

Вивчення рівня обізнаності та ставлення українських жінок до менопаузальної гормональної терапії. Результати соціологічного опитування

Н. Г. Корнієць, С. В. Тертична-Телюк, О. С. Гришина, С. В. Кулик, Є. В. Краснопольська, Р. М. Прядко

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Менопауза нерідко асоціюється з численними симптомами, що погіршують якість життя (ЯЖ) жінки. Попри переконливі наукові докази користі менопаузальної гормональної терапії (МГТ), рівень її застосування в Україні залишається надзвичайно низьким: лише 1–2% українок у період перименопаузи отримують або отримували МГТ.

Мета дослідження: оцінка рівня обізнаності українських жінок перименопаузального віку щодо менопаузальних порушень (МП), їхнього впливу на ЯЖ й ризики провідних соматичних захворювань; визначення рівня готовності до приймання МГТ та виявлення наявних бар'єрів щодо її використання.

Матеріали та методи. Для реалізації мети проведено добровільне онлайн-опитування 103 жінок віком від 40 до 60 років за допомогою авторської анкети, що містила 38 запитань, об'єднаних у 7 розділів.

Результати. Про зниження рівня ЯЖ під час перименопаузи повідомили 100,0% респонденток віком 46–60 років і 45,5% – віком 40–45 років ($p < 0,05$). Основним джерелом інформації про МП та вплив МГТ на ЯЖ для всіх респонденток є інтернет і засоби масової інформації (58,6% та 57,3% відповідно; $p < 0,05$). Вважали себе обізнаними щодо можливостей і ризиків МГТ 74,3% жінок віком 46–60 років і 51,5% – віком 40–45 років ($p < 0,05$). Утім, досвід застосування МГТ мали відповідно 44,3% та 18,2% жінок ($p < 0,05$). Відмовилися від МГТ 35,7% респонденток віком 46–60 років і 12,1% – віком 40–45 років ($p < 0,05$). Тривалість приймання МГТ коливалася від 1 до 3 років (8,6% та 9,1% відповідно; $p > 0,05$). Причинами низької прихильності до МГТ є необґрунтовані уявлення про велику кількість протипоказань і побічних ефектів (70,0% та 63,6%; $p > 0,05$), невпевненість лікарів-гінекологів під час консультування (11,4% та 15,2%; $p > 0,05$), висока вартість препаратів (8,6% та 9,1%; $p > 0,05$), а також негативні відгуки соціального оточення й лікарів суміжних спеціальностей (10,0% та 12,1% відповідно; $p > 0,05$).

Висновки. Попри негативний вплив МП на ЯЖ, рівень прихильності українок до МГТ залишається вкрай низьким. Роль лікарів-гінекологів є недостатньою, а участь лікарів сімейної медицини – необґрунтовано низькою в підвищенні рівня обізнаності жінок у період перименопаузи щодо реальних можливостей і потенційних ризиків МГТ.

Ключові слова: менопаузальні порушення, психоемоційний стрес, рівень обізнаності, консультування, якість життя, менопаузальна гормональна терапія.

Studying of the awareness level and attitude of Ukrainian women towards menopausal hormone therapy. Results of a sociological survey

N. G. Korniiets, S. V. Tertychna-Teliuk, O. S. Hryshyna, S. V. Kulyk, Ye. V. Krasnopska, R. M. Priadko

Menopause is often associated with numerous symptoms that impair woman's quality of life (QOL). Despite convincing scientific evidence of the benefits of menopausal hormone therapy (MHT), its use in Ukraine remains extremely low: only 1–2% of Ukrainian perimenopausal women are receiving or have received MHT.

The objective: to assess the awareness of Ukrainian perimenopausal women about menopausal disorders (MD), their impact on QOL and the risks of development of major somatic events; to determine the level of readiness for MHT and identify existing barriers to this.

Materials and methods. To achieve the goal, a voluntary online survey of 103 women aged 40 to 60 years was conducted using the author's questionnaire, which contained 38 questions combined into 7 sections.

Results. 100.0% of respondents aged 46–60 years and 45.5% of women aged 40–45 years reported a decrease in QOL during perimenopause ($p < 0.05$). The main source of information about MD and the impact of MHT on QOL for all respondents were the Internet and the media (58.6% and 57.3%, respectively; $p < 0.05$). 74.3% of respondents aged 46–60 years and 51.5% of women ($p < 0.05$) aged 40–45 years were aware of the possibilities and risks of MHT. However, 44.3% and 18.2% ($p < 0.05$), respectively, had a history of MHT. 35.7% of respondents aged 46–60 years and 12.1% of women ($p < 0.05$) aged 40–45 years refused to use MHT. The duration of MHT intake ranged from 1 to 3 years (8.6% and 9.1%, respectively; $p > 0.05$). The reasons for low adherence to MHT are unfounded beliefs about the large number of contraindications and side effects (70.0% and 63.6%; $p > 0.05$), uncertainty of gynecologists during counseling (11.4% and 15.2%; $p > 0.05$), high price of drugs (8.6% and 9.1%; $p > 0.05$), and negative feedback from social circles and doctors of related specialties (10.0% and 12.1%, respectively; $p > 0.05$).

Conclusions. Despite the negative impact of MD on QOL, women's adherence to MHT remains low. The role of gynecologists is insufficient and that of family medicine doctors is unreasonably low in raising awareness among perimenopausal women about the real opportunities and possible risks of MHT.

Keywords: menopausal disorders, psycho-emotional stress, level of awareness, counseling, quality of life, menopausal hormone therapy.

Збереження фізичного та ментального здоров'я українців залишається пріоритетним завданням науковців і практикуючих лікарів країни [1–8]. Повномасштабна війна росії проти України – це виклик існуванню самої української держави й нації: загибель та інвалідизація тисяч військовослужбовців/військовослужбовиць; втрати серед цивільного населення, зокрема жінок і дітей, що з кожним днем зростають; примусова й у багатьох випадках багаторазова зміна місця проживання – як усередині країни, так і за кордоном; окупація майже 20% території країни; зруйнована інфраструктура; колосальні економічні та екологічні втрати. В умовах війни в Україні поглиблюється демографічна криза: на тлі прогресуючого зниження народжуваності та збільшення кількості акушерських і перинатальних ускладнень під час вагітності й пологів підвищується рівень як перинатальної смертності, так і загальної [9–11]. У сучасних умовах руйнівним для здоров'я фактором є не лише активні бойові дії, а й пов'язане з ними перебування в умовах хронічного психоемоційного стресу, якого тією чи іншою мірою зазнають усі українці, незалежно від близькості до зони бойових дій або місця перебування – у країні чи за її межами. Тривога за власне здоров'я та життя, страх втрати рідних людей, невпевненість у майбутньому дітей, неповноцінне харчування, а також обмежений або навіть відсутній доступ до кваліфікованої медичної допомоги негативно впливають на стан соматичного, ментального й репродуктивного здоров'я людини [12–14].

