

Зрілість без паузи: сучасні можливості терапії менопаузи та вікового андрогенодефіциту

Упродовж останніх років у світі дедалі більше уваги приділяють віковим змінам організму, здоровому довголіттю та якості життя у старшому віці. Сучасна медицина активно переглядає підходи до менопаузи й вікового андрогенодефіциту, оцінюючи нові лікувальні можливості та співвідношення користі й ризику гормональної терапії. В першій половині цього року в Україні відбувся ряд конференцій, під час яких у центрі професійної дискусії опинилися не лише профілактика й лікування захворювань, а й можливість зберігати фізичну активність, емоційну рівновагу, сексуальне благополуччя та повноцінні партнерські стосунки.

Настання менопаузи у жінки та вікове зниження рівня тестостерону у чоловіка нерідко відбуваються в один і той самий період життя. Зміни, яких зазнає один партнер, неминуче позначаються на іншому, а отже — на здоров'ї, психологічному стані та якості життя пари загалом. Це поступово змінює і клінічну парадигму: від ізольованого лікування окремої людини — до комплексного погляду на потреби обох партнерів.

Сучасні можливості менопаузальної гормональної терапії (МГТ) висвітлив Поль П'єтт — один із найвідоміших і найавторитетніших світових фахівців у цій галузі. У центрі його уваги були ефективність і безпека застосування трансдермального естрадіолу у формі гелю в поєднанні з мікронізованим прогестероном, індивідуальний підбір терапії та сучасне розуміння її переваг і ризиків.

Логічним продовженням теми є доповідь-дуєт Оксани Таран та Ігоря Чорнокульського, що присвячена МГТ, віковому андрогенодефіциту, сучасним можливостям тестостерон-замісної терапії та сексуальному благополуччю подружньої пари. Разом ці матеріали формують цілісний погляд на мено- й андропаузу — не як на ізольовані проблеми жінки та чоловіка, а як на взаємопов'язані зміни, що потребують своєчасної діагностики, індивідуального лікування та співпраці фахівців.

Доповідь: «Оптимізація застосування трансдермального гелю з естрадіолом і мікронізованого прогестерону в жінок у період менопаузи»*



Пол П'єтт

Доктор фармацевтичних наук, старший науковий співробітник Clinique Antonie Depage (Бельгія), науковий керівник і очільник відділу медичної підтримки компанії «Besins Healthcare Global», м. Брюссель, Бельгія

Провідний науковий співробітник PREIS School, м. Флоренція, Італія

Відповідно до позиційної заяви Північноамериканського товариства з менопаузи 2022 року, найефективнішим методом лікування вазомоторних симптомів і генітоуринарного синдрому в періоді менопаузи залишається менопаузальна гормональна терапія (МГТ). Для здорових жінок віком до 60 років користь від її застосування переважає ризики. Застосування МГТ не слід припиняти після досягнення 60-річного віку.

Трансдермальний шлях введення та застосування нижчих доз гормо-

нальної терапії можуть зменшити ризики венозного тромбоемболізму (ВТЕ) та інсульту — основні ризики МГТ. Ризик розвитку раку молочної залози (РМЗ) не підвищується за застосування комбінованої естроген-прогестагенної терапії, а за монотерапії естрогенами може навіть знижуватися (Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel, Menopause, 2022).

Результатом засідання комісії Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США

(Food and Drug Administration, FDA) стала ініціація перегляду інформації щодо безпеки МГТ. Зокрема, йдеться про вилучення з інструкцій загальних попереджень щодо ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), інсульту, РМЗ та ймовірної деменції, а також рекомендації застосовувати гормональну терапію в найнижчій ефективній дозі протягом найкоротшого строку. Водночас естроген-вмісна МГТ протягом перших трьох місяців може підвищувати ризик ВТЕ. Тому інформацію щодо безпеки запропоновано диференціювати

* Виступ під час IX Міжнародного конгресу «Репродуктивне здоров'я: комплексний підхід до безперервної медичної освіти лікарів», що відбувся 29–30 травня 2026 року



з урахуванням характеристик конкретного препарату та пов'язаних із ним ризиків [Makary M., 2026]. Отже, йдеться про пропозицію замінити універсальні застереження індивідуалізованою інформацією щодо безпеки, а не про заперечення можливих ризиків МГТ.

