

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00550&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00550. Менопаузальні симптоми та гормональна терапія

Автор: Aila Tiitinen

Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius

Дата останнього оновлення: 2017-08-10

Основні положення

- Середній вік настання менопаузи у жінок становить 51 рік, проте існують значні індивідуальні відмінності.
- Найбільш типовими і очевидними симптомами менопаузи є припливи жару та порушення сну.
- Необхідно проінформувати пацієнтку про переваги та недоліки гормональної терапії, а також про її користь та ризики для здоров'я при довготривалому застосуванні.
- Основним показанням для постменопаузальної гормональної терапії є лікування симптомів менопаузи.
- Чим молодший вік пацієнтки, в якій почалась менопауза, тим вища має бути готовність до початку лікування.
- У жінок з інтактною маткою до терапії естрогенами необхідно додати прогестерон Доказ
L05184 [A].
- Необхідним є обговорення альтернативних варіантів гормональної терапії.

Термінологія

- *До клімактерію* (клімактеричного) відноситься весь період згасання функцій яєчників (овуляції і вироблення естрогенів) до їх повного припинення.
- *Менопауза* - рахується від останньої менструальної кровотечі, викликаной власною гормональною активністю жінки. Критерієм є аменорея, що тривала щонайменше 12 місяців у жінки клімактеричного віку.
- *До перименопаузи* відноситься період до початку менопаузи, що починається з появи перших симптомів менопаузи та продовжується, принаймн, рік після неї.

Менопауза

- Середній вік 51 рік (в межах 45-55 років)
- Можливий раніший початок клімаксу внаслідок видалення яєчників, променевої або цитостатичної терапії. Куріння сприяє початку менопаузи на 1-2 роки раніше.
- Якщо менструація припиняється у віці до 40 років, це може бути результатом передчасної недостатності яєчників (первинна недостатність яєчників, ПНЯ), причину якої слід з'ясувати.
- Приблизно у 75% жінок в період менопаузи спостерігаються менопаузальні симптоми зі сторони вегетативної нервової системи, такі як припливи жару та нічна пітливість. Приблизно у 20% випадків симптоми є особливо дискомфортними.
- Ожиріння посилює пітливість, тому контроль ваги відіграє важливе значення.
- Надмірне споживання кави, гострих страв та паління посилюють симптоми менопаузи.

Етіологія

- Разом зі зниженням функції яєчників, виробництво естрогенів в яєчниках припиняється майже повністю в період менопаузи. У той самий час збільшується секреція фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютетінізуючого гормону (ЛГ).

- Зниження секреції естрогену може викликати вегетативні симптоми ще за кілька років до припинення менструальних кровотеч. Часто це супроводжується вкороченням менструального циклу і його нерегулярністю. Лише на пізній стадії спостерігається подовження циклу.

СИМПТОМИ

- Вегетативні симптоми, що є особливо дискомфортними, як правило тривають впродовж декількох років, але в деяких жінок можуть тривати до 10-20 років.
- Припливи жару, почервоніння і пітливість
 - Є найбільш типовими клімактеричними симптомами
 - Суб'єктивне сприйняття дискомфорту, спричиненого симптомами, не корелюється з рівнем естрогенів.
 - Сприйняття клімактеричних симптомів значно відрізняється серед жінок. Найбільш сильні симптоми відчувають ті, у кого рівень естрогенів різко знижується, наприклад, після видалення яєчників.
 - Часто утруднюють соціальну активність
 - Часто супроводжуються прискореним серцебиттям
 - Короткотривалі періоди пітливості можуть змінюватися вираженим відчуттям холоду.
- Порушення сну
 - Безсоння пов'язується з нічною пітливістю, але якість сну також може погіршуватися і без цього.
 - У багатьох жінок порушення сну є єдиним та найважливішим симптомом, що погіршує якість життя.
- Психогенні симптоми
 - Втома, дратівливість, зміни настрою, депресивний настрій та відсутність ініціативи пов'язані з клімактеричними симптомами. Частково це є результатом порушення сну. Важливим є виявлення справжньої депресії. Зв'язок між симптомами та дефіцитом естрогену залишається незрозумілим.
- Сексуальні симптоми
 - Можлива втрата статевого бажання.
 - Можлива диспареунія внаслідок потоншення слизової оболонки піхви.