Одним із механізмів негативного впливу хронічного психоемоційного стресу на здоров'я та якість життя (ЯЖ) жінки в умовах війни є порушення гормональних взаємозв'язків у системі регуляції менструального циклу [15–17]. Останніми роками з'явилася інформація про причинно-наслідкові зв'язки між хронічним стресом і невдачами застосування екстракорпорально-го запліднення у жінок із безпліддям, передчасною недостатністю яєчників (ПНЯ) у репродуктивному віці та тяжким перебігом менопаузальних порушень (МП) у період перименопаузи [18–21].

Хронічний психоемоційний стрес спричиняє активацію осі гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, підвищуючи біосинтез кортизол-релізінг-гормону й кортизолу, що, своєю чергою, знижує секрецію гонадотропін-релізінг-гормонів гіпоталамуса, лютеїнізуювального та фолікулоstimулювального гормонів гіпофіза. Це призводить до одночасного пригнічення осі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, а отже – до зниження концентрації естрогенів і прогестерону з порушенням фізіологічного розвитку фолікулів [18]. L. Gao et al. в умовах експерименту на тваринах довели, що хронічний стрес спочатку спричиняє надмірну активацію примордіальних фолікулів, але зменшує їхню кількість на подальших стадіях розвитку, що відповідає патерну ПНЯ [19]. Постійна стимуляція примордіальних фолікулів в умовах хронічного психоемоційного стресу може прискорити виснаження резерву яєчників і спричинити настання ранньої менопаузи [21]. На сьогодні доведено, що висока концентрація кортизолу індукує апоптоз гранульозних клітин шляхом активації систем Fas/FasL та TNF- α , що погіршує якість

ооцитів [18]. Водночас запальний оксидативний стрес, індукований тривалим зовнішнім стресом, призводить до дисфункції мітохондрій і підвищення концентрації активних форм кисню, що знижує рівні антиміюлерового гормону та естрадіолу [22]. Отже, постійний психоемоційний тиск може не лише бути причиною зниження концентрації статевих гормонів у жінки, а й зумовлювати зниження оваріального резерву – одного з маркерів ризику ранньої менопаузи [20, 22, 23].

З фізіологічного погляду, менопауза є одним з етапів природного перехідного періоду в житті жінки – клімактерію [24]. За даними сучасних досліджень, лише 8% жінок у період перименопаузи не мають жодних симптомів [25]. Перехід у постменопаузальний період нерідко асоціюється з широким спектром соматичних, психоемоційних і урогенітальних симптомів [26–29]. Принаймні один прояв МП спостерігається у близько 85% жінок, а 82% зазнають суттєвого зниження працездатності та погіршення ЯЖ [30–33].

Найефективнішим методом усунення симптомів менопаузи й профілактики пізніх ускладнень дефіциту естрогенів, зокрема остеопорозу, атеросклерозу, хвороби Альцгеймера, є менопаузальна гормональна терапія (МГТ) [34–38]. У країнах Європи МГТ застосовують від 20 до 40% жінок із наявними МП [39]. Попри переконливі наукові докази ефективності МГТ, її використання в Україні залишається вкрай низьким. За даними Т. Ф. Татарчук, лише 1–2% українок у період менопаузи отримують або отримували МГТ [39]. У цьому контексті виникає логічне питання: чому жінки України не застосовують МГТ?

Мета дослідження: оцінка рівня обізнаності українських жінок щодо МП, їхнього впливу на ЯЖ й ризику провідних соматичних захворювань; визначення рівня готовності до приймання МГТ та виявлення наявних бар'єрів щодо її використання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети на I етапі дослідження з 20 грудня 2024 р. до 20 квітня 2025 р. проведено добровільне онлайн-опитування 103 жінок віком від 40 до 60 років за заздалегідь розробленою анкетой. Залежно від віку респонденток, їх розподілили на 2 групи: основна група (ОГ) – 70 жінок у пері- та постменопаузі (вік – 46–60 років), група порівняння (ГП) – 33 жінки пременопаузального віку (40–45 років). Анкета, розміщена на вебсторінці кафедри акушерства і гінекології та дитячих хвороб (педіатрії) Державного закладу «Луганський державний медичний університет» (ДЗ «ЛДМУ») і в соціальній мережі Instagram, містила 38 запитань, об'єднаних у 7 розділів:

Розділ I. Соціальний і сімейний стан.

Розділ II. Стан соматичного й гінекологічного здоров'я.

Розділ III. Наявність МП.

Розділ IV. Ставлення до МП та їхній вплив на ЯЖ.

Розділ V. Визначення ролі медичного працівника у формуванні обізнаності про можливості й ризики МГТ.

Розділ VI. Наявні бар'єри для ініціації МГТ.

Розділ VII. Власний досвід застосування МГТ.

Під час опитування респондентки самостійно ухвалювали рішення щодо відмови відповідати на окремі запитання, що враховувалося при статистичній обробці отриманих результатів.

Дослідження є першою частиною двоетапного соціологічного дослідження «Вивчення рівня обізнаності та ставлення українських жінок і лікарів до менопаузальної гормональної терапії», що виконується відповідно до плану науково-дослідної роботи на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології та дитячих хвороб (педіатрії) ДЗ «ЛДМУ». Проведення дослідження узгоджено й затверджено на засіданні Комісії з питань біомедичної етики щодо дотримання морально-правових правил проведення медичних наукових досліджень ДЗ «ЛДМУ» (протокол № 1 від 20 листопада 2024 р.).

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася з використанням методу кутового перетворення Фішера. Обчислення проводилося за допомогою програм Statistica for Windows (StatSoft Inc., США) і Microsoft Excel 14.0. Розбіжності вважалися вірогідними при $p < 0,05$.

Графічні матеріали виконано за допомогою пакета програм Microsoft Office 2013 та Microsoft Office SR 2 для операційної системи Windows 10.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати проведеного опитування, найбільшу зацікавленість до проблеми МП виявляли жінки ОГ – 68,0% (ГП – 32,0%; $p < 0,05$), які безпосередньо відчувають їхній вплив на ЯЖ. В обох досліджуваних групах переважали учасниці, які перебували в шлюбі, мали соціальний статус службовиць і повну вищу освіту (табл. 1).

Аналізуючи фактори, що можуть впливати на вік настання і перебіг менопаузи у сучасних українок, а також на їхні рішення щодо ініціації МГТ, було розглянуто окремі аспекти сімейного та соматичного анамнезу респонденток (табл. 1). Як свідчать результати, переважна більшість опитаних жінок не мала онкологічних захворювань у сімейному анамнезі (ОГ – 92,9%, ГП – 97,0%; $p > 0,05$) та шкідливих звичок (91,4% і 87,9% відповідно; $p > 0,05$). Лише 8,6% респонденток ОГ та 12,1% ГП ($p > 0,05$) повідомили про вживання понад трьох доз алкоголю на добу та тютюнопаління.