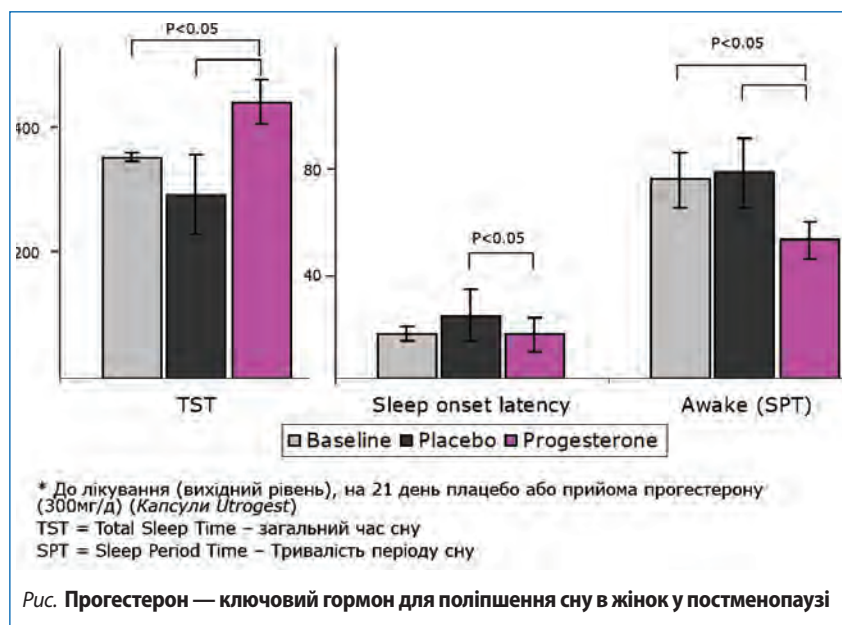
Важливими є строки застосування системної гормональної терапії, наслідки якої різняться залежно від типу препарату, шляху введення та дози. Зниження ризику є більш вираженим при застосуванні низьких доз порівняно із середніми або високими, вагінальних чи трансдермальних форм замість пероральних, а також естрадіолу (E2) замість кон'югованих естрогенів.

Обґрунтування ефективності МГТ

У дослідженні KEEPS (Kronos Early Estrogen Prevention Study; 720 учасниць) вплив на симптоми менопаузи комбінації препаратів (естрогеновий пластр + вагінальний прогестерон) та пероральних кон'югованих кінських естрогенів (ККЕ) порівнювали з плацебо. Оцінювали порушення сну, припливи жару та дратівливість. Усі лікарські засоби демонстрували приблизно однакову ефективність, однак нижча вираженість симптомів асоціювалася з вищими рівнями циркулюючого в крові E2 за застосування комбінації препаратів; цей ефект був дозозалежним [Santoro N. et al., 2017]. Одним з аспектів загальної ефективності є поліпшення сну за даними сонографії та електроенцефалографії. Дослідження Schüssler P. et al. (2008), проведене в Інституті психіатрії ім. Макса Планка, показало, що пероральний мікронізований прогестерон поліпшує сон і збільшує його тривалість, скорочує час до засинання та зменшує кількість нічних пробуджень (рис.).

Обґрунтування безпеки

Безпека препаратів естрадіолу залежить від шляху введення, зокрема від наявності чи відсутності ефекту першого проходження через печінку. Трансдермальний шлях є найбезпечнішим для жінок із симптомами



менопаузи. За перорального застосування E2 у дозі 1 мг або ККЕ у дозі 0,45 мг 80 % препарату надходить до печінки через портальну вену, що підвищує його концентрацію в печінці (мкг/мл), знижує лібідо та ефективність профілактики ССЗ. Отже, системна дія естрадіолу відбувається після першого проходження через печінку.

Натомість за застосування трансдермальних форм (гелю з E2 у дозі 1,5 мг або пластиру в дозі 50 мкг) цього ефекту немає: концентрація в печінці вимірюється у пг/мл (тобто є в мільйони разів нижчою), а рівні естрадіолу в крові відповідають рівню, необхідному для взаємодії з рецепторами.

Щодо безпеки ендометрію в жінок з інтактною маткою, то за даними мета-аналізу Stute P. (2024), у режимі безперервної комбінованої МГТ пероральне застосування мікронізованого прогестерону в дозі 50–200 мг/добу забезпечує захист ендометрію протягом одного року. Залежно від дози естрогену, у режимі послідовної комбінованої МГТ пероральний прогестоген у дозі 100–400 мг/добу протягом 12–14 днів на місяць забезпечує захист ендометрію щонайменше протягом трьох років. Внутрішньоматкове застосування левоноргестрелу в дозі 5–20 мкг/добу захищає ендометрій за застосування трансдер-

мального естрадіолу. У жодному з досліджень не повідомлялося про випадки гіперплазії або раку ендометрію.

Обґрунтування строків застосування та дозування

У дослідженні ELITE (Early versus Late Intervention Trial with Estradiol) [Hodis et al., 2016] вивчали вплив естрадіолу на судини за лікування на ранньому та пізньому етапах постменопаузи. Терапія естрадіолом у поєднанні з мікронізованим прогестероном супроводжувалася повільнішим прогресуванням субклінічного атеросклерозу порівняно з плацебо, яке оцінювали за товщиною комплексу інтима-медіа сонної артерії, якщо лікування розпочинали протягом 6 років після менопаузи. Водночас такого ефекту не спостерігали, якщо лікування розпочинали через 10 років або пізніше після менопаузи, тобто мало місце «вікно можливостей».

Існує узгоджена позиція, що МГТ є ефективною для профілактики втрати кісткової маси та зниження ризику остеопоротичних переломів у довгостроковій перспективі в жінок у постменопаузі. Дослідження показали, що для ефективною профілактики втрати кісткової маси в постменопаузальному періоді естрогенна терапія повинна забезпечувати рівень естрадіолу



в сироватці крові не менше ніж 60 пг/мл — рівень, характерний для жінок із нормальною функцією яєчників у пізній фолікулярній фазі менструального циклу [Reginster J. Y. et al., 1992].

