

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І  
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**Факультет харчових технологій та управління якістю продукції АПК**

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

**В.о. зав. кафедри громадського  
здоров'я та нутриціології**

**\_\_\_\_\_ Олег ШВЕЦЬ**

**БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему:**

**«Дослідження впливу харчування на жіночий організм в  
менопаузальний період»**

**Спеціальність 229 «Громадське здоров'я»**

**Гарант освітньої програми**

**Олег ШВЕЦЬ**

**Керівник бакалаврської  
кваліфікаційної роботи д.вет.н., доцент**

**Руслана ПОСТОЙ**

**Виконала**

**Діана МАРКОВА**

**КИЇВ-2025**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І  
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет харчових технологій та управління якістю продукції АПК

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

В.о. завідувача кафедри громадського  
здоров'я та нутриціології  
\_\_\_\_\_ Олег ШВЕЦЬ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ**  
ДО ВИКОНАННЯ БАКАЛАВРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ  
РОБОТИ СТУДЕНТЦІ  
Марковій Діані Вадимівні

Спеціальність 229 «Громадське здоров'я»  
Освітня програма «Нутриціологія здорового харчування»  
Програма підготовки освітньо-професійна

Тема бакалаврської роботи «**Дослідження впливу харчування на жіночий організм в менопаузальний період**»  
Затверджена наказом ректора НУБіП України від 13.01.2025 р. № 23 «С»  
Термін подання завершеної роботи на кафедру 13.06.2025 р.

Вихідні дані до бакалаврської роботи: симптоми менопаузи, якість життя, 45–65 років, здоров'я жінки.

Перелік питань, що підлягають дослідженню: огляд літературних джерел; організація, об'єкти, предмети і методи досліджень; результати дослідження та їх аналіз; висновки; список використаної літератури.

Дата видачі завдання «02» лютого 2025 р.

**Керівник бакалаврської роботи** \_\_\_\_\_

Руслана ПОСТОЙ

**Завдання прийняла до виконання** \_\_\_\_\_

Діана МАРКОВА

## РЕФЕРАТ

Бакалаврська кваліфікаційна робота на тему «Дослідження впливу харчування на жіночий організм в менопаузальний період» складається із вступу, трьох розділів, висновків, рекомендацій, списку використаної літератури та додатків.

Робота містить 58 сторінок основного тексту, у списку використаної літератури використано 31 джерело. Разом із додатками загальний обсяг бакалаврської кваліфікаційної роботи складає 67 сторінки. Робота ілюстрована рисунками, таблицями та схемами.

У **вступі** до бакалаврської роботи визначені актуальність, мета, завдання, об'єкт та предмет дослідження, методи дослідження та практичне значення.

У **I розділі** «Огляд літератури» здійснено аналіз сучасних медичних українських та світових досліджень, наукових робіт, мет-аналізів, протоколів лікування жінок в менопаузі. Даний розділ розглядає наступні аспекти менопаузи: дослідження організму жінки у гіпоестрогенний період життя та факторів модифікації гормонального балансу, сучасний лікарський підхід підтримки жіночого здоров'я у фазі згасання репродуктивної функції, раціон і менопауза: чи здатна щоденна дієта впливати на симптоматику, перебіг і вік настання менопаузи?, стрес війни, ментальне здоров'я і жінка в менопаузі: чи є зв'язок?, немедикаментозні методи допомоги жінкам при менопаузі.

У **II розділі** «Матеріали і методи досліджень» розглянуто деталізований підхід до виконання практичної частини бакалаврської кваліфікаційної роботи. Описано використаний спосіб дослідження, мета, об'єкт і методи дослідження. Всього взяло участь 44 жінки.

У **III розділі** «Результати власних досліджень» було проаналізовано результати опитаних жінок в менопаузі на предмет впливу симптоматики менопаузи на якість життя. Окремо розглянуто чотири блоки питань: біометричний, нутритивний, медичний та психологічний, кожен з яких є уособленням впливу менопаузи на кожний аспект та сферу життя жінки.

У **висновках** узагальнено результати дослідження щодо здоров'я жінок в менопаузі, а також акцентовано на важливості використання комплексного грамотного підходу до жіночого здоров'я із залученням сучасних знань та науково-доказових досліджень про доцільність використання фармакологічного лікування та харчових доповнювачів. Менопауза, як і жіноче здоров'я загалом – широке поле для сумісної роботи лікарів різних спеціальностей, аби забезпечити комфортне та здорове життя для кожної жінки не залежно від того, в якому періоді життя або стані вона перебуває.

Також складено список із 20 нутритивних порад **рекомендацій** для жінок в менопаузі, де конкретно розглянуто переваги кожного здорового впровадження в стиль життя на постійній основі.

**Ключові слова:** жінка, харчування, симптоми менопаузи, якість життя, 45–65 років, здоров'я жінки.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	6-9
<b>РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	10-28
1.1. Дослідження організму жінки у гіпоестрогенний період життя та факторів модифікації гормонального балансу.....	10-14
1.2. Сучасний лікарський підхід підтримки жіночого здоров'я у фазі згасання репродуктивної функції.....	15-16
1.3. Раціон і менопауза: чи здатна щоденна дієта впливати на симптоматику, перебіг і вік настання менопаузи?.....	17-22
1.4. Стрес війни, ментальне здоров'я і жінка в менопаузі: чи є зв'язок?...	22-24
1.5. Немедикаментозні методи допомоги жінкам при менопаузі.....	24-28
<b>РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ</b> .....	29
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ</b> .....	30-48
3.1 Аналіз біометричного блоку.....	30-31
3.2 Аналіз нутритивного блоку.....	32-40
3.3 Аналіз медичного блоку.....	41-45
3.4 Аналіз психологічного блоку.....	46-48
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	49-50
<b>РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЖІНОК В МЕНОПАУЗІ: ТОП-20 НУТРИТИВНИХ ПОРАД</b> .....	51-53
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	54-58
<b>ДОДАТКИ</b> .....	59-67

## ВСТУП

**Актуальність роботи.** Ця тема є актуальною та потрібною для вивчення, глибокого дослідження, аналізу та руйнування стереотипізації, оскільки українські жінки досі не є вільними та розкутими у розмовах про власне здоров'я, про біль та проблеми. Звернення українок до медичних спеціалістів є дещо обмеженими через особисті упередження, страхи, сором та незручність.

В сучасному світі обидві статі працюють однаково і вікові проблеми, з якими стикається прекрасна частина людства, як правило, нівелюються. Тривалий час у глобальному суспільстві жіноче здоров'я ігнорувалось, про патології, ускладнення або інші відхилення від абсолютного здоров'я не могло йти й мови. Жінки були змушені терпіти й миритись, оскільки рівень усвідомленості та доступу до знань про можливість самопомоги або лікування були недоступні.