Сьогодні увага дослідників також прикута до впливу харчування на розвиток і характер менопаузальних

симптомів у жінок у період перименопаузи, адже здорове харчування відіграє ключову роль у збереженні соматичного здоров'я. Раціон, багатий на антиоксиданти, клітковину, вітаміни та мікроелементи, сприяє зменшенню вираженості запальних процесів, покращенню метаболізму та гормонального балансу, що, своєю чергою, може позитивно впливати на відтермінування настання менопаузи й покращення самопочуття жінки під час менопаузального переходу. Так, вегетаріанське харчування з високим споживанням зелених і жовтих овочів асоціюється з раннім настанням природної менопаузи, натомість харчування з акцентом на білок (червоне та оброблене м'ясо, знежирені молочні продукти, риба), цільні продукти та помірне споживання алкоголю може позитивно впливати на соматичне здоров'я, бути ефективною стратегією для відтермінування настання й полегшення симптомів менопаузи [40–42].

За результатами опитування, 77,1% респонденток ОГ та 75,8% представниць ГП вважають себе повністю обізнаними щодо принципів здорового харчування. Водночас лише 55,7% учасниць ОГ та 66,6% жінок ГП оцінюють власний раціон як такий, що переважно відповідає «тарілці здорового харчування». Ще 8,6% та 6,1% відповідно відверто нехтують правилами здорового харчування.

Одним із факторів негативного впливу на гормональний баланс жінки є її недостатня фізична активність. Сучасні дослідження факторів ризику ранньої менопаузи демонструють зниження ймовірності її настання до 45 років у жінок, які мають регулярне аеробне фізичне навантаження чи тренування у віці до 30 років [43]. Згідно з моделлю менделівської рандомізації, X. Sun довів, що помірна фізична активність асоціюється з пізнішим віком настання менопаузи [44]. Дослідження P. J. Trujillo-Muñoz et al. засвідчили покращення загальної ЯЖ в період перименопаузи, включно з гормональною й метаболічною стабільністю, у жінок, які мають регулярні аеробні та силові тренування [45]. Результати опитування виявили достовірну різницю між кількістю респонденток досліджуваних груп, які мають регулярні фізичні навантаження (ОГ – 51,4%, ГП – 78,8%; $p < 0,05$). В обох групах переважали учасниці, фізична активність яких становила 1–2 щотижневих заняття (32,9% і 39,4% відповідно; $p > 0,05$). Водночас кожна друга респондентка ОГ (48,6%) і кожна п'ята ГП (21,2%; $p < 0,05$) не мали жодного фізичного навантаження.

Таблиця 1

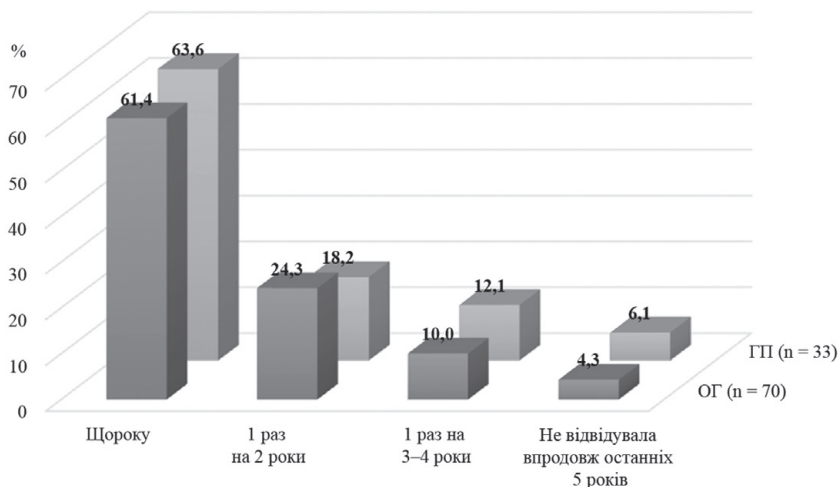
Соціальний і сімейний стан, особливості соматичного й гінекологічного здоров'я респонденток

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
РОЗДІЛ І. Соціальний і сімейний стан					
Сімейний стан	Заміжня	54	77,1	24	72,7
	Незаміжня	16	22,9	9	27,3
Соціальний стан	Службовиця	52	74,3	21	63,5
	Військовослужбовиця	0	0,0	5	15,2
	Робітниця	3	4,3	2	6,1
	Домогосподарка	15	21,4	5	15,2

НА ДОПОМОГУ ЛІКАРЮ - ПРАКТИКУ

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Освіта	Середня	2	2,9	4	12,1
	Середньо-спеціальна	12	17,2	9	27,2
	Неповна вища	3	4,3	5	15,2
	Повна вища	53	75,6	15	45,5
РОЗДІЛ II. Стан соматичного й гінекологічного здоров'я					
Обтяжений сімейний онкологічний анамнез	Так	5	7,1	1	3,0
	Ні	65	92,9	32	97,0
Наявність шкідливих звичок	Так	6	8,6	4	12,1
	Ні	64	91,4	29	87,9
Обізнаність про поняття «тарілка здорового харчування»	Так	54	77,1	25	75,8
	Ні	16	22,9	8	24,2
Дотримання засад здорового харчування	Так	0	0,0	0	0,0
	Переважно так	39	55,7	22	66,6
	Переважно ні	25	35,7	9	27,3
	Ні	6	8,6	2	6,1
Фізична активність	Так, зокрема:	36	51,4	26	78,8*
	1–2 заняття/тиж.	23	32,9	13	39,4
	3–4 заняття/тиж.	8	11,4	9	27,3*
	≥ 5 заняття/тиж.	5	7,1	4	12,1*
	Ні	34	48,6	7	21,2*
Стан соматичного здоров'я	Мали соматичні хвороби, зокрема:	44	62,9	11	33,3*
	гіпертонічна хвороба	21	30,0	2	6,1*
	стенокардія	4	5,7	0	0,0
	тромбоз глибоких вен	3	4,3	0	0,0
	мігрень без аури	12	17,1	7	21,2
	жовчнокам'яна хвороба	10	14,3	2	6,1
	цукровий діабет	12	17,1	2	6,1
	Вважали себе соматично здоровими	26	37,1	22	66,7*
Гінекологічний анамнез	Мали обтяжений гінекологічний анамнез і захворювання, зокрема:	61	87,1	26	78,8
	дисплазія шийки матки	8	11,4	0	0,0
	ендометріоз	16	22,9	11	33,3
	пухлиноподібні утворення яєчників	12	17,1	5	15,2
	порушення менструального циклу	40	57,1	10	30,3*
	міома матки	17	24,3	2	6,1*
	запальні захворювання статевих органів	11	15,7	15	45,5*
	безпліддя	2	2,9	3	9,1
	доброякісні захворювання молочних залоз	12	17,1	4	12,1
	рання менопауза	2	2,9	–	–
	ятрогенна менопауза	3	4,3	0	0,0
	пізня менопауза	4	5,7	0	0,0
	оперативні втручання на придатках матки	8	11,4	7	21,2
	оперативні втручання на матці	10	14,3	0	0,0
	Вважали себе здоровими та не мали факторів ризику	9	12,9	7	21,2
Історія гормональної контрацепції	Приймають або приймали в минулому, зокрема:	38	54,3	18	54,5
	> 5 років	10	14,3	3	9,1
	3–5 років	9	12,9	4	12,1
	1–2 роки	7	10,0	4	12,1
	< 1 року	12	17,1	7	21,2
	Не мали історії	32	45,7	15	45,5

Примітка: * – достовірність між групами при $p < 0,05$.