Сучасні дані щодо індивідуального підбору препаратів

У США проведено рандомізоване багатоцентрове подвійне сліпе дослідження III фази з добором дози та активним контролем [Piette P., 2022]. Основною метою було порівняння експозиції естрадіолу, безпеки й ефективності гелю E2 (Estrogel®) та пластиру E2 (Climara®) у жінок із симптомами менопаузи. До аналізу безпеки включили 361 пацієнтку, до аналізу ефективності — 351. Одну з трьох доз гелю Estrogel® (0,625; 1,25 або 2,5 г), що містив 0,06 % естрадіолу, наносили щодня, а пластр Climara® (0,05 мг/добу) замінювали щотижня протягом трьох місяців. У жінок у постменопаузі, які мали щонайменше 7 припливів середньої або високої інтенсивності на добу чи щонайменше 60 припливів на тиждень, оцінювали взаємозв'язок між концентрацією естрадіолу в сироватці крові та клінічним ефектом, а також ефективність, переносимість і дотримання режиму лікування. За наведеними результатами оптимальним є застосування Estrogel® у дозі 1,25 або 2,5 г/добу, що дає змогу досягти рівня E2 60 пг/мл. За застосування нижчої дози досягається лише половина цього системного рівня, тобто 30 пг/мл. Цього достатньо для полегшення окремих симптомів, але недостатньо для оптимізації профілю судинних ризиків і профілактики остеопорозу та остеопоротичних переломів. За такого застосування рівні естрогену, що утворюється внаслідок першого проходження через печінку, відповідають системним рівням естрадіолу. Натомість за перорального застосування препаратів рівні естрогену в крові у 3–5 разів перевищують рівні естрадіолу.

За непрямого порівняння Estrogel® із новими препаратами, зокрема з фезолінетантом — селективним антагоністом нейрокінінових ре-

цепторів, частота вазомоторних симптомів менопаузи зменшувалася відповідно на 81 % проти 60 %, а їх тяжкість — на 57 % проти 32 %. Досліджень із прямим порівнянням препаратів поки що немає. Водночас дослідження III фази цих двох засобів мали однаковий дизайн, тому їх можна порівнювати.

Для клініцистів особливо важливо бути впевненими, що застосування препарату поліпшить стан пацієнток. З цією метою проведено дослідження Estrogel® III фази, у якому виявлено дозозалежний ефект. Як і у випадку профілактики судинних ризиків чи остеопорозу, рівень клінічної відповіді зростає зі збільшенням дози Estrogel®. Це були дослідження III фази, однак результати клінічної практики можуть відрізнятися. Опубліковано також результати вимірювання рівнів E2 у реальних умовах. Встановлено, що стабільна середня концентрація E2 у сироватці крові досягається на 3-й день терапії. На 14-й день застосування Estrogel® у дозі 2,5 г середня концентрація E2 протягом 24 годин становить приблизно 60 пг/мл — це відповідає зростанню порівняно з початковим рівнем приблизно на 40 пг/мл на кожен міліграм введенного E2.

Чи всі трансдермальні препарати однакові? В Україні наразі доступні різні форми трансдермальних естрогенів: гелі, спреї та пластирі з естрадіолом. Проте чи всі вони однаково ефективні? Дослідження спрею показало, що рівні E2 у крові після дво- або триразового нанесення на шкіру протягом доби статистично не відрізнялися, що ставить під сумнів дозозалежний ефект збільшення кількості нанесень. Це свідчить про неможливість досягнення стабільної профілактики за застосування спрею. Концентрація естрадіолу в сироватці крові досягала стабільного рівня через 7–8 днів застосування препарату Lenzetto®, тоді як за застосування Estrogel® — через 3 дні [Morton T. L. et al., 2009].

За застосування іншої форми естрогенового гелю потрібно періодично

змінювати місце нанесення. Натомість для Estrogel® що ширша ділянка нанесення, то краще, оскільки препарат не спричиняє подразнення та не містить синтетичних складників, які могли б його зумовити.

За даними досліджень Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER), британської бази General Practice Research Database (GPRD), у жінок, які застосовували трансдермальний естрадіол, не виявлено підвищення ризику ВТЕ порівняно з тими, хто отримував пероральний естрадіол у тій самій дозі. Те саме стосується ризику інвазивного РМЗ. За п'ятирічний період профілактики єдиною безпечною для молочної залози комбінацією був естрадіол із мікронізованим прогестероном.

Висновки

За результатами дослідження Estrogel® III фази «Трансдермальний естрадіол E2 проти пероральної гормональної терапії» [Archer D. et al., 2012; Piette P., 2026] та дослідження KEEPS [Miller V. M. et al., 2021] за застосування трансдермальних форм E2 спостерігаються:

- відсутність впливу на артеріальний тиск;
- відсутність впливу на рівні С-реактивного білка, тиреоглобуліну та глобуліну, що зв'язує статеві гормони;
- більш виражене поліпшення лібідо порівняно з пероральним застосуванням ККЕ. Ефект був особливо значущим у жінок із низькою сексуальною функцією до рандомізації;
- підвищення чутливості до інсуліну;
- уповільнення прогресування атеросклерозу за даними ультразвукового дослідження сонних артерій;
- тенденція до меншого накопичення кальцію в коронарних артеріях;
- відсутність значущих відмінностей у частоті небажаних наслідків (РМЗ, рак ендометрію, захворювання жовчного міхура, інфаркт міокарда, транзиторна ішемічна атака, інсульт або ВТЕ).