Крім того, українки практично всю свою історію потерпали від російських панів, солдат та чиновників, що дозволяли собі зловживати повноваженнями. Сотні жінок народжували байстрюків. Десятки жінок покінчували з собою утопленням, аби клеймо сорому не вішали на батьківську хату, навіть попри те, що жінка є жертвою обставин, а не провокатором. Вважаю, що зараз наше цивілізоване та усвідомлене суспільство нарешті доросло до того, щоб вважати чоловіка та жінки рівними у своєму праві розголосу болю і проблем. Жіноче здоров'я потребує більшої уваги, турботи, підтримки та догляду. Жінка – це ворота життя. Жінки створюють наш світ. Жінка має бути подругою одна одній, а не суперницею. Мізогінії не має бути місця, яку так старанно розпалює патріархат.

Оскільки харчування є ключовим фактором, що впливає на здоров'я, на відсутність або наявність хвороб, ми маємо більш детально заглибитися в цю тему та встановити взаємозв'язок між продуктами харчування і жіночим здоров'ям, а саме вразливим менопаузальним періодом.

Крім того, також хочу наголосити, що тема харчування жінок в періоді

менопаузи або під час клімактеричного синдрому не достатньо вивчена і досліджена на просторі української медицини та науки. При заглибленні у вивчення наукових джерел, дослідження стосовно харчування українок при менопаузальному періоді відсутні, а наявність дієтичних рекомендацій мінімальна. За допомогою правильно налагодженого харчування можна полегшити або навіть запобігти багатьом симптомам та ризикам розвитку хвороб, асоційованих із менопаузою, а саме:

- Зниження мінеральної щільності кісток та підвищений ризик розвитку остеопорозу або переломів кісток тіла;
- Менопаузальний метаболічний синдром;
- Порушення вуглеводного обміну, інсулінорезистентність;
- Абдомінальне ожиріння;
- Кардіоваскулярні відхилення;
- Дисліпідемія або порушення ліпідного обміну;
- Втрата еластичності шкіри, її тьмяність, втрата блиску, саява, зволоженості, гладкості;
- Порушення мікробіотичного складу;
- Порушення жовчовідтоку та детоксикаційної функції печінки;
- Порушення сну;
- Головний та м'язевий біль;
- Знижене лібідо.

За допомогою харчування можливо зменшити симптоматику менопаузи та значно покращити якість життя жінки. Українська медицина потребує підвищення рівня усвідомленості та значущості допомоги жінкам у більш легкому переживанні клімактеричного синдрому, головна роль при цьому відводиться саме продуктам харчування та належному способу життя.

**Гіпотеза дослідження:** збалансоване здорове харчування здатне полегшити менопаузальний перехід, сприяти довголіттю, покращити самопочуття та здоров'я жінки в менопаузі без/з мінімальним застосуванням фармакології, стабілізувати вагу, зменшити симптоматику менопаузи, а в поєднанні зі

здоровим способом життя – як ключ до активного щасливого довголіття й міцного здоров'я навіть в стані гіпоестрогенії.

**Об'єкт дослідження:** здоров'я та харчування українок в менопаузальний період.

**Предмет дослідження:** українські жінки віком від 45 до 65 років життя, харчова поведінка, якість життя, вплив харчових продуктів на стан здоров'я.

**Мета роботи** – комплексно оцінити стан здоров'я та харчування українок в менопаузальний період та визначити взаємозв'язок між споживанням харчових продуктів та показниками фізичного і ментального здоров'я.

Відповідно до мети дослідження поставлено такі **завдання:**

1. Дослідити сучасні літературні дані щодо жіночого здоров'я в менопаузальний період та визначити ключові фактори, які пов'язані з харчуванням та способом життя і можуть вплинути на результати здоров'я в цей період.

2. Розробити анкету для оцінки стану здоров'я та харчування жінок в період менопаузи та провести опитування.

3. Провести аналіз даних опитування щодо відповідності харчування жінок в період менопаузи основним принципам здорового харчування.

4. Встановити взаємозв'язок між особливостями харчування та станом здоров'я жінок менопаузального віку.

5. Розробити дієтичні рекомендації на основі отриманих даних, які можуть допомогти впоратися з симптомами менопаузи та покращити стан здоров'я жінок під час менопаузи.

**Методи дослідження:** загальнонаукові, соціологічні та статистичні. Використовувалось анкетування з метою опитування жінок стосовно змін їхнього життя в періоді менопаузи з урахуванням окремих аспектів життя – сон, харчування, психоемоційний стан здоров'я, статеве життя, використання саплементів, обстеження організму, звернення до медичних працівників, спосіб життя, харчові звички, використання гормонозамісної терапії при менопаузі.

**Практичне значення дослідження.** Дослідження присвячене вивченню

особливостей жіночого організму в один із вразливих періодів життя жінки – менопаузи. Результати дослідження можуть бути використані у сфері громадського здоров'я та нутриціології, зокрема для популяризації здорового способу життя серед жінок середнього віку та демонстрації позитивного впливу зміни способу життя на якість життя.

Результати проведеного дослідження можуть бути використані для проведення інформаційних кампаній. При цьому важливо:

1. Акцентування уваги на важливості ролі медичних працівників для психологічної та фармацевтичної підтримки жіночого здоров'я, грамотного та сучасного персоналізованого підходу до кожної пацієнтки, яка потребує комплексної допомоги.

2. Лагідне пропагування та популяризування засад здорового способу життя із підкріпленням практичними прикладами клінічних випадків для яскравої демонстрації потужного впливу переходу до моделі стилю життя, яка сприяє кращому здоров'ю та запобіганню хронічних хвороб.

3. Зняття табу на розмови та дослідження теми жіночого здоров'я, особливо менопаузи. Медицина усього світу, зокрема України, має нарешті почати досліджувати організм жінки на глибокому рівні, зокрема, виявлення справжніх внутрішніх причин механізмів виникнення різних хвороб, патологій, станів, зв'язку інших органів та систем залежно від вікових особливостей жінки та її циклу. Менопауза це не брудно, не погано, не соромно. Це наше тіло. Тіло жінки.

4. Детальне вивчення відомих медичних знань про менопаузу та способи її пом'якшення. Аналізування світових та українських оглядів, досліджень, статей, протоколів, тез, спостережень, опитувань, анкетувань, наукових робіт.

5. Просування доброякісного наративу «Яскраве життя в менопаузі можливе!». Важливо знати, що саме і для чого скоригувати, аби подальше життя не втрачало барвів, а сприяло щоденному зціленню завдяки корисній смачній їжі кожної жінки.

## РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Дослідження організму жінки у гіпоестрогенний період життя та факторів модифікації гормонального балансу

Середній вік природної менопаузи в розвинених країнах становить 51,5 років, а в Україні – 48,7. Збільшення тривалості життя і подовження працездатного віку набувають не тільки медичного, а й соціально-економічного значення як в Україні, так і в інших державах. За прогнозами ВООЗ, до 2030 року у світі в періоді постменопаузи перебуватиме 1,2 млрд жінок, що становитиме приблизно шосту частину населення планети. Зокрема, українок в цьому періоді життя буде 13,2 млн – майже половина [1].

Менопауза – це природний стан, який найчастіше виникає у жінки у віці 45–55 років і проявляється відсутністю менструацій протягом 12 місяців. Основною причиною припинення менструації є відсутність розвитку яйцеклітин в яєчниках, що призводить до зниження продукції естрогенів і прогестерону. Синтез естрогену в період менопаузи відбувається в жировій тканині з андрогенів надниркових залоз, однак ці можливості істотно поступаються продукції естрогенів яєчниками [2].

Втрата кісткової тканини відбувається в результаті зниження концентрації естрогенів, які стимулюють остеобласти і знижують активність остеокластів. Також до остеопорозу в період менопаузи призводять: зменшення утворення активної форми вітаміну D<sub>3</sub>, зниження процесів всмоктування кальцію з просвіту кишківника, низька фізична активність, активація системних запальних процесів, низький рівень кальцію і магнію [2].

В останні роки в клімактеричний період збільшилась проблема урогенітальних розладів, що пов'язано з їх негативним впливом на якість життя жінок менопаузального віку. Урогенітальні розлади – це симптомокомплекс вторинних змін, які пов'язані з розвитком атрофічних та дистрофічних процесів в естроген-залежних тканинах і структурах нижньої третини сечостатевого тракту, сечовому міхурі, уретрі, піхві, у зв'язках малого тазу та м'язах тазового

дна. Атрофічний вагініт виникає в результаті естрогенного дефіциту та характеризується витонченням слизової оболонки піхви, зменшенням продукції глікогену епітеліальними клітинами, зменшенням або повною відсутністю лактобацил, підвищенням рН піхви. До проявів атрофічного цистоуретриту відносять подразнюючі симптоми: часте, болuche сечовиділення, збільшення позивів сечовипускання, стресорне нетримання сечі, нетримання сечі без напруги. Призначення системної замісної гормонотерапії має відповідати урахуванням абсолютних і відносних протипоказань [3].

Клініко-гормональна характеристика етапів старіння репродуктивної системи представлена у результатах 10-річних великих когортних досліджень STRAW+10, згідно з якими виділяють 4 періоди клімактерію: період менопаузального переходу, менопауза, перименопауза і постменопауза. На фоні порушень менструального циклу можуть з'являтися вазомоторні та психоемоційні симптоми дефіциту естрогенів, відзначаються варіабельні рівні фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), естрадіолу (E2), зниження рівня прогестерону, інгібіну В і антимюлерового гормону (АМГ). Менопауза – це остання самостійна менструація в житті жінки, її дата оцінюється ретроспективно через 12 місяців відсутності менструацій. У віці до 40 років виділяють передчасну недостатність яєчників (ПНЯ), ранню менопаузу (40–45 років), своєчасну менопаузу (46–54 роки) і пізню менопаузу (від 55 років) [Додаток А] [4].

Загальноприйнятим є те, що зниження запасу ооцитів і фолікулів починається ще до народження дівчинки та триває до менопаузи. Прискорення інволюції репродуктивної системи починається з різкого зниження фертильності після 35–38 років. Фізіологічна менопауза настає, коли кількість фолікулів в яєчнику досягає певної критичної величини (від 100 до 1000) і припиняється процес їх дозрівання. Шишкоподібна залоза та її гормон мелатонін також відіграють важливу роль в генезі та розвитку клімактеричного синдрому. Вона чутливо реагує на зрушення, що з'являються в репродуктивній системі, і бере участь в регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникових зв'язків. Фактори,

пов'язані з настанням ранньої менопаузи: гістеректомія, тютюнопаління, стрес, оперативні втручання на органах репродуктивної системи, хронічні запальні процеси геніталій, поєднані дисгормональні розлади, відсутність пологів, низький рівень освіти, життя на висоті вище 2000 м над рівнем моря, самотність. Фактори, що сприяють настанню пізньої менопаузи: високий індекс маси тіла (ІМТ), генетичні чинники, використання комбінованих оральних контрацептивів. Складно діагностувати менопаузу в жінок, які: перенесли абляцію ендометрію; використовують внутрішньоматкову систему, що вивільняє левоноргестрел (ВМС-ЛНГ), або гормональну контрацепцію (КОК, трансдермальний пластир, вагінальне кільце або імплантат/депо прогестагенів); мають менопаузальні симптоми у віці до 45 років [Додаток Б] [4].

Зниження рівня статевих гормонів призводить до трофічних змін слизових: травного тракту (хронічний десквамативний глосит, пародонтоз, порушення моторики жовчовивідної системи та кишківника), кон'юктиви очей, вагіни, сечовидільної системи. З віком рН шкіри знижується, паралельно зі зменшенням потової і сальної секреції. Відносний надлишок андрогенів в менопаузі може призводити до акне, легкого гірсутизму та/або гіпертрихозу. Відсутність естрогенів призводить до зменшення основної речовини (гіалуронової кислоти) зі зменшенням вмісту води, наслідком чого є дегідратація тканин і зниження еластичності шкіри. У жінок, які отримують замісну терапію естрогенами, кінцевим результатом є підвищення товщини шкіри, в порівнянні з контрольною групою жінок того ж віку. Менопаузу слід розглядати як фактор ризику розвитку ССЗ, який запускає цілий каскад патологічних змін в організмі жінки, включаючи розвиток артеріальної гіпертензії, дисліпідемій, ожиріння за абдомінальним типом, виникнення інсулінорезистентності, збільшення симпатoadреналового тону, порушення ендотеліальної функції, запальні судинні реакції. У багатьох жінок вже в перименопаузі виявляються несприятливі метаболічні зміни, такі як підвищення маси тіла, порушення ліпідного, вуглеводного обміну, а також ендотеліальна дисфункція. На сучасному етапі встановлено тісний зв'язок між порушеннями вуглеводного

обміну та ССЗ. Як показали епідеміологічні дослідження, при порушенні толерантності до глюкози частота розвитку ІХС зростає в 2 рази, а смертність від ССЗ в 1,5 разу вища, ніж у хворих без гіперглікемії [4].