- Гінекологічні симптоми
 - Впродовж пременопаузи внаслідок порушення овуляції можливі нерегулярність менструального циклу, кровомазання і виражені менструальні кровотечі.
 - У постменопаузі гінекологічні симптоми викликані насамперед стоншенням слизової оболонки піхви і релаксацією тканин тазового дна.
- Урологічні симптоми
 - Уретральний синдром призводить до частого сечовипускання та дизурії за відсутності інфекції.
 - Можливе виникнення рецидивуючих інфекцій сечовивідних шляхів.
 - Послаблення контролю сечового міхура.
- М'язово-скелетні симптоми
 - Можливе посилення артралгій, чутливості у суглобах, а також м'язових болей.
 - Проводячи диференційну діагностику необхідно пам'ятати про ревматоїдний артрит.

Фізичні зміни

- Слизова оболонка піхви та уретри атрофується, проявом чого є сухість і стоншення.
- Шкіра стає тоншою і втрачає свою еластичність: зморшки з'являються в результаті втрати колагену.
- Молочні залози зменшуються.
- Внаслідок дефіциту естрогенів підвищується пов'язана з віком ламкість кісток.

Показання до гормональної терапії (ГТ)

- Симптоми менопаузи (припливи жару, пітливість, розлади сну) Доказ 02200 | A
- Профілактика та лікування остеопорозу Доказ 04840 | A у пацієнтів з супутніми менопаузальними симптомами, що потребують лікування.

- Якщо інші препарати для лікування остеопорозу не підходять, можливим є використання гормональної терапії у випадку відсутності протипоказань, навіть якщо симптоми менопаузи, як такі, не обов'язково потребують лікування.
- Лікування урогенітальних симптомів проводиться місцевими препаратами [Доказ 100913 | A]

Початок лікування

- Естрогенну терапію не слід розпочинати надто рано, а краще переважно тоді, коли менструальні цикли стануть рідшими або взагалі припиняться, і пацієнтка матиме чіткі симптоми менопаузи.
- В будь-якому разі у жінок віком до 45 років необхідно виключити інші порушення менструального циклу окрім менопаузи. Доцільні тести для диференційної діагностики: пролактин сироватки, ТТГ і ФСГ (>30 МЕ означає зниження функції яєчників і як наслідок дефіцит естрогену). Окреме визначення рівня сироваткового естрадіолу не є доцільним.
- Прогестиновий тест, наприклад медроксипрогестерону ацетат (МПА) у дозі 10 мг на добу впродовж десяти днів дозволяє оцінити вироблення естрогенів яєчниками. Якщо у пацієнтки спостерігається кровотеча відміни (що зазвичай виникає через тиждень після припинення терапії), необхідно продовжити циклічне лікування прогестином з 15 по 25 день циклу, доки продовжуватимуться регулярні маткові кровотечі.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу медроксипрогестерону ацетат - медроксипрогестерон

- Відсутність кровотечі або дуже мізерна кровотеча вказує на припинення ендогенного вироблення естрогенів, тому можливе додаткове призначення естрогену для лікування жінок із вираженими симптомами.

Клінічні дослідження

- Перед початком лікування
 - Гінекологічний огляд і обстеження молочних залоз
 - Переконайтеся, що результати Пап-тесту та мамографії у відповідних програмах скринінгу знаходяться в межах норми.
 - Вимірювання артеріального тиску і ваги

- Визначення факторів ризику остеопорозу та серцево-судинних захворювань.
- Оцінка можливих протипоказань (пам'ятайте щодо сімейного анамнезу)

Протипоказання до ГТ

- Злоякісні пухлини молочних залоз
- Злоякісні пухлини статевих органів
- Тромбоз глибоких вен або емболія легеневої артерії в анамнезі, відома схильність до тромбоутворення
- Серцева недостатність, що важко піддається лікуванню
- Резистентна артеріальна гіпертензія (антигіпертензивні препарати, як такі, не протипоказані)
- Системний червоний вовчак (СЧВ), за наявності в крові антифосфоліпідних антитіл (ризик тромбозу)
- Важкі захворювання печінки
- Недіагностована вагінальна кровотеча
- Гормональна замісна терапія може бути розглянута в усіх вищевказаних ситуаціях за наявності вагомих показань (важкі симптоми, молодий вік пацієнтки), але починати лікування слід лише після обстеження у гінеколога.