Регулярність візитів респонденток до лікаря-гінеколога (%)

Причинно-наслідкові зв'язки між характером харчування, регулярними аеробними навантаженнями та станом соматичного здоров'я підтверджуються й результатами онлайн-опитування. Соматично здоровими вважали себе кожна третя респондентка ОГ (37,1%) і кожна друга (66,7%) представниця ГП ($p < 0,05$). У жінок із коморбідністю спостерігалось поєднання двох і більше соматичних захворювань. Так, на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет жінки ОГ хворіли в 10,5 і 6,0 разів частіше, ніж учасниці ГП. У респонденток ОГ, які за стадійною системою STRAW+10 (Stage of Reproductive Aging Workshop + 10) перебували в ранній постменопаузі та не мали досвіду приймання МГТ, на відміну від респонденток ГП, спостерігалися ускладнення ішемічної хвороби серця – стенокардія (5,7%) і тромбоз глибоких вен (4,3%).

Аналіз гінекологічного анамнезу респонденток свідчить про високий рівень захворюваності в обох групах (табл. 1). Про наявність гінекологічних хвороб у минулому або на момент опитування повідомили 87,1% респонденток ОГ та 78,8% учасниць ГП ($p > 0,05$). У жінок ОГ достовірно частіше траплялися порушення менструального циклу (57,1% проти 30,3% у ГП; $p < 0,05$) і міома матки (24,3% проти 6,1% у ГП; $p < 0,05$). Натомість на запальні захворювання статевих органів достовірно частіше хворіли респондентки ГП (45,5% проти 15,7% в ОГ; $p < 0,05$).

З огляду на потенційний позитивний вплив гормональної контрацепції (ГК) на ЯЖ жінок із деструктивними менопаузальними симптомами, опитування включало питання про досвід використання ГК [46–48].

Про особистий досвід ГК поінформували 54,3% респонденток ОГ та 54,5% учасниць ГП ($p > 0,05$). В обох групах переважали респондентки з тривалістю застосування ГК до 1 року (ОГ – 17,1%, ГП – 21,2%; $p > 0,05$), водночас лише кожна восьма респондентка мала власну історію застосування ГК тривалістю від 3 до 5 років.

Отримані результати свідчать про зацікавленість респонденток у збереженні власного здоров'я та високої ЯЖ, що підтверджується інформацією щодо регулярності візитів до лікарів-гінекологів (рисунок). Переважна більшість жінок повідомила про регулярні, щорічні,

планові візити (ОГ – 61,4%, ГП – 63,6%; $p > 0,05$). Питом вага респонденток, які не відвідували лікаря-гінеколога упродовж останніх 5 років, була незначною (ОГ – 4,3%, ГП – 6,1%; $p > 0,05$).

Як свідчать результати онлайн-опитування, ОГ сформуливали 55,7% жінок, які за стадійною системою STRAW+10 перебували у пременопаузі та 44,3% – у постменопаузі. У ГП достовірно переважали респондентки у пременопаузі з регулярним менструальним циклом – 75,8% (ОГ – 14,3%; $p < 0,05$) (табл. 2).

Переважає більшість респонденток ОГ відзначала наявність щонайменше одного МП (94,3% проти 69,7% у ГП; $p < 0,05$). Аналіз відповідей учасниць ОГ свідчить, що, поєднано з ранніми наслідками дефіциту естрогенів, серед яких – припливи та підвищене потовиділення (94,3% проти 45,4% у ГП; $p < 0,05$), безсоння (87,1% проти 42,4% у ГП; $p < 0,05$), психоемоційні порушення (91,4% проти 69,7% у ГП; $p < 0,05$), реєструвалися й проміжні, зокрема стресове нетримання сечі (61,4% проти 33,3% у ГП; $p < 0,05$), диспареунія (78,6% проти 15,2% у ГП; $p < 0,05$) і когнітивні порушення у вигляді погіршення пам'яті та зниження концентрації уваги (94,3% проти 24,2% у ГП; $p < 0,05$). На біль у суглобах і в ділянці серця достовірно частіше скаржилися респондентки ОГ (87,1% проти 54,6% у ГП ($p < 0,05$) та 85,7% проти 51,5% у ГП відповідно ($p < 0,05$)) (табл. 2).

Не всі жінки відчують однаковий патерн зниження естрогенів під час менопаузального переходу, проте зміни, що відбуваються, безумовно, негативно впливають на якість їхнього життя [49, 50]. Під час опитування всі респондентки ОГ вказували на той чи інший ступінь погіршення ЯЖ (ГП – 45,5%; $p < 0,05$), причому майже кожна третя (37,1% проти 6,1% у ГП; $p < 0,05$) відзначала значне його погіршення. Кожна шоста респондентка ОГ сприймає цей період життя як катастрофу й не знає, як впоратися з наявними симптомами. Водночас переважна більшість респонденток ОГ розглядають період менопаузального переходу як природний і фізіологічний. Серед респонденток ОГ в 3,1 раза більше тих, хто має намір проживати цей період без сторонньої допомоги, і лише 28,6% (ГП – 81,2%; $p < 0,05$) не виключає можливості звернення по допомогу для призначення МГТ (табл. 3).

МП у респонденток досліджуваних груп

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
РОЗДІЛ III. Наявність МП					
Регулярність менструацій	Так	10	14,3	25	75,8*
	Ні	8	11,4	8	24,2
	Менопауза	21	30,0	0	0,0
	Рання постменопауза	12	17,2	0	0,0
	Пізня постменопауза	19	27,1	0	0,0
Припливи та підвищене потовиділення	Так, зокрема виражені:	66	94,3	15	45,4*
	надзвичайно	6	8,6	1	3,0
	значно	13	18,6	1	3,0
	помірно	29	41,4	2	6,1*
	незначно	18	25,7	11	33,3
	Ні	4	5,7	18	54,6*
Безсоння	Так, зокрема виражене:	61	87,1	14	42,4*
	надзвичайно	5	7,1	0	0,0
	значно	16	22,8	0	0,0
	помірно	20	28,6	2	6,1*
	незначно	20	28,6	12	36,3
	Ні	9	12,9	19	57,6*
Психоемоційні порушення, включно з депресією та підвищеною тривожністю	Так, зокрема виражені:	64	91,4	23	69,7*
	надзвичайно	3	4,3	0	0,0
	значно	10	14,3	3	9,1
	помірно	34	48,6	5	15,2*
	незначно	17	24,2	15	45,4*
	Ні	6	8,6	10	30,3*
Стресове нетримання сечі	Так, зокрема виражене:	43	61,4	11	33,3*
	надзвичайно	0	0,0	0	0,0
	значно	9	12,9	0	0,0
	помірно	15	21,4	2	6,1*
	незначно	19	27,1	9	27,2
	Ні	27	38,6	22	66,7*
Диспареунія та інші проблеми із сексуальною активністю	Так, зокрема виражені:	55	78,6	5	15,2*
	надзвичайно	6	8,6	0	0,0
	значно	17	24,2	0	0,0
	помірно	19	27,2	2	6,1*
	незначно	13	18,6	3	9,1
	Ні	15	21,4	28	84,8*
Погіршення пам'яті, концентрації уваги	Так, зокрема виражені:	66	94,3	8	24,2*
	надзвичайно	4	5,7	0	0,0
	значно	16	22,9	0	0,0
	помірно	20	28,6	0	0,0
	незначно	26	37,1	8	24,2
	Ні	4	5,7	25	75,8*
Біль у суглобах	Так, зокрема виражений:	61	87,1	18	54,6*
	надзвичайно	6	8,6	0	0,0
	значно	16	22,9	0	0,0
	помірно	17	24,2	2	6,1*
	незначно	22	31,4	16	48,5
	Ні	9	12,9	15	45,4*