Зміни гормонального профілю під час менопаузи асоціюються зі значним збільшенням окружності талії та центральним абдомінальним ожирінням. Збільшення окружності талії, яке виникає у зв'язку з останнім менструальним циклом та значним збільшенням центрального абдомінального ожиріння, спостерігалось під час довготривалих досліджень у жінок європеїдної і азійської раси. Перерозподіл жирової тканини в ділянці живота веде до переходу від гіноїдного до андроїдного типу ожиріння. Дослідження з використанням ряду рентгенологічних методів показали, що жінки у постменопаузі мають більшу кількість внутрішньо-абдомінального жиру у порівнянні з жінками у пременопаузі. Окружність талії представляє розмір відкладень підшкірної та вісцеральної жирової тканини та тісно корелює з ризиком серцево-судинних захворювань. У жінок це тісно пов'язано з дисліпідемією. Моделі на тваринах показують, що зниження естрогенів сприяє центральному абдомінальному ожирінню, яке усувається в результаті лікування естрогенами. Головний підхід до мінімізації набору ваги у зрілому віці включає обмеження споживання калорій та фізичну активність. Більшість рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) показують зменшення центрального абдомінального ожиріння внаслідок лікування естрогенами [1].

Основною причиною втрат кісткової тканини в жінок є дефіцит естрогенів, що призводить до підвищення числа й активності остеокластів – клітин, які сприяють резорбції кісткової тканини. Фактори ризику: родинний анамнез переломів, паління, низька маса тіла, прийом глюкокортикостероїдів (більше 3 місяців), серйозні хронічні захворювання, що збільшують ризик переломів. Для оцінки ризику виникнення остеопоротичних переломів використовується система FRAX, яка побудована на оцінюванні чинників ризику розвитку остеопорозу та переломів при використанні ДЕРА і без неї. Клімактеричний період характеризується істотними порушеннями з боку суглобів та зв'язкового

апарату: з'являється та наростає інтенсивність поліартралгій (болу у суглобах), що можуть виникати в будь-яких суглобах, швидко прогресує остеоартрит, особливо в міжфалангових суглобах кистей, що призводить внаслідок деформацій (вузлики Гебердена і Бушара) до косметичних дефектів рук, наростає нестабільність зв'язкового апарату, зумовлюючи схильність до втрат рівноваги і падінь. Естрогени безпосередньо і опосередковано через фактори росту здійснюють моделюючий вплив на хондроцити, їх дефіцит зумовлює швидкі запально-дегенеративні зміни в суглобових хрящах, ерозивний процес у субхондральній кістці, що проявляється швидким прогресуванням остеоартриту. Порушення стану кісткової тканини в клімактерії та кісткового метаболізму загалом зумовлюють низку стоматологічних проблем: прогресування генералізованого пародонтиту та пародонтозу, поглиблення деструктивно-запальних процесів пародонту, втрату зубів, складнощі протезування та нестабільність зубних протезів через остеопоротичні зміни щелеп [4].

За вираженістю і тривалістю змін вегетативних показників виділяють три типи приливів: I – характеризується перевагою активації симпатикоадреналового відділу; II – відзначається перевагою активації вагоінсулярного відділу; III – вирізняється дисфункцією обох відділів. Приливи виникають під дією чинників зовнішнього і внутрішнього середовищ, змінюючи активність центральних регуляторних систем. Це є результатом розбалансування діяльності ерго- і трофотропного відділів. Функція нейроендокринної системи під час приливу характеризується підвищенням рівнів адренкортикотропного, лютеїнізуючого (ЛГ) і тиреотропного (ТТГ) гормонів. Прилив – це прояв порушень у центральних механізмах, контролюючих синтез і пульсуюче вивільнення люліберину, тироліберину, кортиколіберину та інших нейропептидів і нейромедіаторів ЦНС, які беруть участь у регуляції як секреції тропних гормонів, так і найважливіших функцій. За результатами досліджень останніх років прилив жару супроводжується підвищенням рівня ЛГ та ТТГ за відсутності змін концентрації фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), пролактину і тиреоїдних гормонів у плазмі периферичної крові [5].

## 1.2. Сучасний лікарський підхід підтримки жіночого здоров'я у фазі згасання репродуктивної функції

Для визначення оцінки важкості симптомів використовують міжнародну шкалу MRS (Menopause Rating Scale) з оцінки симптомів менопаузи. MRS складається з 11 пунктів (скарг), кожен з яких може отримати від 0 до 4 балів (важкі симптоми) в залежності від важкості скарг [Додаток В].

Важливо акцентувати увагу пацієнтки на поліпшенні способу життя: правильне харчування, фізична активність, відмова від паління та алкоголю. Всі пацієнтки повинні бути розглянуті на предмет: ризику ССЗ, визначення рівня артеріального тиску і ліпідів; оцінка ССР за шкалою SCORE; оцінка наявності випадків ранньої ІХС в сімейному анамнезі; ризику виникнення ЦД; урогенітальних порушень; скринінгу онкологічних захворювань репродуктивних органів.

Циміцифуга – це найбільш вивчений і ефективний фітопрепарат для зменшення вазомоторних проявів. За даними подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження, соєві ізофлавонони в дозі 80 мг на добу знижували вираженість припливів на 38% через 4 тижні лікування. Призначення омега-3 ЖК не тільки дозволить знизити рівень гормонів стресу, а й позитивно вплине на чутливість до інсуліну, знизить ризик серцево-судинних захворювань, а також поліпшить когнітивну функцію. Для зниження високої активності СНС можна використовувати і хелатні форми магнію. Призначення таурину сприятиме нормалізації серцевого ритму у разі його порушення. Механізм кардіопротективної дії екстракту часнику пов'язаний з його здатністю знижувати концентрацію факторів згортання крові, агрегацію тромбоцитів, окислення ЛПНЩ, кальцифікацію судинної стінки, активність СЕТР білка. Ефективним засобом профілактики когнітивних дисфункцій є препарати гінкго білоба. [2]

Ксилітол активує ліполіз, нормалізує ліпідний обмін і захищає серце, печінку, нирки та підшлункову залозу від негативної дії оксидативного стресу, посилює синтез глікогену у печінці, що зменшує мобілізацію жиру на периферії і тим самим перешкоджає формуванню кетонових тіл. Ксилітол стимулює

секрецію ендogenous інсуліну, що є особливо позитивним чинником при інсулінорезистентності та метаболічному синдромі [6].

Перед призначенням МГТ необхідне визначення загального рівня холестерину як одного з важливих лабораторних маркерів визначення кардіоваскулярного ризику згідно зі шкалою SCORE [Додаток Г, Додаток Е].

Тиболон – синтетичний стероїд, що володіє андрогенними, гестагенними та естрогенними властивостями та виділений в окремий клас терапії – STEAR. Тиболон не відрізняється за ефективністю від традиційної МГТ у лікуванні ВС та урогенітальних симптомів, збільшує мінеральну щільність кісткової тканини й ефективний у профілактиці остеопорозу. Тиболон слід застосовувати лише жінкам >12 міс. після менопаузи [Додаток Г, Додаток Д, Додаток Е].