Вибір гормонального препарату та способу введення

Естрогени

- Естрадіол є естрогеном, що використовується найчастіше і застосовується перорально або у вигляді пластирів чи гелів. Вибір шляху введення залежить від зручності використання.
- У пацієнок із відомою схильністю до тромбоемболій чи за наявності в сімейному анамнезі даної схильності перевагу слід надати трансдермальним шляхам введення доказ^[06223] [A]. Цей спосіб введення також може бути більш підходящим для пацієнок з мігренню або діабетом та для тих, хто приймає протиепілептичні засоби.

- Для лікування симптомів менопаузи слід призначити найменшу ефективну дозу [доказ 05078|A]. Подальша оцінка здійснюється на основі клінічної відповіді; вимірювання рівня естрогену як правило є неінформативним.
- Для лікування лише урогенітальних симптомів препаратами вибору є креми або песарії з естрогеном [доказ 00913|A]. Для пацієнок похилого віку, які не здатні самостійно застосовувати препарати для місцевого лікування, можливим є введення вагінального кільця, що вивільнює естроген. Лікування естрогенами для місцевого застосування не потребує поєднаного циклічного прийому прогестинів [доказ 01360|B].

Прогестагени

- Шляхи введення прогестинів: пероральний, трансдермальний (у поєднанні з естрогеном) та місцевий - внутрішньоматкове вивільнення гормонів (ВМС).
- Суб'єктивні побічні ефекти різних прогестинів можуть відрізнятися.
- Вплив різних прогестинів на тканини молочної залози відрізняється. Природній прогестерон і дидрогестерон, ймовірно, викликають менше побічних ефектів, ніж інші прогестини.
- 19-норпрогестерон має сильніший антипроліферативний ефект на ендометрій, ніж природній прогестерон чи дидрогестерон і похідні 17-альфа-гідроксипрогестерону. Тому вони є ефективними при кровотечах (менорагіях), але їх слід застосовувати у вищих добових дозах (5-10 мг норетистерону щодня впродовж 12 днів кожного циклу).

Принципи лікування

- Монотерапія естрогенами проводиться лише у жінок після гістеректомії. В інших випадках прогестини завжди додаються для запобігання гіперплазії ендометрію [доказ 05184|A].
- Якщо після менопаузи минуло менше року, лікування починають з циклічного прийому комбінованого естроген/прогестинового препарату або з безперервного прийому естрогенів з додатковим прийомом прогестинів впродовж перших 12-14 днів кожного календарного місяця.

- Якщо жінка бажає уникнути маткових кровотеч, можливим є застосування безперервних комбінованих схем, коли естроген і прогестини приймають щоденно. Однак рекомендовано не призначати даний режим лікування до 12 місяців після менопаузи, оскільки циклічний режим лікування зменшує маткові кровотечі.
 - Терапія починається з низькодозових препаратів естрогенів, наприклад естрадіолу 1 мг або пластирів по 25 мкг у поєднанні з пероральним прийомом низьких доз прогестину або з ВМС, що вивільняє прогестаген. Дози можуть бути відкориговані пізніше, залежно від відповіді на лікування чи наявності побічних ефектів.
- Тіболон [доказ L06980 |C] можна використати як вид лікування з відсутністю кровотеч (якщо не пройшло 12 місяців після останньої менструації). Тіболон є синтетичним стероїдним гормоном, що перетворюється в організмі на метаболіти, які мають естрогенні, андрогенні та прогестинові властивості (тому прогестини не приймаються разом з тіболоном). Було встановлено, що тіболон знижує ймовірність переломів хребців внаслідок остеопорозу. У здорових жінок віком старше 60 років тіболон знижує ймовірність переломів і злоякісних новоутворень молочної залози, але збільшує ризик розвитку інсульту [джерело|R13].
- Інші види лікування C133C і нові I33CH ймовірно мають вплив на припливи жару, тому їх можна спробувати для лікування жінок, яким препарати естрогенів не підходять [доказ L06770 |B].
 - Наприклад, венлафаксин 37,5-75 мг (депо), пароксетин 20 мг, циталопрам 10-20 мг
 - Альтернативно габапентин 900 мг на добу.
 - Фізичні вправи безпосередньо не впливають на симптоми менопаузи, але можуть покращити якість життя [доказ L05694 |C]. Корисними є контроль ваги, відмова від куріння та обмежене споживання кави і спецій.
 - Соя та інші фітоестрогени [доказ L05693 |C], цимицифуга [доказ L07123 |C] чи акупунктура [доказ L07260 |C] не являються ефективними у лікуванні симптомів менопаузи.

