (2008): 11–3.
13. Кузнецова, И.В. Применение климонорма в качестве противорецидивной терапии дисфункциональных маточных кровотечений в перименопаузе / И.В. Кузнецова, М.В. Якокутова // *Гинекология*. – 2006. – № 2. – С. 27–29. Kuznetsova, I.V., Yakokutova, M.V. "Klimonorm use for preventive treatment of dysfunctional uterine bleeding in perimenopause." *Gynecology* 2 (2006): 27–9.
14. Маркун, Т.А. Климактерический период. Выбор препарата для ЗГТ. [Онлайн-ресурс Т.А. Маркун] Markun, T.A. "Menopause. The drug choice for hormone replacement therapy." Available from: [http://bono-esse.ru/blizzard/Gyn/Menopauza/klimax_0.html], last accessed Apr. 23, 2016.
15. Кузнецова, И.В. Жировой и углеводный обмен у женщин, использующих различные режимы заместительной гормональной терапии / И.В. Кузнецова, М.В. Якокутова // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – № 19. – С. 1265. Kuznetsova, I.V., Yakokutova, M.V. "Fat and carbohydrate metabolism in women using different modes of hormone replacement therapy." *Russian Medical Journal* 19 (2008): 1265.
16. Національний консенсус щодо ведення пацієнок у клімактерії. Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 1 (27). – С. 8–25. National consensus on the management of patients in menopause. *Reproductive endocrinology* 1.27 (2016): 8–25.
17. Татарчук, Т.Ф. Принципи діагностики, профілактики та лікування клімактеричних розладів / Т.Ф. Татарчук, О.А. Ефименко // *Журнал української лікарської еліти*. – 2009. – № 4 (10). – С. 24–29. Tatarchuk, T.F., Yefymenko, O.A. "Principles of diagnosis, prevention and treatment of menopausal disorders." *Journal of Ukrainian Medical Elite* 4.10 (2009): 24–9. □

Менопаузальна гормональна терапія – курс на індивідуальність**М.Ю. Сергієнко**, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології Запорізького ГМУ**Ю.Я. Круть**, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства і гінекології Запорізького ГМУ**В.Г. Сюсюка**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Запорізького ГМУ

Актуальність менопаузальної гормональної терапії обумовлена демографічними реаліями і прогнозами, змінившою соціальною роллю жінки. В відповідності з прогнозами ВОЗ, к 2050 року кількість пожилих людей в розвинених країнах вдвічі перевищить кількість дітей, а більшу частину населення планети складуть жінки в віці старше 45 років. Ростаюча соціальна роль жінки і прагнення до активного довголіття ставлять перед медициною дві важливі задачі: купірування симптомів клімактерії і профілактику викликаних їм захворювань, що загрожують життю або різко знижують його якість.

Менопаузальна гормональна терапія в даний час визнана найбільш ефективним засобом лікування вазомоторних синдромів та уrogenітальної атрофії, ефективною профілактикою остеопорозу, патології серцево-судинної системи в постменопаузі. Основною умовою її ефективності і безпеки є своєчасність та індивідуалізований підхід.

В статті запропоновані різні варіанти медикаментозного супроводу жінки в пременопаузі в залежності від сценарію гормональної перебудови. Основну увагу приділено циклічній естроген-гестагенній терапії.

Відхилення від традиційного уподобання «натуральним» гестагенами, автори показали переваги «синтетичних» гормонів в комбінації естрадіолу валерату і левоноргестрелу (гормональний контрацептив клімонорм).

Залишкова андрогенна активність левоноргестрелу є перевагою, якщо в клінічній картині домінують слабкість, астенозація, зниження лібідо, біль у кістках і суглобах, явища остеопорозу. Як представник 19-норстероїдів, він забезпечує надійний захист ендометрія від проліферативних процесів, що відкриває можливість безпечного використання менопаузальної гормональної терапії жінками з гіперплазією і поліпами ендометрія в анамнезі. Семиденна перерва в циклічному прийомі забезпечує надійний контроль менструального циклу, що підвищує прихильність до лікування. Клімонорм також може бути рекомендований жінкам із синдромом виснаження яєчників, які перенесли овариоектомію.

Таким чином, відмова від шаблонів при призначенні менопаузальної гормональної терапії, індивідуалізований підхід допоможе максимально використовувати терапевтичні і профілактичні можливості препаратів, зменшити кількість побічних реакцій і ускладнень, підвищити число прихильників цього виду терапії серед лікарів і пацієнтів.

Ключові слова: менопаузальна гормональна терапія, естрадіолу валерат, левоноргестрел, клімонорм.