Замісна гормональна терапія позитивно впливає на стан здоров'я порожнини рота. Призначення препаратів кальцію і вітаміну Д покращує гомеостаз кальцію, стан твердих тканин зубів і пародонта [8].

Обстежено 2 групи жінок: I група – 40 жінок з фізіологічною менопаузою: I – основна, з лікувальною метою отримували негормональний препарат Променсил (по 80 мг ізофлавонів конюшини червоної) протягом трьох місяців, II – група порівняння – симптоматичне лікування. Отримані результати, показують, що у жінок основної групи з фізіологічною менопаузою на фоні застосування променсилу спостерігається зменшення нейровегетативних розладів [9].

Показано, що сексуальність та статеве задоволення посилюються в результаті вживання екстракту вітанії снодійної. Імбир (1 г на день) у пацієнтів із гіпертонією та ІХС суттєво зменшує артеріальний тиск, впливаючи на активність АПФ та пригнічуючи перекисне окиснення ліпідів у серці. Завдяки антиоксидантній та протизапальній активності він також проявляє нейрозахисну, протипухлинну та геропротективну дію. Екстракти вітанії показали нейротропну активність на кількох моделях нейродегенеративних захворювань. Знеболювальна, спазмолітична активність фенхелю практично дорівнює дії синтетичних нестероїдних протизапальних засобів [Додаток Е, Додаток З].

### **1.3. Раціон і менопауза: чи здатна щоденна дієта впливати на симптоматику, перебіг і вік настання менопаузи?**

Українські дослідники із Національного університету фізичного виховання і спорту України провели теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, наукометричних баз даних PubMed, WoS, Scopus. У ході проведеного аналізу та узагальнення даних публікацій було виявлено загальну тенденцію у харчуванні жінок другого зрілого віку протягом робочого дня:

1. Хаотичний режим приймання їжі: відсутність сніданку або пізній сніданок при ранньому підйомі, відсутність обіду, пізня вечеря перед сном.

2. Під час сніданку перевагу жінки надавали каві або чаю із печивом чи шоколадом, тобто їжі, що містить легкозасвоювані вуглеводи.

3. Протягом робочого дня жінки надавали перевагу споживанню снєків та фастфуду, більшість з яких містять трансжири та насичені жири: печиво, круасани, бутерброди, бургери, картопля фрі, насіння соняшника, солодкі сухофрукти, горішки.

4. Під час вечері значна частина жінок надають перевагу таким стравам як смажені на олії овочі та м'ясо приправлене соусами з посилювачами смаку, бургери, свіжі овочі, а також легкому алкоголю. [11]

Такий раціон харчування не може забезпечити належним чином надходження необхідної кількості макро- та мікронутрієнтів до організму. В раціоні харчування відсутні окремі групи продуктів: цільні злаки, кисломолочні продукти, бобові, риба, клітковина. Натомість жінки споживають надмірну кількість легкозасвоюваних вуглеводів, які своєю чергою різко підвищують рівень цукру в крові та не надають довготривалого відчуття насиченості протягом робочого дня. Такий підхід до харчування сприяє збільшенню ваги, абдомінальному ожирінню, інсулінорезистентності, гіпертензії, порушенню ліпідного обміну, виникненню остеопорозу, збільшенню індексу маси тіла за рахунок жирової маси, що призводить до серцево-судинних захворювань. Варто зазначити, що систематичне споживання продуктів, які містять велику кількість трансжирів та холестерину у поєднанні із кавою мають високий кореляційний

зв'язок ( $r=0,85$ ) із раннім настанням менопаузи [11].

Протягом дня рекомендовано розподіляти споживання кілокалорій наступним чином:

- сніданок 25–30% ккал від загальної добової кількості ккал;
- обід (ланч) 30–35% ккал від загальної добової кількості ккал;
- вечеря 20–25% ккал від загальної добової кількості ккал;
- вживати воду із розрахунку 30 мл на 1 кг маси тіла, а сіль до 5 г на день.

Під час приготування їжі слід надавати перевагу наступним способам приготування: запікання у фользі/рукаві, тушкування, відварювання, а також готуванню у пароварці. Салати зі свіжих овочів заправляти рослинними нерафінованими оліями, але не більше 20 г на добу. З огляду на те, що тваринний білок містить усі незамінні амінокислоти, то до страв необхідно додавати м'ясо (курка, індичка, яловичина), рибу, яйця. Під час вибору продуктів, що містять переважно вуглеводи, перевагу слід надавати складним вуглеводам (каші, овочі, цільнозернові вироби, фрукти з низьким ГІ, клітковину, ферментовані продукти). Більшу частину з жирів у раціоні мають складати мононенасичені та поліненасичені жири (риба, рослинна нерафінована олія, горіхи та авокадо) [11].

Жінкам з нормальною масою тіла до настання менопаузи слід рекомендувати підвищити фізичну активність. За даними дослідження, проведеного в Індонезії, щоденне споживання 400 г овочів протягом 3 тижнів нормалізувало обмін ліпідів та глікемічний контроль у жінок з ожирінням і менопаузою. Існуючий досвід використання оздоровчих антиейджингових програм свідчить про доцільність комплексного використання лікувального харчування і фізкультури [12].

Іранське дослідження «Порівняння метаболічних факторів ризику, ліпідних індексів, індексу здорового харчування та фізичної активності серед жінок у пременопаузі, менопаузі та постменопаузі» від 2024 року показало, серед жінок у менопаузі високий рівень споживання насичених жирів, доданих цукрів, натрію та рафінованих зерен. Показники споживання фруктів, овочів, темно-листової зелені, бобових, морепродуктів та рослинних джерел білку мали досить

низькі значення, на відміну від калорійних рафінованих продуктів, чим і пояснюється факт високого відсотку абдомінального ожиріння в період менопаузи [Додаток Є].

У потрійно сліпому рандомізованому клінічному випробуванні 60 жінок у період менопаузи віком від 45 до 65 років були рандомізовані для споживання темного шоколаду з вмістом какао 78% (12 г/день) або молочного шоколаду (12 г/день) протягом 8 тижнів. Аналіз коваріації (ANCOVA) з корекцією на початкові значення показав, що середній бал депресії після втручання в групі, яка отримувала темний шоколад, значно знизився порівняно з групою молочного шоколаду. Дослідження свідчить, що споживання темного шоколаду з вмістом какао 78% протягом восьми тижнів може сприяти покращенню показників депресії, але не впливає на якість сну чи антропометричні показники. Поліфеноли є мікроелементами, які можуть покращувати депресію. Какао є одним із продуктів, багатих на поліфеноли. Серед різних типів шоколаду темний шоколад містить багато какао та мінімальну кількість добавок. Темний шоколад має найвищі антиоксидантні властивості порівняно з іншими типами шоколаду. Клінічне випробування на жінках віком від 40 до 60 років показало, що споживання напоїв, що містять какао, протягом восьми тижнів може покращити настрій. Вплив какао на якість сну може бути пов'язаний із вмістом триптофану та флавоноїдів. У жінок у період менопаузи через зниження рівня гормону естрогену різноманітність мікробіоти кишечника зменшується, що пов'язано зі зростанням ризику психологічних розладів, таких як депресія та тривога. Клінічне випробування повідомило, що споживання 30 г на день темного шоколаду з вмістом какао 85% одночасно покращувало настрій і збільшувало різноманітність мікробіоти кишечника, що призвело до висновку, що темний шоколад має пребіотичні ефекти на кишечник і може полегшувати негативні емоційні стани через вісь кишечник-мозок [14].