Побічні ефекти ГТ

- Впродовж перших кількох місяців ГТ такі побічні ефекти, як здуття живота та чутливість молочних залоз є дуже поширеними.
- Немає жодних доказів, що ГТ викликає збільшення ваги [доказ L00777 |A].

- Побічні ефекти прогестинів включають головний біль та психогенні симптоми.
- Якщо суб'єктивні побічні ефекти викликають стурбованість або зберігаються впродовж більше 3-х місяців, прогестиновий препарат слід змінити або зменшити його дозу.
- Способи зменшення прогестинових побічних ефектів включають: застосування найменшої ефективної дози та зміну способу введення на трансдермальний пластир або внутрішньоматкову систему.
- У пацієток з гіпотиреозом замісна терапія естрогенами збільшує потребу в тироксині на третину.

Маткові кровотечі

- Метою є поява кровотечі впродовж тижня, вільного від прийому препаратів, або після закінчення прогестинової фази при циклічному режимі лікування. Вираженість і тривалість кровотечі повинна бути нормальною. Впродовж декількох років лікування в багатьох жінок кровотечі зменшуються або припиняються взагалі.
- У випадку режиму лікування, який передбачає відсутність кровотеч, їхнє повне припинення повинно відбутися через 4-6 місяців від початку терапії.
- Наявність нерегулярних кровотеч вимагає розгляду необхідності проведення досліджень (Пап-тесту, ультразвукового дослідження настанова 00533 [Цитологічний скринінг на...]), біопсії ендометрію, див. настанова 00551 [Гінекологічне ультразвук...]).
- Трансвагінальне ультразвукове дослідження є хорошим методом виявлення гіперплазії ендометрію, підслизових міом та поліпів. При аномальній товщині ендометрію необхідним є гістологічне дослідження.
- Біопсію ендометрію можна легко отримати під час звичайного прийому.

Спостереження за процесом лікування

- Рекомендовано контрольний візит впродовж 12 місяців від початку ГТ.
- Впродовж першого року лікування увагу слід приділити зникненню чи збереженню симптомів, виникненню будь-яких побічних ефектів і задоволенню пацієнтки лікуванням.

- Під час щорічних контрольних спостережень необхідними є вимірювання артеріального тиску, проведення гінекологічного огляду та обстеження молочних залоз.
- Проведення мамографії і Пап-тесту здійснюється згідно національних скринінгових програм та у разі наявності клінічних симптомів і ознак, що потребують подальших досліджень.

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи з рекомендаціями щодо скринінгових програм Рак молочної залози <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/45-rak-molochnoi-zalozy>

- Під час контрольного візиту оцінюється можливість зниження дозування чи припинення лікування.

Переваги і недоліки ГТ [доказ|C] [доказ|B]

- Встановлені переваги гормональної терапії (ГТ) для лікування симптомів менопаузи [доказ|A].
- Місцеве вагінальне лікування естрогенами зменшує урогенітальні симптоми [доказ|A], наприклад, сухість слизової, а також частоту інфекцій сечовивідних шляхів і нетримання сечі. Ефективність системного лікування нетримання сечі є суперечливою.
- Лікування естрогенами попереджує розвиток постменопаузального остеопорозу та остеопоротичних переломів [доказ|A].
- Естрогени чинять прямий і опосередкований (ліпіди) впливи на судинну систему. Ефективність естрогенової та естроген-прогестинової терапії щодо ризику ішемічної хвороби серця залежить від віку пацієнтки та фази менопаузи, під час якого було розпочато лікування.
- Замісна гормональна терапія здорових жінок, розпочата впродовж перших 10 років після менопаузи, зменшує ймовірність серцевих ускладнень, але не рекомендується виключно для профілактики серцево-судинних захворювань якщо це є головним показанням.
 - Під час контрольного дослідження (дослідження HERS), в якому комбінація естрогенів та прогестину використовувалася для вторинної профілактики ІХС, кількість серцево-судинних подій у групі лікування збільшилась впродовж перших 12 місяців, але зменшилась до кінця періоду спостереження.