Доповідь: «Менопаузальна гормональна терапія: баланс ефективності та безпеки»



О. А. Таран,

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

Сьогодні менопаузу вже не сприймають лише як припливи чи інші вазомоторні симптоми. Існує чітке розуміння, що це системний виклик, адже підвищуються ризики серцево-судинних захворювань (ССЗ), метаболічних порушень, остеопорозу та інших розладів опорно-рухової системи. Зниження рівня статевих гормонів ще в пременопаузі стає справжнім випробуванням для вищих регуляторних систем. Формується синдром дезінтеграції психічних, вегетативних, ендокринних та інших функцій.

У нещодавній науковій заяві Американської кардіологічної асоціації зазначено, що зміни рівнів гормонів і ліпідів, композиційного складу тіла та стану судин під час менопаузального переходу можуть підвищувати ймовірність розвитку ССЗ у постменопаузі. Це підкреслює важливість розгляду цього етапу репродуктивного старіння як критичного «вікна можливостей» для ранніх профілактичних заходів, спрямованих на підтримання здоров'я та якості життя і зниження серцево-судинного ризику.

2025 рік став знаковим для розуміння ролі менопаузальної гормональної терапії (МГТ). Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (Food and Drug Administration, FDA) розпочало процес вилучення рамкового попередження (boxed warning) — найсуворішого попередження про серйозні й небезпечні для життя ризики, яке майже 20 років стримувало призначення препаратів МГТ. Це попередження ґрунтувалося на результатах

дослідження Women's Health Initiative (WHI), проведеного на початку 2000-х років. Після перегляду результатів дослідження вчені дійшли висновку, що проблема полягала не стільки в застосуванні гормонів, скільки в інтерпретації застарілих і, можливо, не цілком коректних даних, адже до дослідження залучали жінок різного віку, з різною тривалістю застосування та різним складом МГТ. За правильного вибору та раннього початку МГТ не підвищує онкологічні ризики для більшості жінок; насамперед це стосується ризику раку молочної залози (РМЗ).

У 2025 році також було оновлено рекомендації Міжнародного товариства з менопаузи (International Menopause Society, IMS), у яких зазначено, що МГТ залишається найефективнішим методом лікування вазомоторних симптомів і генітоуринарного синдрому менопаузи. Акцент зміщується від лікування окремих симптомів до ширшого розуміння підтримання здоров'я та якості життя.

Ключові ризики, асоційовані з МГТ, є керованими. Так, ризик РМЗ визначається типом прогестогену, обраного для комбінованої МГТ, а ризик венозного тромбоемболізму (ВТЕ) та інсульту — вибором естрогену. МГТ є найефективнішою та найбезпечнішою, коли її призначають у період так званого «вікна можливостей», тобто жінкам віком до 60 років або протягом перших 10 років після настання менопаузи. Таке призначення характеризується найкращим співвідношенням користі та ризику. Це не означає заборони призначати МГТ поза межа-

ми цього періоду, однак за пізнішого початку терапії потрібно враховувати зростання ризику ССЗ та інсульту. Призначення МГТ саме в межах «вікна можливостей» дає змогу знизити як загальну смертність, так і ризик розвитку ішемічної хвороби серця.

Вікових обмежень щодо тривалості застосування МГТ немає. Водночас не слід плутати час початку терапії з тривалістю її застосування: остання не обмежується ані віком пацієнтки, ані наперед визначеним строком (IMS recommendations, 2025).

Ризик ВТЕ з віком зростає. За наявності інших факторів ризику перед призначенням естрогеновмісної МГТ надзвичайно важливо ретельно оцінити всі фактори серцево-судинного ризику та ВТЕ в особистому й сімейному анамнезі жінки [Baber R. J. et al., 2016].

На початку березня 2026 року в Римі відбувся 40-й ювілейний конгрес Міжнародного товариства ендокринної гінекології. Значну увагу привернула доповідь Поля П'єтта, присвячена оптимізації МГТ із застосуванням трансдермального естрадіолу та мікронізованого прогестерону. Доповідач продемонстрував, що трансдермальний шлях введення та мінімальна ефективна доза МГТ можуть зменшувати ризики ВТЕ та інсульту. Також було наголошено, що виготовлені за індивідуальними рецептами біоідентичні гормони для МГТ, зокрема пелети, сьогодні не рекомендують через проблеми з дозуванням, можливу наявність домішок та відсутність доказів ефективності й безпеки.



Поль П'єтт також представив результати дослідження впливу естрогенвмісної МГТ на ризик ВТЕ. До дослідження увійшли 80 396 жінок віком 40–79 років із первинним діагнозом ВТЕ; контрольну групу становили 391 494 жінки. Ризик тромбоемболії зростає у жінок, які застосовували пероральну МГТ. За застосування трансдермальних форм естрогенів — як монотерапії або у складі комбінованої МГТ — ризик ВТЕ був навіть дещо нижчим за загальнопопуляційний [Coupland C. et al., 2019].