Європейське дослідження трьох країн – Німеччина, Іспанія, Румунія, вивчало вплив на симптоми менопаузального періоду харчового препарату, що містить олію вечірньої примули, екстракти хмелю, шафрану, триптофан, а також

комплекс вітамінів. Проведено проспективне, відкрите, спостережне та багатоцентрове дослідження за участю 156 жінок у період менопаузи. Для оцінки симптомів використовувалася валідована шкала менопаузального рейтингу (MRS). Загалом припливи зменшилися на 48,15%, серцевий дискомфорт – на 33,3%, порушення сну – на 46,2%, суглобовий і м'язовий дискомфорт – на 27,8%, депресивний настрій – на 45,0%, дратівливість – на 47,6%, тривожність – на 44,4%, фізичні проблеми – на 36,4%, сексуальні проблеми – на 30,0%, проблеми з сечовим міхуром – на 31,3%, вагінальна сухість – на 33,3%. Доказами є схема із дослідження [Додаток Ж].

Показано, що дотримання певних дієтичних моделей, таких як середземноморська дієта з низьким вмістом натрію, жиру, низьким вмістом вуглеводів і енергетичних обмежень, покращує фактори ризику серцево-судинних захворювань у жінок у менопаузі [Додаток З].

Прецизійне харчування – це новий рубіж, який продемонстрував потенціал для створення персоналізованих дієтичних рецептів, пов'язаних із генетичними фенотипами, а також поведінковими факторами та факторами навколишнього середовища. Майбутні дослідження, окрім генотипування, включають поєднання інших індивідуальних фенотипів, включаючи різноманітність мікробіомів, протеомів, використання ліків і сімейну історію, а також використання передових статистичних методів, таких як машинне навчання та штучний інтелект, щоб зрозуміти, що впливає на внутрішньоіндивідуальні варіації продуктів, дієт і моделей харчування [16].

Вегетаріанство також пов'язане з більш раннім віком природної менопаузи. Вегетаріанські дієти зазвичай характеризуються високим вмістом харчових волокон і низьким вмістом жирів, особливо насичених. Харчові волокна можуть потенційно впливати на ентерогепатичну циркуляцію статевих гормонів, змінюючи метаболічний шлях естрогенів, що призводить до зниження біодоступності естрогенів. Натомість споживання зелених і жовтих овочів, а також свіжих бобових пов'язане з пізнішим настанням менопаузи. Високе споживання м'яса, жирів і білків позитивно пов'язане з пізнішим настанням

менопаузи. Крім того, під час переходу до менопаузи відбуваються значні зміни в складі тіла. Наприклад, відбувається перерозподіл жиру в тілі, так що збільшується загальний і центральний жир, а також перерозподіл жиру з підшкірного жиру нижньої частини тіла в ділянку живота. Це збільшення жирової тканини стає основним місцем продукування естрогенів разом з іншими гормонами, такими як лептин, адипонектин і резистин. Таким чином, ці ендокринні зміни разом із дієтою з високим вмістом жирів сприяють пізнішому настанню менопаузи [17, 18].

Фактично, систематичний огляд Cochrane, який включає дані від 202 чоловіків і жінок з надмірною вагою або ожирінням у шести РКВ, повідомив про значно більше зниження загальної ЖМ у групах із низьким ГІ порівняно з контрольними групами [19].

Таким чином, адекватне споживання бета-каротину, вітаміну С і селену через середземноморську дієту може призводити до кращої мінеральної щільності кісток. Модель обробленої їжі була обернено асоційована з вмістом мінералів у кістках у когортному дослідженні за участю 347 жінок (віком 36–57 років) [Додаток II] [20].

Насіння льону, бобові, цільні зерна та деякі фрукти та овочі містять попередники лігнану, які кишковими бактеріями можуть перетворюватися на ентеролактон і ентерідіол. Фітоестрогени можуть мати естрогенну активність як потенційні дієтичні модулятори ендокринної функції [21].

Негативні довгострокові наслідки для здоров'я від дефіциту вітаміну D мають значний збіг із несприятливими змінами, пов'язаними з менопаузою. Вітамін D відіграє роль у профілактиці переломів у жінок після менопаузи, покращуючи щільність кісток і здоров'я м'язів. Відомо, що рівні ВД у периферичних тканинах впливають на численні метаболічні функції, такі як дія та чутливість до інсуліну. Це запобігає прогресуванню до цукрового діабету 2 типу і спричиняє помірне зниження артеріального тиску. Недостатність вітаміну D підвищує ризик метаболічного синдрому та серцево-судинних захворювань, до яких жінки в період менопаузи вже мають схильність. Добавки ВД можуть

зменшувати відкладення центрального жиру, знижуючи ризик гіпертригліцеридемії та метаболічного синдрому. Ще одним поширеним симптомом, спільним для дефіциту ВД і менопаузи, є когнітивний спад і розлади настрою [22].

#### **1.4. Стрес війни, ментальне здоров'я і жінка в менопаузі: чи є зв'язок?**

Репродуктивна система жінки є найбільш вразливою ланкою організму, негативний вплив на яку призводить до порушення менструального циклу, аномальних маткових кровотеч, погіршення симптомів клімаксу, гіперандрогенії, генітоуринарних симптомів, передчасного виснаження функції яєчників. З огляду на те, що початок менопаузи за своєю природою є фізіологічно та психологічно виснажливим для здоров'я будь-якої жінки, в умовах військового конфлікту цей стан суттєво загострює такий чинник, як надмірне психоемоційне напруження, що викликане нестабільністю та ризиками в повсякденному житті.

Виявлено негативний вплив надмірних стресогенних, соціально-економічних чинників на репродуктивне здоров'я жінки, які призводять до низки розладів, як-от передчасна менопауза, важкі клімактеричні симптоми, вторинна аменорея, аномальні маткові кровотечі, неплідність. Відбувається зростання частоти гінекологічних патологій як у жінок, які проживають в Україні на території бойових дій і прилеглих територіях, так і у жінок, які мешкають у віддалених від активних бойових дій регіонах, а також за кордоном. Зокрема, через важкі негативні стресорні наслідки, спричинені війною, в Україні збільшилась кількість жінок молодшого віку із синдромом полікістозу яєчників, а також кількість жінок перименопаузального віку з важкими симптомами клімаксу.