- ГТ пов'язана з підвищеним ризиком ішемічного інсульту [доказ 04708 |A] [доказ 07430 |C] .
- ГТ може бути корисною для лікування менопаузного депресивного настрою [доказ 03069 |A] , але вона не покращує когнітивні функції у асимптомних жінок [доказ 03498 |A] .
- ГТ зменшує ризик виникнення набутого цукрового діабету 2-го типу.
- Естрогенова і естроген/прогестинова терапії пов'язані з підвищеним ризиком венозної тромбоемболії [доказ 06223 |A] . Додатковий ризик протягом року розраховується як 1 на 10000 користувачів естрогенів у віці від 50 до 59 років, а ризик смерті протягом року від емболії легенів розраховується як 1 на 100000. Ризик збільшується з віком. Ризик виникнення тромбоемболії є явно вищим на початку лікування [доказ 06223 |A] . Перед початком ГТ слід врахувати сімейний анамнез, випадки тромбоемболії, виражене ожиріння, іммобілізацію.
- Недоліками ГТ є виникнення побічних ефектів і кровотечі. ГТ підвищує ризик раку молочної залози, цей ризик менший при прийомі лише естрогену порівняно з комбінованою терапією естроген-прогестином [доказ 04523 |B] .
 - Згідно мета-аналізу, відносний ризик раку молочної залози становить 1,35 у жінок, які використовували ГТ впродовж щонайменше 5 років. У віці від 50 до 65 років кумулятивна захворюваність на рак молочної залози становить 45 на 1000 жінок, які ніколи не приймали ГТ. Використання ГТ протягом десяти років спричиняє надмірний ризик (атрибутивний ризик) у шести випадках на 1000 жінок. Згідно дослідження WHI [джерело |R2] використання тільки естрогенів не призводить до збільшення ризику раку молочної залози у пацієток після гістеректомії, принаймні, впродовж 7 років спостереження.
- Згідно епідеміологічних досліджень тривале застосування (>10 років) естрогенної терапії може бути пов'язане з підвищеним ризиком розвитку раку яєчників [доказ 03480 |B] . Ризик збільшується, як у випадку естрогенної терапії, так і комбінованої терапії естроген-прогестинами. Шлях введення не чинить жодного впливу на ризик.
- Ризик розвитку раку ендометрія не збільшується, якщо до терапії додано достатню дозу прогестину [доказ 05184 |A] .
- Постменопаузальна ГТ підвищує ризик розвитку жовчнокам'яної хвороби [доказ 06226 |A] , а також пов'язана з 1,8-кратним збільшенням ризику холецистититу.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|Menopausal symptoms and ...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані|Menopausal symptoms and ...\]](#) [\[доказ|04523|B\]](#)
[\[доказ|05694|C\]](#) [\[доказ|07123|C\]](#) [\[доказ|07260|C\]](#) [\[доказ|05693|C\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані|Menopausal symptoms and ...\]](#)
- Література [\[пов'язані|Menopausal symptoms and ...\]](#)

Джерела інформації

R2. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR et al; Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2004 Apr 14;291(14):1701-12.

[\[PubMedID|15082697\]](#)

R3. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008 May 31;336(7655):1227-31.

[\[PubMedID|18495631\]](#)

R10. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. JAMA 2007 Apr 4;297(13):1465-77.

[\[PubMedID|17405972\]](#)

R12. Kenemans P, Bundred NJ, Foidart JM et al; LIBERATE Study Group. Safety and efficacy of tibolone in breast-cancer patients with vasomotor symptoms: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. Lancet Oncol 2009 Feb;10(2):135-46.

[\[PubMedID|19167925\]](#)

R13. Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD et al; LIFT Trial Investigators. The effects of tibolone in older postmenopausal women. N Engl J Med 2008 Aug 14;359(7):697-708.

[\[PubMedID|18703472\]](#)

R14. Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. JAMA 2009 Jul 15;302(3):298-305.

[\[PubMedID|19602689\]](#)

R16. Tuomikoski P, Ylikorkala O, Mikkola TS. Menopausal hot flashes and vascular health. Ann Med 2011;43(4):283-91.