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Біль або інші неприємні відчуття в ділянці серця	Так, зокрема виражені:	60	85,7	17	51,5*
	надзвичайно	4	5,7	0	0,0
	значно	7	10,0	0	0,0
	помірно	30	42,8	6	18,2*
	незначно	19	27,2	11	33,3
	Ні	10	14,3	16	48,5*

Примітка: * – достовірність між групами при $p < 0,05$.

Таблиця 3

Ставлення до МП та їхній вплив на ЯЖ

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
РОЗДІЛ IV. Ставлення до наявних МП та їхній вплив на ЯЖ					
Сприймання наявних МП	Порушують ЯЖ, зокрема:	70	100	15	45,5*
	надзвичайно	7	10,0	2	6,1
	значно	26	37,1	2	6,1*
	незначно	37	52,9	11	33,3
	Не порушують ЯЖ	0	0,0	18	54,5
Ставлення до клімактеричного періоду як до етапу життя	Це просто катастрофа, я не знаю, як собі допомогти	11	15,7	0	0,0
	Це природний період життя, я не виняток, переживу його без МГТ	39	55,7	6	18,2*
	Це новий етап мого життя, хочу прожити його якісно, звернуся по допомогу до лікаря	20	28,6	27	81,8*
Наявність підтримки з боку родини	Взаєморозуміння та підтримки немає, стосунки погіршилися	7	10,0	0	0,0
	Не звертають уваги на зміни, активної підтримки немає	30	42,9	19	57,6
	Взаєморозуміння та підтримка наявні	29	41,4	7	21,2*
	Відповіді немає	4	5,7	7	21,2*
Зміни у спілкуванні в соціальному середовищі	Спілкування обмежене, страждаю мовчки	19	27,1	4	12,1*
	Спілкування є, але неефективне	17	24,3	1	3,0
	Спілкування в групі рівних допомагає покращити ЯЖ	30	42,9	18	54,6
	Відповіді немає	4	5,7	10	30,3*

Примітка: * – достовірність між групами при $p < 0,05$.

Одну з провідних ролей у покращенні ЯЖ жінок у період перименопаузи відіграє підтримка з боку родини та соціального оточення [51, 52]. За нашими даними, уникли відповіді на запитання щодо підтримки з боку родини та соціального оточення 5,7% респонденток ОГ (ГП – 21,2%; $p < 0,05$). Більшість респонденток (ОГ – 42,9%, ГП – 57,6%; $p > 0,05$) повідомили про байдужість і відсутність активної підтримки з боку родини. Водночас взаєморозуміння та активну підтримку мала майже кожна друга респондентка ОГ (41,4%) і кожна п'ята ГП (21,2%; $p < 0,05$). Роль соціального середовища в підтримці жінок у період менопаузального переходу залишається вкрай низькою. Серед респонденток ОГ кількість тих, хто вважає соціальне спілкування неефективним та обмеженим, у 2,2 раза

перевищує аналогічний показник у ГП. Достовірної різниці у частці жінок, які розглядають соціальне спілкування в групах як ефективне для покращення ЯЖ, не виявлено. При цьому, в оточенні респонденток є особи, які мають досвід приймання МГТ (ОГ – 25,7%, ГП – 15,2%; $p > 0,05$) і готові поділитися своїми враженнями від її ефекту (табл. 3).

Питання покращення ЯЖ жінок у клімактеричному періоді залишається одним із найактуальніших і достатньо широко обговорюється не лише на професійному, а й на соціальному рівні. Попри це, кожна четверта респондентка ОГ та кожна друга ГП не знали про можливість застосування МГТ з метою лікування МП та профілактики захворювань, пов'язаних із дефіцитом естрогенів (табл. 4).

Однією з основних причин низької прихильності до МГТ є обмежена обізнаність жінок про її цілі, переваги та безпечне застосування (ОГ – 35,7%, ГП – 33,2%; $p > 0,05$). Лише незначна кількість респонденток ОГ (34,3%) та ГП (12,1%; $p < 0,05$) знала про можливості МГТ щодо зниження ризику серцево-судинних захворювань та цукрового діабету у здорових жінок середнього віку. Кожна третя респондентка досліджуваних груп висловлює побоювання щодо «численних» протипоказань і побічних ефектів МГТ, що значно знижує рівень прихильності до її застосування. Серед причин відмови від ініціації МГТ за наявності показань респондентки ОГ також назвали: невпевненість лікарів-гінекологів під час консультування (11,0%, ГП – 15,2%; $p > 0,05$), негативні відгуки лікарів суміжних спеціальностей і соціального оточення (9,9%, ГП – 12,1%; $p > 0,05$) й високу вартість препаратів (8,6%, ГП – 9,1%; $p > 0,05$). Сучасні жінки вважають себе більш поінформованими й обізнаними, вони мають до-

ступ до інформації через безліч каналів у всьому світі, проте більшість із них відзначає недостатність знань про переваги й побічні ефекти МГТ (табл. 4).

На сьогодні головним джерелом інформації про зміни в організмі жінки в період менопаузального переходу, менеджмент МП, реальні можливості й ризики МГТ залишаються інтернет і засоби масової інформації (ЗМІ) (ОГ – 58,6%, ГП – 57,5%; $p > 0,05$). Респондентки ОГ достовірно частіше отримували необхідну цільову інформацію від лікарів-гінекологів (34,3%, ГП – 18,2%; $p < 0,05$). Необґрунтовано низькою залишається роль лікарів сімейної медицини в інформуванні жінок у перименопаузі про МГТ (ОГ – 2,8%, ГП – 3,0%). Особливістю респонденток ОГ є усвідомлення доцільності позапланового візиту до лікаря-гінеколога за наявності перших ознак МП (52,8%, ГП – 24,2%; $p < 0,05$); тоді як кожна друга респондентка ГП (48,5%, ОГ – 10,0%; $p < 0,05$) готова звернутися до лікаря лише в разі тяжких порушень.