У рекомендаціях 2024 року, опублікованих у The BMJ, також зазначено, що жінкам із факторами ризику ССЗ, які розглядають можливість застосування МГТ, слід надавати перевагу трансдермальним формам естрогенів. Пероральні форми зазнають ефекту першого проходження через печінку і, відповідно, підвищують згортання крові. Відносно молоді здорові жінки в період ранньої менопаузи з вазомоторними симптомами за відсутності протипоказань можуть обирати пероральну або трансдермальну форму естрогенів відповідно до власних уподобань.

Ендокринологічне товариство погоджується із цим підходом і зазначає, що для жінок із помірним серцево-судинним ризиком перевагу слід надавати трансдермальній терапії естрадіолом як терапії першої лінії. За потреби в комбінованій МГТ рекомендовано застосовувати мікронізований прогестерон або інший прогестоген із менш несприятливим впливом на метаболічні показники, зокрема артеріальний тиск, рівень тригліцеридів і вуглеводний обмін.

Результати досліджень свідчать про наявність метаболічного синдрому майже в кожній четвертій жінки в перименопаузі та кожній другій — у постменопаузі. Метаболічний синдром поєднує кілька критеріїв: вісцеральне ожиріння, дисліпідемію, порушення глікемії натще або цукровий діабет і підвищений артеріальний тиск. Такі жінки мають помірний серцево-судинний ризик і відносні протипоказання до пероральної естрогенної замісної терапії.

У клінічних рекомендаціях Європейського товариства ендокринології

щодо оцінювання та лікування менопаузи й перименопаузи (жовтень 2025 року) зазначено, що трансдермальна форма естрогенів є кращим вибором у складі МГТ для жінок із ВТЕ в анамнезі — після ретельної індивідуальної оцінки співвідношення користі та ризику і в найнижчій ефективній дозі. Трансдермальні естрогени також є вибором для пацієнток із контрольованим цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та мігренню з ауурою в анамнезі.

Упродовж багатьох років у клінічній практиці застосовують препарат біоідентичного 17β -естрадіолу у формі трансдермального гелю Естрожель®. Він зарекомендував себе як безпечний і надійний естроген, зокрема для комбінованої МГТ. Естрожель® не містить синтетичних підсилювачів проникнення, тому не спричиняє подразнення або неприємних відчуттів на шкірі, не залишає липкості та швидко всмоктується завдяки спеціальній технології проникнення діючої речовини. Немає потреби масажувати ділянку нанесення або тривалий час очікувати повного всмоктування препарату. Зазвичай його наносять на передпліччя або плече. Важливе застереження: Естрожель® не можна наносити на ділянку молочних залоз; інших обмежень щодо місця нанесення немає. Одне натискання помпи-дозатора вивільняє 0,75 мг естрадіолу — половину добової дози. Два натискання відповідають середній добовій дозі естрадіолу 1,5 мг.

Естрожель® дає змогу гнучко титрувати й індивідуально добирати дозу. Якщо два натискання помпи не забезпечують належного ефекту, можна рекомендувати три або чотири натискання, тобто добирати необхідну дозу для кожної пацієнтки. Трансдермальна форма естрогену забезпечує стабільне й рівномірне підтримання його рівня протягом доби.

У комбінованій МГТ важливе значення має також вибір прогестагену. Abenhaim H. A. et al. у 2022 році опублікували результати популяційного дослідження за участю понад 43 000 жінок віком понад 50 років із випадками РМЗ. Контрольну групу становили понад 430 000 жінок. Середній період спостереження становив 7,5

року; аналізували тип МГТ і прогестоген, що входив до її складу. У групі з 43 000 пацієнток, які отримували мікронізований прогестерон, виявили 12 випадків РМЗ, тоді як у групі застосування синтетичних прогестинів — 2817 випадків. Це демонструє, що різні прогестогени по-різному асоціюються з ризиком розвитку РМЗ, а мікронізований прогестерон є найбезпечнішим прогестогеном для комбінованої МГТ.

Крім того, прогестерон та його метаболіти — алопрегнанолон і 5α -прегнанолон — чинять протитризовну дію, нормалізують сон і сприяють збалансованому емоційному стану. Прогестерон має виражений нейропротекторний ефект, сприяє мієлінізації нейронів, поліпшує когнітивні функції та емоційний стан, що особливо важливо для пацієнток у перименопаузі та постменопаузі. Пероральне застосування мікронізованого прогестерону у формі оригінального препарату Утрожестан® у схемі МГТ сприяє нормалізації сну завдяки седативній дії метаболітів і збереженню когнітивних функцій у жінок у перименопаузі та постменопаузі.

Отже, комбінація трансдермального естрадіолу та мікронізованого прогестерону не пов'язана з підвищеним ризиком РМЗ і ВТЕ — ризиками, які найчастіше асоціюють із МГТ. Її можна застосовувати в пацієнток з ожирінням, дисліпідемією, цукровим діабетом та інсулінорезистентністю. Терапія не змінює або навіть знижує масу тіла в жінок із нормальною масою тіла в постменопаузі, а також позитивно впливає на порушення сну.

Можна застосовувати послідовний, або циклічний, режим МГТ. Він прийнятний для жінок у перименопаузі, якщо тривалість аменореї не перевищує 6 місяців. У такому разі Естрожель® доцільно застосовувати безперервно протягом усього менструального циклу, а в його другу фазу додавати Утрожестан® у дозі щонайменше 200 мг/добу протягом 12–14 днів — перорально на ніч. Якщо жінка перебуває в постменопаузі, тобто після останньої менструації минуло понад 12 місяців, застосовують безперервний режим обох препаратів: Утрожестан® — перорально в дозі від 100 мг/добу перед сном.