[\[PubMedID|21254907\]](#)

R17. Bonds DE, Lasser N, Qi L et al. The effect of conjugated equine oestrogen on diabetes incidence: the Women's Health Initiative randomised trial. Diabetologia 2006;49(3):459-68.

[\[PubMedID|16440209\]](#)

R18. Pentti K, Tuppurainen MT, Honkanen R et al. Hormone therapy protects from diabetes: the Kuopio osteoporosis risk factor and prevention study. Eur J Endocrinol 2009;160(6):979-83.

[\[PubMedID|19321660\]](#)

Настанови

- [Настанова 00533](#). Цитологічний скринінг на рак шийки матки і біопсія ендометрію.
- [Настанова 00551](#). Гінекологічне ультразвукове дослідження.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05184](#). Postmenopausal hormone replacement therapy and risk of endometrial hyperplasia.
Дата оновлення: 2013-02-23
Рівень доказовості: A
Резюме: The addition of oral progestogens administered either sequentially or continuously is associated with reduced rates of endometrial hyperplasia and improved adherence to therapy compared to oestrogen alone for treatment of menopausal symptoms.
- [Доказовий огляд 02200](#). Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen replacement therapy for hot flushes.
Дата оновлення: 2017-11-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone replacement therapy is highly effective in alleviating hot flushes and night sweats.
- [Доказовий огляд 04840](#). Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women.
Дата оновлення: 2017-03-31
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone therapy is not indicated for routine management of chronic disease. It decreases incidence of fractures with long-term use.
- [Доказовий огляд 00913](#). Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women.
Дата оновлення: 2016-12-28
Рівень доказовості: A
Резюме: Local oestrogen is effective for symptoms of vaginal atrophy. Creams, tablets and the estradiol vaginal ring appeared to be equally effective.
- [Доказовий огляд 06223](#). Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism .
Дата оновлення: 2017-03-31
Рівень доказовості: A
Резюме: Oral oestrogen increases the risk of venous thromboembolism in menopausal women compared to placebo, especially during the first year of treatment. Estrogen plus progestin therapy increases the risks associated with age, overweight, and factor V Leiden. Transdermal oestrogen may be safer with respect to thrombotic risk.
- [Доказовий огляд 05078](#). Oestrogens alone for postmenopausal symptoms.
Дата оновлення: 2014-10-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Oestrogens alone are effective for postmenopausal vasomotor symptoms already at very low doses.
- [Доказовий огляд 01360](#). Intravaginal estriol and the endometrium.
Дата оновлення: 2005-08-31
Рівень доказовості: B
Резюме: Single daily intravaginal estriol (0.5 mg) in postmenopausal women appears not to increase the risk of endometrial proliferation or hyperplasia.

- [Доказовий огляд 06980](#). Effects of tibolone in postmenopausal women.
Дата оновлення: 2016-12-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Tibolone, used at the daily dose of 2.5 mg, may be effective in alleviating menopausal symptoms compared with placebo but less effective than combined hormone replacement therapy in alleviating menopausal symptoms. However, it might possibly increase the risk of breast cancer recurrence.
- [Доказовий огляд 06770](#). Non-hormonal interventions for hot flashes in women with a history of breast cancer.
Дата оновлення: 2010-12-20
Рівень доказовості: B
Резюме: Antidepressive agents (SSRIs, SNRIs) and gabapentin appear to reduce the number and severity of hot flashes in women with a history of breast cancer.
- [Доказовий огляд 05694](#). Exercise for vasomotor menopausal symptoms.
Дата оновлення: 2016-05-25
Рівень доказовості: C
Резюме: Exercise may not be effective for vasomotor menopausal symptoms compared with no treatment but it may improve quality of life.
- [Доказовий огляд 05693](#). Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms.
Дата оновлення: 2014-05-30
Рівень доказовості: C
Резюме: Phytoestrogens may not to be effective for vasomotor menopausal symptoms compared to placebo.
- [Доказовий огляд 07123](#). Black cohosh (*Cimicifuga* spp.) for menopausal symptoms.
Дата оновлення: 2013-02-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Black cohosh is probably not effective for menopausal symptoms compared with placebo or hormone therapy.
- [Доказовий огляд 07260](#). Acupuncture for menopausal hot flashes.
Дата оновлення: 2014-03-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Acupuncture may not be effective for menopausal vasomotor symptoms compared to sham acupuncture and may be less effective than hormone therapy.
- [Доказовий огляд 00777](#). Effect of peri- and postmenopausal hormone replacement therapy on body weight.
Дата оновлення: 2018-04-06
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone replacement therapy does not cause weight gain.
- [Доказовий огляд 05729](#). Skeletal consequences of hormone therapy discontinuation.
Дата оновлення: 2007-12-11
Рівень доказовості: C
Резюме: Bone mineral density may decline rapidly after discontinuation of hormone replacement therapy, but not below the level in the placebo group.
- [Доказовий огляд 07259](#). Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women.
Дата оновлення: 2014-03-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Hormone treatment with estrogens alone or in combination with