Таблиця 4

Інформація про джерело знань щодо можливості застосування МГТ в період перименопаузи

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Розділ V. Визначення ролі медичного працівника у формуванні обізнаності про можливості та ризики МГТ					
Наявність знань про застосування МГТ для покращення ЯЖ	Так	52	74,3	17	51,5*
	Ні	18	25,7	15	45,5*
	Відповіді немає	0	0,0	1	3,0
Джерело інформації про вплив МГТ на ЯЖ	Подруга/сестра/колега	3	4,3	2	6,1
	Інтернет / ЗМІ	41	58,6	19	57,5
	Лікар акушер-гінеколог	24	34,3	6	18,2*
	Лікар сімейної медицини	2	2,8	1	3,0
	Відповіді немає	0	0,0	5	15,2
Розділ VI. Наявні бар'єри для ініціації МГТ					
Причини, що знижують прихильність до МГТ	Низька обізнаність про профілактичні можливості та протипоказання	25	35,7	11	33,2
	Страх ризику побічних ефектів	24	34,3	10	30,3
	Невпевненість лікаря-гінеколога під час консультування	8	11,4	5	15,2
	Негативні рекомендації інших лікарів	2	2,9	2	6,1
	Негативні відгуки знайомих/колег/подруг	5	7,1	2	6,1
	Висока вартість	6	8,6	3	9,1
Обізнаність щодо можливості профілактики серцево-судинних захворювань і цукрового діабету в разі раннього початку МГТ	Так	24	34,3	4	12,1*
	Ні	44	62,8	24	72,7
	Відповіді немає	2	2,9	5	15,2*
Наявність труднощів при отриманні інформації про МГТ від лікарів-гінекологів	Так	13	18,6	4	12,1
	Ні	49	70,0	16	48,5*
	Відповіді немає	8	11,4	13	39,4*
Готовність здійснити візит до гінеколога за наявності ознак настання клімактеричного періоду	Так, за будь-яких перших ознак	37	52,8	8	24,2*
	Так, за наявності тяжких симптомів	7	10,0	16	48,5*
	Так, але в плановому порядку	3	4,3	0	0,0
	Ні	23	32,9	9	27,3

Примітка: * – достовірність між групами при $p < 0,05$.

Інформація про власний досвід застосування МГТ респондентками досліджуваних груп

Питання анкети	Відповіді респонденток	ОГ (n = 70)		ГП (n = 33)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Розділ VII. Власний досвід застосування МГТ					
Отримали рекомендації щодо ініціації МГТ під час першого візиту до лікаря-гінеколога	Так	29	41,4	6	18,2*
	Ні	31	44,3	13	39,4
	Відповіді немає	10	14,3	14	42,4*
Власний досвід приймання препаратів МГТ	Так	31	44,3	6	18,2*
	Ні	32	45,7	18	54,5
	Відповіді немає	7	10,0	9	27,3*
Тривалість приймання препаратів МГТ	< 1 рік	21	30,0	2	6,1*
	1–3 роки	6	8,6	3	9,1
	4–5 років	4	5,7	0	0,0
	6–8 років	0	0,0	1	3,0
	Не приймали МГТ	32	45,7	18	54,5
	Відповіді немає	7	10,0	9	27,3*
Приймання препаратів МГТ станом на сьогодні	Продовжують приймання МГТ	6	8,6	2	6,1
	Відмовились приймати МГТ	25	35,7	4	12,1*
	Ні	32	45,7	18	54,5
	Відповіді немає	7	10,0	9	27,3*

Примітка: * – достовірність між групами при $p < 0,05$.

Переважає більшість респонденток ОГ (70,0%) і ГП (48,5%) ($p < 0,05$) не відчувала труднощів в отриманні необхідної інформації під час спілкування з лікарями-гінекологами. Уже під час першого візиту 41,4% респонденток ОГ і 18,2% учасниць ГП ($p < 0,05$) отримали пропозицію розпочати МГТ (табл. 5).

За результатами опитування, власний досвід застосування МГТ мали 44,3% респонденток ОГ та 18,2% учасниць ГП ($p < 0,05$). У переважної більшості респонденток ОГ (30,0%) і ГП (6,1%) ($p < 0,05$) тривалість прийому становила не більше 1 року, що може бути ефективним для лікування вазомоторних порушень, але недостатнім для профілактики постменопаузального остеопорозу, серцево-судинних подій і цукрового діабету [24, 31]. На момент онлайн-опитування відмовилися від приймання МГТ 35,7% респонденток ОГ та 12,1% учасниць ГП. Основними причинами завершення МГТ у жінок досліджуваних груп були: досягнення повного позитивного ефекту від лікування (ОГ – 40,0%, ГП – 50,0%; $p > 0,05$) або його відсутність (24,0% і 50,0% відповідно; $p > 0,05$). Також серед причин відмови від МГТ респондентки ОГ відзначили високу вартість препаратів (20,0%), побічні ефекти (4,0%) та рекомендації лікаря-гінеколога (12,0%).

ВИСНОВКИ

1. Рівень обізнаності щодо застосування МГТ для покращення ЯЖ в період перименопаузи вищий серед жінок віком 46–60 років (74,3%) порівняно з респондентками віком 40–45 років (51,5%) ($p < 0,05$). Водночас власний досвід застосування МГТ мали 44,3% та 18,2% ($p < 0,05$) респонденток відповідно. Найбільш

прийнятною тривалістю приймання препаратів МГТ 30,0% респонденток віком 46–60 років вважають термін до 1 року, тоді як 9,1% жінок віком 40–45 років оптимальним вважають лікування впродовж 1–3 років.

2. Основним джерелом інформації про МГТ та її вплив на ЯЖ є інтернет і ЗМІ (46–60 років – 58,6%, 40–45 років – 57,5%; $p > 0,05$). Роль лікарів-гінекологів залишається недостатньою (34,3% та 18,2%; $p < 0,05$), а участь лікарів сімейної медицини в інформуванні жінок – украй низькою (2,8% та 3,0%; $p > 0,05$).

3. Погіршення ЯЖ в період менопаузи відзначали всі респондентки віком 46–60 років, при цьому значне погіршення відмітили 37,1%. Серед жінок віком 40–45 років частота випадків погіршення ЯЖ не перевищувала 45,5% ($p < 0,05$), причому 33,3% з них зазнавали лише незначного погіршення.

4. Фізіологічним станом період менопаузального переходу вважають 84,3% жінок віком 46–60 років і 100,0% респонденток віком 40–45 років ($p < 0,05$). Не розглядають можливість ініціації МГТ 55,7% і 18,2% учасниць відповідно ($p < 0,05$).