В останніх рекомендаціях Британського товариства з менопаузи (2021) зазначено, що доза прогестерону має бути пропорційною дозі естрогену. Якщо жінка потребує вищої дози естрогену і кількість натискань помпи Естрожелю® збільшують, слід розглянути можливість підвищення дози прогестерону для належного захисту ендометрію. За циклічної МГТ у таких випадках замість 200 мг рекомендують призначати 300 мг Утрожестану®, а за безперервної МГТ — 200 мг/добу замість 100 мг/добу, перорально на ніч.

Говорячи про здоров'я та якість життя жінки в пери- й постменопаузі, потрібно враховувати й її партнера, адже він відіграє важливу роль у психологічному та сексуальному здоров'ї пари. Сьогодні відбувається зміна парадигми: від окремого розгляду жінки — до розгляду пари. Змінився і підхід до корекції менопаузальних порушень: з'явилися такі напрями, як корекція «парної» та «подвійної паузи».

«Парна пауза» — це нова парадигма, сфокусована на парі як цілісній одиниці під час менопаузи жінки та андропаузи чоловіка. Про менопау-

зу жінки говорять значно більше, ніж про андропаузу чоловіка, хоча це складові одного цілого. Гормональні зміни та сексуальні розлади одного з партнерів неминуче впливають на поведінку, сексуальність, самооцінку та загальну якість життя іншого. «Подвійна пауза» — це клінічний стан, за якого гормональні зміни одночасно наявні в обох партнерів: дефіцит естрогенів у жінки та андрогенів у чоловіка. Це прогресивно посилює сексуальні й психологічні потреби пари.

Наслідками андропаузи є не лише сексуальні розлади, а й соматичні та психоемоційні прояви, що істотно впливають на здоров'я та якість життя чоловіка і пари. Нещодавно змінилося розуміння безпеки не лише МГТ, а й тестостеронзамісної терапії. Масштабне дослідження TRAVERSE (2023) продемонструвало безпеку трансдермального тестостерону щодо серцево-судинних ризиків. Також не було виявлено підвищення ризику раку передміхурової залози або погіршення симптомів із боку нижніх сечових шляхів. Трансдермальний гель тестостерону розглядають як одну з найбільш фізіологічних форм терапії для

чоловіків. Світовим лідером сьогодні залишається Андрожел®.

Для жінок тестостерон також є важливим гормоном і відіграє ключову роль у підтриманні здоров'я в пери- та постменопаузі, впливаючи на сексуальний потяг, настрій, енергію, стан м'язів і кісток. У підтриманні мінеральної щільності кісткової тканини та збереженні м'язової сили важливий не лише естроген: тестостерон також істотно впливає на ці процеси. Тому під час ведення жінки з менопаузальним синдромом слід звертати увагу не лише на дефіцит естрогенів, а й розглядати доцільність андрогенної підтримки за відповідних станів після виключення інших причин. Сьогодні вітчизняні рекомендації, як і більшість рекомендацій у світі, не передбачають рутинного призначення тестостерону жінкам. Водночас погляди змінюються, і в найближчому майбутньому очікується поява рекомендацій щодо його офіційного застосування в жінок.

Нині контроль симптомів менопаузи вийшов далеко за межі лікування окремих проявів і став глобальною стратегією розширення можливостей жінок для активного здорового довголіття з належною якістю життя.

Матеріали форуму (продовження)

Доповідь: «Віковий андрогенодефіцит у контексті «DOUBLEPAUSE»: сучасний погляд на сексуальне благополуччя подружньої пари»



Ігор Чорнокульський,

к. мед. н., лікар — уролог-андролог, сексолог-репродуктолог,
МЦ Alpha Medical, м. Київ

Віковий андрогенодефіцит у контексті «дабл-паузи»: сучасний погляд на сексуальне благополуччя подружньої пари. За цією складною назвою криється просте бажання кожної людини — жити довго та щасливо.

Медицина вже давно не обмежується порятунком життя чи ліку-

ванням окремих захворювань. Одним із завдань сучасної медицини є поліпшення якості життя. Сьогодні це надзвичайно актуально: антивікова терапія стала популярним сучасним напрямом.

Певні труднощі з якістю життя виникають у чоловіка в період андропаузи, а в жінки — менопаузи.

Сьогодні йтиметься про те, як їх долати.

Як тестостерон впливає на організм? Його дія не обмежується ерекцією та посиленням статевого потягу. Тестостерон сприяє розвитку м'язової маси, поліпшенню настрою й пам'яті, підвищенню впевненості, стимуляції еритропо-



езу та підтриманню щільності кісткової тканини. Він також впливає на волосся і шкіру, зокрема може спричиняти облісіння й акне. До позитивних ефектів належать підтримання еластичності шкіри та синтезу колагену.

Відмінності між чоловіками з низьким і високим рівнем тестостерону досить помітні. За низького рівня може виникати відчуття «затуманення свідомості», організм легше накопичує жирову тканину, можливі біль у суглобах і зниження фізичної працездатності. Натомість у чоловіка з високим рівнем тестостерону спостерігаються позитивний настрій, легше зменшується кількість жирової тканини, зберігаються міцність кісток і високий рівень енергії.