Багато жінок, які страждають від гострого та хронічного стресу, скаржаться на поганий сон, емоційну лабільність, депресивні стани, порушення з боку сечостатевої системи, зокрема стресове нетримання сечі. З огляду на вітчизняний позитивний досвід, препаратом вибору стартової терапії естрогендефіцитних

станів, а саме ранньої менопаузи, СПНЯ, важкого клімактеричного синдрому, є лікарський препарат зі стандартизованим вмістом екстракту кореневища циміцифуги Клімадинон [23].

Корейське дослідження від 2022 року вивчало кореляцію між менопаузою, супутніми хворобами органів репродуктивної функції та депресивних/суїцидальних розладів. Було встановлено, що жінки, які мають синдром полікістозу яєчників, передчасну недостатність яєчників, а також симптоми раннього менопаузального синдрому мають набагато вищі ризики та шанси на розвиток психічних розладів, особливо схильність до суїцидальних думок та дій. Але також варто зазначити, що причини криються не тільки у хворобах та розладах здоров'я, але і у сприйнятті суспільства, оскільки жінки у віці або із симптомами, асоційованими з менопаузальним переходом, часто зустрічаються із певним психологічним тиском та булінгом від чоловіків або більш молодших жінок [24].

Вважається, що естроген сам по собі бере участь у модуляції серотоніну через регуляцію експресії серотонінергічних рецепторів. Рівні естрогену коливаються під час менопаузи, викликаючи дестабілізуючий вплив на настрій і рівень серотонінергічних нейротрансмітерів. Зміни в основних нейропептидних шляхах також можуть впливати на настрій під час менопаузи. Сульфат дегідроепіандростерону (DHEAS) є ендогенним стероїдним гормоном і нейрорегулятором серотонінергічної та гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) сигналізації нейротрансмітерів. Рівні DHEAS знижуються з віком, і дослідження Morrison et al. у 2001 році показало, що може існувати зв'язок між нижчими рівнями DHEAS у жінок похилого віку та зростанням симптомів депресії. Дослідження на тваринах і людях продемонстрували, що естроген покращує активність нейрональних антиоксидантів, тим самим захищаючи від нейродегенеративних захворювань. Метаболізм мозку також залежить від естрогену. Естроген може покращувати метаболізм глюкози, посилюючи транспортери глюкози для кращого використання глюкози, що є ключовим процесом для нейронального гомеостазу. Втрата естрогену, пов'язана з

менопаузою, можливо, є причиною того, що жінки мають підвищений ризик хвороби Альцгеймера порівняно з чоловіками і зазнають більш прискореного когнітивного спаду. Депресивні симптоми, пов'язані з менопаузою, є найвищими під час раннього перименопаузального періоду, і тому перименопауза дає можливість для ефективного лікування депресії, пов'язаної з менопаузою. Поточні рекомендації пропонують традиційні антидепресанти, психологічну терапію та зміни способу життя як першу лінію управління депресією під час менопаузи; однак антидепресанти можуть бути неефективними для кожної жінки [25].

Аналіз сексуальної активності з Ініціативи жіночого здоров'я не виявив статистично значущої кореляції між використанням гормональної терапії та продовженням сексуальної активності, що додатково підтверджує, що естрогенна терапія не підвищує лібідо. Проте гормональна терапія з естрогеном може покращувати сексуальну функцію, підвищуючи вагінальну змазку та зменшуючи диспареунію у жінок із вульвовагінальною атрофією. Сексуальне здоров'я та функція є важливими компонентами догляду за жінками в менопаузі. Більшість жінок у менопаузі вважають секс важливою частиною свого життя і дуже бажають підтримувати активне сексуальне життя. Однак із віком зростає ризик появи супутніх захворювань, що негативно впливають на сексуальне задоволення та функцію, а також ризик використання ліків, які впливають на сексуальну функцію. Хоча сексуальна незадоволеність і дисфункція дуже поширені серед жінок у перименопаузі та постменопаузі, мало хто розкриває свої занепокоєння медичним працівникам. Тому медичні працівники повинні бути проактивними та регулярно запитувати жінок у перименопаузі та менопаузі про їхнє задоволення сексом і сексуальною функцією [26].

### **1.5. Немедикаментозні методи допомоги жінкам у менопаузі**

Згідно з Центром контролю та профілактики захворювань (CDC), регулярні вправи допомагають знімати стрес, покращувати загальну якість життя та зменшувати набір ваги і втрату м'язової маси – найпоширеніші побічні ефекти

менопаузи. Рекомендується виконувати щонайменше 150 хвилин аеробної активності середньої інтенсивності та 75 хвилин інтенсивної активності на тиждень для здоров'я серцево-судинної системи. Наприклад, у групі жінок у менопаузі віком 55–72 роки, які брали участь у програмі вправ тривалістю 3 години на тиждень протягом 12 місяців, спостерігалось значне покращення фізичного та психічного здоров'я та загальної якості життя порівняно з тими, хто вів сидячий спосіб життя. Що ще важливіше, більша частка тих, хто не брав участь у програмі вправ, повідомляла про менопаузальні симптоми. У поздовжньому проєкті "Melbourne Women's Midlife Health Project", у якому 438 жінок спостерігалися протягом 8 років, ті, хто займався фізичними вправами щодня на початку дослідження, на 49% рідше повідомляли про припливи, тоді як ті, чий рівень активності знизився, частіше повідомляли про ці симптоми. У рандомізованому контрольованому випробуванні 176 симптоматичних жінок із сидячим способом життя, які протягом 6 місяців виконували аеробні вправи по 50 хвилин 4 рази на тиждень, повідомили про зменшення частоти припливів. У дослідженні 3201 жінки віком 42–52 роки, яких щорічно спостерігали протягом 8 років, припливи асоціювалися з вищими рівнями холестерину, тригліцеридів і аполіпропротеїну А, а у 3075 жінок спостерігалася сильна кореляція між припливами та інсулінорезистентністю. Дослідження Health 2000 у фінських жінок показало, що фізично активні жінки повідомляли значно менше соматичних симптомів і болю порівняно з неактивними. Через вісім років ті, хто залишався фізично активним, демонстрували покращену якість життя порівняно з неактивними. Фізична активність також покращувала соматичні симптоми у дослідженні 370 бразильських жінок. Крім того, у великому перехресному дослідженні британських жінок соматичні симптоми були на 28% нижчими серед активних жінок. Аналогічно, у поздовжньому дослідженні 3300 австралійських жінок збільшення фізичної активності асоціювалося з меншою кількістю соматичних симптомів. У дослідженні "Жіноче здоров'я по всій нації" (SWAN) за понад 7 років спостереження відзначалося, що фізично активні жінки зазнавали менше тілесного болю з часом під час менопаузального переходу [27].