5. Основними причинами низької прихильності до МГТ респондентки вважають низьку обізнаність про її профілактичні можливості та протипоказання до застосування (46–60 років – 35,7%, 40–45 років – 33,2%; $p > 0,05$), побоювання щодо побічних ефектів (34,3% та 30,3%; $p > 0,05$), невпевненість лікаря-гінеколога під час консультування (11,4% та 15,2%; $p > 0,05$), високу вартість препаратів (8,6% та 9,1% відповідно; $p > 0,05$).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

- Корнієць Нелля Григорівна** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* kornietsnellia@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2816-1995
- Тертична-Телиук Світлана Вікторівна** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* svetlana.tertichnaya@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6759-7604
- Гришина Олена Сергіївна** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* olenagrishina72@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5452-7719
- Кулик Світлана Віталіївна** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* svetlana.vitaliyivna.kulyk@gmail.com
ORCID: 0009-0006-0511-6485
- Краснопольська Єлизавета Володимирівна** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* yelizaveta.krasnopoljsj@lsmu.ukr.education
ORCID: 0009-0003-9732-8992
- Прядко Ростислав Миколайович** – ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне. *E-mail:* rostislavpryadko2002@gmail.com
ORCID: 0009-0003-2436-1257

Information about the authors

- Korniets Nellia G.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* kornietsnellia@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2816-1995
- Tertychna-Teliuk Svitlana V.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* svetlana.tertichnaya@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6759-7604
- Hryshyna Olena S.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* olenagrishina72@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5452-7719
- Kulyk Svitlana V.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* svetlana.vitaliyivna.kulyk@gmail.com
ORCID: 0009-0006-0511-6485
- Krasnopoljska Yelizaveta V.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* yelizaveta.krasnopoljsj@lsmu.ukr.education
ORCID: 0009-0003-9732-8992
- Priadko Rostyslav M.** – SE “Lugansk State Medical University”, Rivne. *E-mail:* rostislavpryadko2002@gmail.com
ORCID: 0009-0003-2436-1257

ПОСИЛАННЯ

- World Health Organization. Mental health care system: Key achievements and plans [Internet]. 2024. Available from: <https://moz.gov.ua/en/mental-health-care-system-key-achievements-and-plans>.
- World Health Organization. Mental health [Internet]. Available from: <https://moz.gov.ua/uk/mental-health>.
- World Health Organization. WHO special initiative for mental health: Ukraine [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health/ukraine>.
- Ministry of Health of Ukraine. Strengthening the healthcare system and saving lives (Heal Ukraine) [Internet]. 2024. Available from: <https://moz.gov.ua/uk/zmicnennja-sistemi-ohoroni-zdorovja-ta-zberezhennja-zhittja-heal-ukraine>.
- Kovalchuk VB, Komarnytska II, Rizenk OV, Pasternak VM, Kostukova IM. Public health of nation and reproductive violence. *Reprod Endocrinol.* 2025;76(1):57-64. doi: 10.18370/2309-4117.2025.76.57-64.
- Zharovska IM, Blikhar MM, Matkivska RM, Cherkasova LA. Protection of reproductive health: international and national experience. *Reprod Endocrinol.* 2022;66:109-117. doi: 10.18370/2309-4117.2022.66.109-117.
- Antypkin YG, Tatarchuk TF, Marushko RV, Dudina OO. Regional features of pregnant women's health. *Reprod Endocrinol.* 2021;57(1):21-8. doi: 10.18370/2309-4117.2021.57.21-28.
- Kondratiuk VK, Kondratiuk KO, Gasparyan KA, Gorban NYe, Trokhymovych OV, Dzuba GA, et al. Modern opportunities and prospects for preserving woman's health. *Reprod Health Woman.* 2022;(5):19-25. doi: 10.30841/2708-8731.5.2022.265470.
- Zhabchenko IA, Korniets NG, Kovalenko TM, Tertychna-Teliuk SV, Lishchenko IS, Bondarenko OM. War, stress, pregnancy: How to reconcile problematic issues? *Reprod Health Woman.* 2023;(1):21-6.
- Blikhar M, Skovronska I, Shyshko V, Potsiurko O, Hodiak A. Institutional stability of public administration in the conditions of increasing economic and legal challenges and threats of financial and economic and socio-political crisis in Ukraine. *Financ Credit Act Probl Theory Pract.* 2023;3(50):372-81. doi: 10.55643/fcaptp.3.50.2023.4087.
- Prystupa MI, Nekliuhenko TV, Lutskevych NI. Socio-demographic crisis in Ukraine as a result of the war: state, consequences and ways of overcoming. *Bull Taras Shevchenko National Uni Luhansk.* 2022;35(6):147-52. doi: 10.12958/2227-2844-2022-6(354)-147-152.
- Heryak SM, Kuchmiy VYu, Buryak MV, Bahniy LV. Characteristics of childbirth in women-temporarily displaced persons who have experienced stress as a result of military aggression. *Reprod Health Woman.* 2024;(2):18-23. doi: 10.30841/2708-8731.2.2024.304642.
- Malachinska MI. Problems of access to healthcare services in the armed conflict zones: Literature review. *Reprod Endocrinol.* 2024;73(3-4):8-13. doi: 10.18370/2309-4117.2024.73.8-13.
- Kosei N, Tatarchuk T, Yakimets V, Iarotska N, Kolesnichenko I, Plaksiieva K. Assessment of anxiety, depression, stress and vitamin D levels in women in warfare. *Reprod Endocrinol.* 2024;72:35-45. doi: 10.18370/2309-4117.2024.72.35-45.
- Tatarchuk T, Borysova L, Tutchenko T, Mnevets R, Mamchyts O, Naumova A. The impact of war-related somatic traumas on women's reproductive health and psychological status. *Reprod Endocrinol.* 2025;77:8-13. doi: 10.18370/2309-4117.2025.77.8-13.
- Malachynska MY, Veresniuk NS. The impact of war-related stress on the autonomic nervous system of pregnant women: risk assessment and correction strategies. *Reprod Endocrinol.* 2025;77:14-8. doi: 10.18370/2309-4117.2025.77.14-18.
- Premature ovarian insufficiency (POI): Guideline of European society of human reproduction and embryology – 2024. *Reprod Endocrinol.* 2024;75:44-58.
- Hu Y, Wang W, Ma W, Wang W, Ren W, Wang S, et al. Impact of psychological stress on ovarian function: Insights, mechanisms and intervention strategies (Review). *Int J Mol Med.* 2025;55(2):34. doi: 10.3892/ijmm.2024.5475.
- Gao L, Zhao F, Zhang Y, Wang W, Cao Q. Diminished ovarian reserve induced by chronic unpredictable stress in C57BL/6 mice. *Gynecol Endocrinol.* 2020;36(1):49-54. doi: 10.1080/09513590.2019.1631274.
- Tatarchuk T, Yefimenko O, Myronenko O, Mnevets R. Consequences of wartime stress on women's reproductive health. *Reprod Endocrinol.* 2024;72:28-34. doi: 10.18370/2309-4117.2024.72.28-34.
- Yiwen J, Jing X, Chengqiu T, Yunying L, Xaoqi L, Ke L, et al. Chronic stress induces meiotic arrest failure and ovarian reserve decline via the cAMP signaling pathway. *Front Endocrinol.* 2023;14:1177061. doi: 10.3389/fendo.2023.1177061.