Основним фактором, що впливає на рівень тестостерону, є вік. У чоловіків віком 18–22 роки рівень тестостерону є найвищим упродовж життя. Якщо цей піковий показник прийняти за 100 %, то після 30–35 років рівень тестостерону знижується приблизно на 1 % щороку.

Стрес і підвищений рівень кортизолу також знижують рівень тестостерону. Ожиріння та метаболічний синдром належать до найважливіших модифікованих факторів. Негативний вплив також мають порушення сну й обструктивне апное сну, недостатня або надмірна фізична активність, нерациональне харчування, вживання алкоголю, куріння та інші шкідливі звички.

Рівень тестостерону можуть знижувати певні лікарські засоби, зокрема глюкокортикоїди, опіоїди, анаболічні стероїди й антиандрогени. До інших чинників належать хронічні захворювання: цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, хронічне обструктивне захворювання легень, онкологічні та системні запальні захворювання. Рівень тестостерону також знижують ендокринні порушення, зокрема гіперпролактинемія, гіпотиреоз і патологія гіпофіза. Крім того, не-

гативний вплив може мати недостатня фізична та сексуальна активність.

Не можна оминати таку актуальну проблему, як війна. Вона є потужним фактором стресу, оскільки хронічна загроза життю, відсутність відчуття безпеки та ризик травми підвищують рівень кортизолу, який конкурує з тестостероном за рецептори та є його прямим антагоністом. В умовах стресу організм витрачає багато ресурсів на вироблення кортизолу, тому для синтезу інших гормонів залишається менше енергії.

Вікові зміни рівнів статевих гормонів у чоловіків і жінок відрізняються. Як уже зазначалося, у чоловіків віком 18–22 роки рівень тестостерону досягає піку. Після початку статевого дозрівання, яке відбувається у віці 8–12 років, його рівень зростає, надалі поступово знижується і до 40–50 років досягає критичної точки, після якої починається андрогенний дефіцит. Рівні естрогенів у жінок змінюються інакше. Традиційно чоловік звертається до уролога зі скаргами на еректильну дисфункцію та зниження сексуального потягу, і його лікують ізольовано. Так само гінекологи окремо лікують проблеми жінок у менопаузі. Водночас найкращого результату можна досягти під час лікування пари у співпраці уролога та гінеколога.

Найпомітнішими проблемами, з якими звертаються чоловіки, є еректильна дисфункція, зниження лібідо, відсутність або рідкісні ранкові спонтанні ерекції. Однак це лише вершина айсберга, адже за ними може приховуватися дефіцит андрогенів, який також проявляється втратою м'язової маси, збільшенням кількості жирової тканини, гінекомастією, остеопорозом та анемією. Це симптоми вікового андрогенного дефіциту в чоловіків, або андропаузи. Андропауза також може супроводжуватися психоемоційними розладами. Хронічна втома, порушення концентрації, депресивний настрій і дратівливість є симпто-

мами вікового зниження рівня тестостерону.

Діагностичні критерії та цілі терапії визначено в найновішій настанові Європейської асоціації урології 2026 року: рівень тестостерону < 12 нмоль/л і наявність клінічних симптомів, обов'язково еректильної дисфункції та зниження лібідо. Терапевтичною метою є підвищення рівня тестостерону до 14–20 нмоль/л. Роль тестостеронамісної терапії у відновленні «сексуального дуєту» пари полягає в поверненні емоційної залученості та ініціативи з боку чоловіка, комплексності до менопаузальної терапії жінки і подоланні наслідків андро- та менопаузи в парі.

Для відновлення необхідного рівня тестостерону ефективним та безпечним є застосування трансдермального гелю, представленого на українському ринку препаратом Андрожель®. Він забезпечує більш фізіологічний профіль концентрації та імітує природний циркадний ритм ендогенного тестостерону зі стабільною концентрацією протягом 24 годин, на відміну від ін'єкційних форм тестостерону, які можуть спричиняти супрафізіологічні піки та глибокі спади. Андрожель® у концентрації 16,2 мг/г — зручний та ефективний засіб корекції андрогенодефіциту. Початкова доза становить два натискання помпи; препарат застосовують один раз на добу вранці. Можливість легко титрувати дозу дає змогу швидко розпочати або припинити терапію в разі виникнення побічних ефектів і оперативно скоригувати дозування. Іншими перевагами є керованість терапії, відсутність ефекту депо та неінвазивність застосування. Доведена ефективність препарату полягає у значущому посиленні сексуального потягу, збільшенні м'язової маси, зменшенні кількості жирової тканини та поліпшенні загальної якості життя.

Історично існують побоювання щодо серцево-судинних ризиків замісної гормональної терапії. Для їх вивчення проведено масштабне дослідження TRAVERSE, до якого за-



лучили 5200 чоловіків віком 45–80 років із гіпогонадізмом і високим ризиком ССЗ. Учасникам призначали Андрозель® 16,2 мг/г або плацебо. За середнього періоду спостереження 33 місяці встановлено, що тестостерон-замісна терапія (ТЗТ) із застосуванням трансдермального гелю не асоціюється зі зростанням ризику тяжких несприятливих серцево-судинних подій (major adverse cardiovascular events, MACE): серцево-судинної смерті, інфаркту міокарда або інсульту.