Менопаузальна гормональна терапія – курс на індивідуальність**М.Ю. Сергієнко**, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології Запорізького ДМУ**Ю.Я. Круть**, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства і гінекології Запорізького ДМУ**В.Г. Сюсюка**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Запорізького ДМУ

Актуальність менопаузальної гормональної терапії обумовлена демографічними реаліями і прогнозами, зміненою соціальною роллю жінки. Відповідно до прогнозів ВОЗ, до 2050 року кількість літніх людей у розвинених країнах вдвічі перевищить кількість дітей, а більшу частину населення планети складуть жінки, старші за 45 років. Зростаюча соціальна роль жінки і прагнення до активного довголіття ставлять перед медициною два важливі завдання: усунення симптомів клімактерії і профілактику викликаних ними захворювань, що загрожують життю або різко знижують його якість.

Менопаузальна гормональна терапія нині визнана найбільш ефективним засобом лікування вазомоторних синдромів та уrogenітальної атрофії, ефективною профілактикою остеопорозу і патології серцево-судинної системи в постменопаузі. Основною умовою її ефективності і безпеки є своєчасність та індивідуалізований підхід.

В статті запропоновані різні варіанти медикаментозного супроводу жінки в пременопаузі в залежності від сценарію гормональної перебудови. Основну увагу приділено циклічній естроген-гестагенній терапії.

Відхилення від традиційного уподобання «натуральними» гестагенами, автори показали переваги «синтетичних» гормонів в комбінації естрадіолу валерату і левоноргестрелу (гормональний контрацептив клімонорм).

Залишкова андрогенна активність левоноргестрелу є перевагою, якщо в клінічній картині домінують слабкість, астенозація, зниження лібідо, біль у кістках і суглобах, явища остеопорозу. Як представник 19-норстероїдів, він забезпечує надійний захист ендометрія від проліферативних процесів, що відкриває можливість безпечного використання менопаузальної гормональної терапії жінками з гіперплазією і поліпами ендометрія в анамнезі. Семиденна перерва в циклічному прийомі забезпечує надійний контроль менструального циклу, що підвищує прихильність до лікування. Клімонорм також може бути рекомендований жінкам із синдромом виснаження яєчників, які перенесли овариоектомію.

Таким чином, відмова від шаблонів при призначенні менопаузальної гормональної терапії, індивідуалізований підхід допоможе максимально використовувати терапевтичні і профілактичні можливості препаратів, зменшити кількість побічних реакцій і ускладнень, підвищити число прихильників цього виду терапії серед лікарів і пацієнтів.

Ключові слова: менопаузальна гормональна терапія, естрадіолу валерат, левоноргестрел, клімонорм.

Менопаузальна гормональна терапія – курс на індивідуальність**M.Y. Serhiienko**, PhD, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department, Zaporizhzhia State Medical University**Y.Y. Krut**, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department, Zaporizhzhia State Medical University**V.G. Siusiuka**, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department, Zaporizhzhia State Medical University

Actuality of menopausal hormone therapy is due to demographic realities and expectations, the changing social role of women. According to WHO projections, by 2050 the number of elderly people in developed countries will be twice as much as the children; most of the world's population will be women over the age of 45 years. The growing social role of women and the pursuit of active longevity put before medicine two important tasks: relief of menopause symptoms and the prevention of related conditions, that threaten the lives or severely reducing its quality.

Menopausal hormone therapy is now recognized as the most effective treatment for vasomotor and urogenital atrophy syndromes, effective prevention of osteoporosis, cardiovascular diseases in postmenopausal women. Timely and individualized approach is the main condition for its effectiveness and safety.

The article suggests various options for medical support for premenopausal women, depending on the hormonal changes. Emphasis is placed on cyclic estrogen-progestin therapy.

Contrary to the traditional passion for "natural" progestins, the authors have shown the benefits of "synthetic" hormones in combination: estradiol valerate and levonorgestrel (hormonal contraceptive klimonorm).

Residual androgenic activity of levonorgestrel turns into advantage if the clinical picture is dominated by fatigue, asthenia, decreased libido, pain in bones and joints, osteoporosis. As a 19-norsteroid it provides protection from endometrial proliferative processes, which makes it possible for safe use of menopausal hormone therapy in women with hyperplasia and endometrial polyps in the history. The seven-day break in the cyclic intake provides a reliable control of the menstrual cycle, which improves adherence to treatment. Klimonorm may also be recommended to women with ovarian failure syndrome undergoing surgery ovariectomy.

Thus, rejection of the templates in menopausal hormone therapy, an individualized approach may maximize the therapeutic and prophylactic preparations effects, reduce the number of adverse reactions and complications, and increase the number of its supporters among doctors and patients.

Keywords: menopausal hormone therapy, estradiol valerate, levonorgestrel, klimonorm.