22. Yan F, Zhao Q, Li Y, Zheng Z, Kong X, Shu C, et al. The role of oxidative stress in ovarian aging: A review. *J Ovarian Res.* 2022;15(1):100. doi: 10.1186/s13048-022-01032-x.
23. Petrullo J. Women with high stress have lower levels of ovarian reserve markers [Internet]. *AJMK.* 2023. Available from: https://www.ajmk.com/view/women-with-high-stress-have-lower-levels-of-ovarian-reserve-markers?utm_source=chatgpt.com.
24. Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized), curative (highly specialized) medical care "Menopausal disorders and other disorders in the perimenopausal period" [Internet]. 2022. Order No. 1039; 2022 June 17. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/menopauzalni-porushennya-ta-inshi-rozlyady-v-perymenopauzalnomu-periodi/>.
25. Panay N, Palacios S, Davison S, Baber R. Women's perception of the menopause transition: A multinational, prospective, community-based survey. *Gynecol Reprod Endocrinol Metabolism.* 2021;(2-3):178-83.
26. Beniuk V, Puchko M, Drupp Y, Nykoniuk T, Oleshko V, Momot A, et al. The role of connective tissue metabolism disorders in the genesis of stress urinary incontinence in premenopausal women. *Reprod Endocrinol.* 2023;68:89-93. doi: 10.18370/2309-4117.2023.68.89-93.
27. Siusiuka VG, Sergienko MYu, Pavliuchenko MI, Demidenko OV, Deinichenko OV, Onopchenko SP. Short- and long-term impact by vasomotor symptoms in menopause and modern approaches to their correction. *Reprod Health Woman.* 2024;(4):63-9. doi: 10.30841/2708-8731.4.2024.306540.
28. Stefanovskaya OV, Akker IV, Galchenko AI. Experience with alternative therapies in women with menopausal metabolic syndrome. *Reprod Health Woman.* 2021;(1):26-8. doi: 10.30841/2708-8731.1.2021.229707.
29. Konkov D, Taran O, Rud V, Klyvak V. The features of optimal nonhormonal therapy of vegetative disorders among women with postmenopause. *Reprod Endocrinol.* 2022;65:90-6. doi: 10.18370/2309-4117.2022.65.90-96.
30. Liu X, Zhang X, Wang D. Investigation of the quality of life and influencing factors among perimenopausal women. *Arch Gynecol Obstet.* 2025. doi: 10.1007/s00404-025-08116-1.
31. Sarrel P, Portman D, Lefebvre P, Lafeuille MH, Grittner AM, Fortier J, et al. Incremental direct and indirect costs of untreated vasomotor symptoms. *Menopause.* 2015;22(3):260-6. doi: 10.1097/GME.0000000000000320.
32. Gartoulla P, Bell RJ, Worsley R, Davis SR. Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas.* 2016;87:33-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.003.
33. Griffiths A, Ceausu I, Depypere H, Lambroudaki I, Mueck A, Pérez-López FR, et al. EMAS recommendations for conditions in the workplace for menopausal women. *Maturitas.* 2016;85:79-81. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.12.005.
34. Vigneswaran K, Hamoda H. Hormone replacement therapy – Current recommendations. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022;81:8-21. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.12.001.
35. Agababayan L, Begimbekova L, Vasylenko L, Gafurova F, Gegechkori M, Grebennikova H, et al. V International expert forum on menopausal hormone therapy. *Reprod Endocrinol.* 2024;71:10-18. doi: 10.18370/2309-4117.2024.71.10-18.
36. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-37. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
37. Hamoda H, Panay N, Pedder H, Arya R, Savvas M. The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reprod Health.* 2020;26(4):181-209. doi: 10.1177/2053369120957514.
38. Nappi RE, Simoncini T. Menopause transition: A golden age to prevent cardiovascular disease. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(3):135-7. doi: 10.1016/S2213-8587(21)00018-8.
39. Tatarchuk TF. Innovative approaches to the diagnosis, prevention and treatment of climacteric disorders. *Med Aspects Women's Health.* 2016;1(97):47-55.
40. Grisotto G, Farago JS, Taneri PE, Wehrli F, Roa-Díaz ZM, Minder B, et al. Dietary factors and onset of natural menopause: a systematic review and metaanalysis. *Maturitas.* 2022;159:15-32. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.12.008.
41. Yang Y, Yang Y, Yong Z, Yang L, Zhao Y, Yan M, et al. Association between protein-rich foods, nutritional supplements, and age of natural menopause and its symptoms. *Nutrients.* 2025;17(2):356. doi: 10.3390/nu17020356.
42. Dunneram Y, Greenwood DC, Cade JE. Dietary patterns and age at natural menopause: Evidence from the UK Women's Cohort Study. *Maturitas.* 2021;143:165-70. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.004.
43. Peycheva D, Sullivan A, Hardy R, Bryson A, Conti G, Ploubidis G. Risk factors for natural menopause before the age of 45: Evidence from two British population-based birth cohort studies. *BMC Womens Health.* 2022;22(1):438. doi: 10.1186/s12905-022-02021-4.
44. Sun X. Physical activity associated with age at menopause: A Mendelian randomization study. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(6):e41514. doi: 10.1097/MD.00000000000041514.
45. Trujillo-Muñoz PJ, Sánchez-Ojeda MA, Rodríguez-Huamán EC, Meziani-Haddu K, Hoyo-Guillot I, Navarro-Prado S. Effects of physical exercise on symptoms and quality of life in women in climacteric: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare.* 2025;13(6):644. doi: 10.3390/healthcare13060644.
46. Guerin J, Engelmann A, Mattamana M, Borgelt LM. Use of hormonal contraceptives in perimenopause: A systematic review. *Pharmacotherapy.* 2022;42(2):154-64. doi: 10.1002/phar.2657.
47. Fidicicchi T, Ardito M, Giudetti M, Luisi S, Simoncini T. Hormonal contraception and menopausal transition: A short review. *GREM Gynecol Reprod Endocrinol Metabol [Internet].* 2024;(5):24502648. doi: 10.53260/grem.24502648.
48. Gazarra LBC, Bonaccordi CL, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Bone mass in women with premature ovarian insufficiency: a comparative study between hormone therapy and combined oral contraceptives. *Menopause.* 2020;27(10):1110-16. doi: 10.1097/GME.0000000000001592.
49. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2019;26(10):1213-27. doi: 10.1097/GME.0000000000001424.
50. Tepper PG, Randolph JF Jr, McConnell DS, Crawford SL, El Khoudary SR, Joffe H, et al. Trajectory clustering of estradiol and follicle-stimulating hormone during the menopausal transition among women in the Study of Women's Health across the Nation (SWAN). *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(8):2872-80. doi: 10.1210/jc.2012-1422.
51. Zhao D, Liu C, Feng X, Hou F, Xu X, Li P. Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause.* 2019;26(3):233-9. doi: 10.1097/GME.0000000000001208.
52. Wang Q, Zhao D, Zhou M, Zhao X, Gao Y, Duan J, et al. The effect of resilience and family support match on psychological distress among women in the menopausal transition based on polynomial regression and response surface analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):14165. doi: 10.3390/ijerph192114165.

Стаття надійшла до редакції 28.07.2025. – Дата першого рішення 31.07.2025. – Стаття подана до друку 08.09.2025