progestogens appears to be effective for improving sexual function in women with menopausal symptoms or in early postmenopause (within five years of amenorrhoea) compared with placebo.

- [Доказовий огляд 04708](#). Hormone replacement therapy and the risk of stroke.
Дата оновлення: 2017-11-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone replacement therapy is associated with an increased risk of stroke, particularly of ischaemic type. However, when initiated early in menopause onset, HT may not increase the risk of incident stroke.
- [Доказовий огляд 07430](#). Transdermal and oral hormone replacement therapy and the risk of stroke.
Дата оновлення: 2016-02-06
Рівень доказовості: C
Резюме: The use of transdermal hormone replacement therapy containing low doses of oestrogen may not increase the risk of stroke compared to no use.
- [Доказовий огляд 03069](#). The effect of hormone replacement therapy upon depressed mood.
Дата оновлення: 2018-04-23
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone replacement therapy is effective for menopausal depressed symptoms compared with placebo.
- [Доказовий огляд 03498](#). Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women.
Дата оновлення: 2008-03-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Estrogen or combined estrogen and progestagen therapy does not protect against a decline in overall cognitive functioning of older postmenopausal women.
- [Доказовий огляд 04523](#). Estrogen in postmenopausal women.
Дата оновлення: 2017-11-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Conjugated equine estrogen alone appears to increase the risk of stroke, decrease the risk of hip fracture, but does not affect the risk of coronary heart disease or breast cancer in postmenopausal women with hysterectomy. Combined hormone therapy in women over 65 years of age appears to increase the risk of breast cancer and decrease the risk of fracture.
- [Доказовий огляд 03480](#). Ovarian cancer and hormone replacement therapy.
Дата оновлення: 2008-04-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Current users of hormone replacement therapy appear to be at an increased risk of ovarian cancer.
- [Доказовий огляд 06226](#). Hormone therapy and risk of gallbladder disease.
Дата оновлення: 2017-03-31
Рівень доказовості: A
Резюме: Hormone therapy increases the risk of gallbladder disease requiring surgery compared to placebo. Transdermal oestrogen may be safer with respect to gallbladder disease.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical

Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: **ebm00550** Ключ сортування: **025.051** Тип: **EBM Guidelines**

Дата оновлення англomовного оригіналу: **2017-08-10**

Автор(и): **Aila Tiitinen** Автор(и) попередніх версій статті: **Erkki Hirvonen** Редактор(и): **Heidi Alenius**
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: **Kristian Lampe** Видавець: **Duodecim Medical Publications Ltd**
Власник авторських прав: **Duodecim Medical Publications Ltd**

Навігаційні категорії

EBM Guidelines **Gynaecology** **Internal medicine** **Endocrinology** **Pharmacology**

Ключові слова індексу

mesh: Hormone Replacement Therapy mesh: Climacteric Estrogen replacement therapy mesh: Hormones HRT
mesh: Menopause mesh: Postmenopause speciality: Endocrinology speciality: Gynaecology
mesh: Medroxyprogesterone acetate mesh: progestin test mesh: Osteoporosis mesh: Norethindrone
mesh: continuous combination hormone replacement therapy mesh: Progestins mesh: Follicle Stimulating Hormone
mesh: Menstruation mesh: Pulmonary Embolism mesh: estradiol valerate mesh: Vaginal Smears mesh: progestins, cyclic
mesh: Lupus Erythematosus, Systemic SLE icpc-2: A50 icpc-2: A98 speciality: Internal medicine
speciality: Pharmacology icpc-2: X11 icpc-2: X50