Протокол моніторингу безпеки під час ТЗТ містить кілька складових. Перед початком терапії потрібно виключити абсолютні протипоказання: рак передміхурової або молочної залози, гематокрит $\geq 54\%$ та неконтрольовану серцеву недостатність; також необхідно визначити рівень простатоспецифічного антигену (ПСА). Під час терапії слід контролювати рівень тестостерону, щоб уникнути як його дефіциту, так і надмірної експозиції, а також гематокрит і артеріальний тиск. Рівень ПСА потрібно оцінювати щонайменше раз на рік, а в пацієнтів старшого віку та осіб із факторами ризику — двічі на рік.

Отже, нова філософія ведення пари полягає у спільному лікуванні мено- та андропаузи за участю уролога-андролога і гінеколога. Інструментами є своєчасна діагностика вікового андрогенодефіциту та ТЗТ гелем Андрозель® — фізіологічним, керованим засобом із доведеною безпекою. Лікуючи системний гіпогонадізм у чоловіка, ми не лише відновлюємо ерекцію, а й поліпшуємо якість життя та гармонію всієї сім'ї.

З розвитком медицини та збільшенням тривалості життя зростає увага до його якості й відновлення гормонального балансу, що забезпечує комфортне життя. Попередження FDA про можливий підвищений ризик інфаркту або інсульту в маркуванні препаратів тестостерону діяло з 2015 року. У новому стандарті 2025 року його вилучено. Водночас додано по-

передження щодо артеріально-го тиску, якого раніше не було. Стандарт 2015 року передбачав застосування лише в чоловіків із підтвердженим віковим гіпогонадізмом; за новими стандартами ТЗТ призначають за наявності медичних показань і підтвердженого андрогенодефіциту.

Андрозель® є безпечним і простим у застосуванні. Гель потрібно наносити тонким шаром на чисту, суху та неушкоджену шкіру плечей та рук, не втираючи в шкіру, уникаючи ділянки геніталій. Після нанесення слід уникати контакту оброблених ділянок шкіри з жінками та дітьми, оскільки препарат може передаватися їм із поверхні шкіри. Оптимальний варіант — наносити препарат вранці перед роботою.

Тестостерон знижує рівень глікованого гемоглобіну. Тому в пацієнтів із цукровим діабетом і метаболічним синдромом він поліпшує чутливість до інсуліну, дає змогу зменшити дозу інсуліну, досягти цільових показників глікемії та поліпшити ліпідний обмін.

Адекватний рівень тестостерону позитивно впливає на сексуальну функцію та життєвий тонус. Він сприяє відновленню лібідо й активності, підвищенню рівня енергії, витривалості та фізичної сили, поверненню чоловіка до так званої «здорової агресії». Дефіцит тестостерону може призводити до погіршення настрою і навіть депресії, тому його корекція зменшує ці негативні симптоми. Застосування препаратів тестостерону сприяє профілактиці вікової втрати м'язової маси та підтриманню когнітивних функцій у дорослих пацієнтів.

Рак передміхурової залози (РПМЗ) є гормонозалежним, тому потрібно контролювати рівень ПСА. За даними дослідження TRAVERSE, застосування трансдермального гелю тестостерону не супроводжувалося збільшенням частоти РПМЗ, погіршенням симптомів із боку нижніх сечових шляхів або прогресуванням доброякісної гі-

перплазії передміхурової залози. Отже, Андрозель® є достатньо безпечним для пацієнтів старшого віку з проблемами, пов'язаними з рівнем тестостерону. Наявний РПМЗ є абсолютним протипоказанням, оскільки тестостерон може прискорювати прогресування цієї гормонозалежної пухлини.

Серед найновіших змін — можливе розширення показань до ТЗТ. 16 квітня 2026 року FDA повідомило про кроки, спрямовані на розширення терапевтичних можливостей трансдермального тестостерону для чоловічого здоров'я, і закликало виробників препаратів звертатися до FDA для реєстрації нового показання.

У США ТЗТ упродовж десятиліть застосовують за станів, пов'язаних із дефіцитом тестостерону, зокрема первинного або вторинного гіпогонадізму. Водночас терапію дозволено лише за чітко встановлених причин; її ефективність і безпека за вікового зниження рівня тестостерону не доведені. Після внесення змін ТЗТ планують застосовувати не лише за прямих показань, тобто зниження рівня тестостерону нижче референтних значень, а й за його зниження нижче середніх значень, якщо в чоловіка виникають пов'язані із цим проблеми. До них належать зниження лібідо або прагнення запобігти втраті м'язової маси під час зменшення маси тіла. Цільова група — чоловіки з ідіопатичним гіпогонадізмом, тобто з низьким рівнем тестостерону без встановленої причини. Раніше терапію дозволяли лише за чітко визначених причин. З'явилися також результати клінічних досліджень, які свідчать про ефективність і безпеку ТЗТ у чоловіків. Наразі таке застосування залишається поза зареєстрованими показаннями (off-label), але з часом його можуть внести до рекомендацій. Попередній висновок: ТЗТ може бути безпечною й ефективною для лікування зниженого лібідо в чоловіків з ідіопатичним гіпогонадізмом.

Підготував О. Щербань