Необхідним компонентом відновного лікування жінок з ожирінням є дихальна гімнастика. Оскільки будь-які дихальні гімнастики можна розглядати як унікальний засіб немедикаментозного лікування і оздоровлення, що активізує різні механізми репарації практично всіх функцій організму. Як зазначає автор різнобічний вплив дихальних вправ проявляється також у їх здатності боротися з негативними наслідками стресу, які постійно відчують пацієнтки. Поряд з іншими способами релаксації, дихальні вправи сприяють зняттю нервової напруги. Масаж застосовується в комплексі із фізичними вправами, фізіотерапевтичними процедурами та дієтотерапією. Масаж активно впливає на обмінні процеси, прискорює виведення продуктів обміну [28].

Інтервенції "Розум-Тіло" для симптомів менопаузи. Гіпноз, терапія "розум-тіло", що передбачає глибоко розслаблений стан зосередженої уваги, індивідуалізовані ментальні образи та навіювання, був досліджений для управління симптомами менопаузи. Два рандомізовані клінічні випробування (РКВ) із 5 сеансами гіпнотерапії для припливів серед жінок, які пережили рак молочної залози, продемонстрували клінічно значуще зниження тяжкості та частоти припливів на 69%. Ці результати порівнянні з фармакологічними втручаннями. У РКВ за участю 187 жінок гіпноз порівнювався з активним контролем структурованої уваги і виявив значне зниження суб'єктивної частоти припливів (74%) та їхнього впливу (80%), а також фізіологічно контрольованих припливів (57%). Крім того, гіпноз покращив якість сну за самооцінкою та сексуальну функцію. У нещодавньому пілотному дослідженні 71 жінка була рандомізована до однієї з чотирьох груп: венлафаксин 75 мг + гіпноз, венлафаксин 75 мг + фіктивний гіпноз, плацебо + гіпноз і плацебо + фіктивний гіпноз. Гіпноз сам по собі був настільки ж ефективним (зниження на 50%), як венлафаксин 75 мг у зменшенні показника припливів (частота  $\times$  тяжкість). Група плацебо повідомила про зниження на 25%. Гіпноз рекомендований Північноамериканським товариством менопаузи та іншими організаціями для лікування симптомів менопаузи і становить невеликий ризик [29].

КПТ – це орієнтована на дії психологічна інтервенція, яка використовується

для лікування припливів, депресії та інших симптомів менопаузи. У пілотному дослідженні 39 жінок, рандомізованих до КПТ або контрольного списку очікування, спостерігалось статистично значуще зниження дистресу від припливів, але не їхнього впливу чи частоти припливів/нічних потів у групі негайного лікування. Автори повідомили про 48% позитивного ефекту лікування для 17 жінок, які завершили програму КПТ, але неясно, як цей ефект було розраховано. Техніки біозворотного зв'язку та релаксації можуть включати прогресивну м'язову релаксацію, релаксацію в поєднанні з тренуванням біозворотного зв'язку для контролю температури, ритмічне дихання, домашні аудіозаписи релаксації та прикладну релаксацію, які використовувалися для лікування симптомів менопаузи. У систематичному огляді психоосвітніх інтервенцій для полегшення припливів дослідники виявили 7 рандомізованих випробувань, які порівнювали релаксацію з активним контролем (наприклад, читання, альфа-електроенцефалографія, гормональна терапія) або відсутністю лікування. П'ять із цих випробувань показали, що техніки релаксації (наприклад, ритмічне дихання, прогресивна м'язова релаксація) можуть зменшувати частоту припливів і покращувати психологічні симптоми менопаузи [29].

Йога походить із індуїстських практик, але з її зростанням популярності у світі з'явилося багато різних форм. Однак не було знайдено доказів покращення вазомоторних, соматичних, сечостатевих чи загальних симптомів менопаузи, і дослідники застерігають, що потрібні більш ретельні дослідження для підтримки доказів впливу йоги на психологічні симптоми менопаузи. Додаткові РКВ показали, що йога може бути корисною для психологічних симптомів і втомі, пов'язаних із менопаузою. Однак докази підтримки використання йоги для інших симптомів менопаузи є непослідовними. Серед 40 жінок, рандомізованих до 12-тижневої інтервенції з йоги та медитації або звичайного догляду, Cramer et al. виявили, що йога значно ( $P < 0.05$ ) зменшила симптоми менопаузи (за шкалою оцінки менопаузи), покращила втому та якість життя порівняно зі звичайним доглядом [29].

Ароматерапія, також відома як терапія ефірними оліями, використовує

природно отримані ароматичні есенції з рослин для лікування різних фізіологічних і психологічних дисбалансів. Вважається, що ароматичні олії зменшують тривожність і підвищують релаксацію, що може бути корисним для полегшення стресових симптомів менопаузи. У подвійному сліпому 12-тижневому клінічному перехресному випробуванні за участю 100 жінок лавандова ефірна олія знизила частоту припливів на 50% порівняно з <1% зниженням у плацебо-контролі (розведене молоко), демонструючи клінічно значущу різницю. Три додаткові РКВ ароматерапії в поєднанні з масажем показали, що ароматерапевтичний масаж був більш корисним, ніж масаж сам по собі або контроль, у зменшенні фізичних (наприклад, вазомоторних) і психологічних (наприклад, депресивних) симптомів. Додавання ароматерапії до інших комплементарних і альтернативних медичних інтервенцій може забезпечити додаткове полегшення симптомів. Однак недостатньо доказів, щоб підтримувати ароматерапію як самостійне лікування для управління симптомами менопаузи [29].

## РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під час виконання експериментальної частини бакалаврської кваліфікаційної роботи використовувались соціологічний та статистичний методи дослідження. В Google-Form було створено анкетування для жінок, які знаходяться в пери-, менопаузі та постменопаузі [31].

Відповідно до мети дослідження розроблено анкету. Анкета складалась з 40 запитань та поділялась на 4 блоки. 1 блок – біометричні дані, комплексний аналіз оцінки стану здоров'я жінок, що знаходяться в клімактеричному переході; 2 блок – вивчення якості та складу харчування жінок в менопаузі, а також взаємозв'язку між збільшенням абдомінального ожиріння і віку, асоційованим із менопаузою або постменопаузою; 3 блок – оцінка якості надання послуг та консультацій працівників сфери здоров'я для жінок після 40 років; 4 блок – дослідження поширеності симптоматики менопаузи та оцінка психологічного стану.

Формування вибірки. Участь в анкетуванні брали українські жінки віком від 45 до 65 років. До участі запрошувались і ті жінки, що мали пологи, і ті, що не мають дітей. Всього залучено 44 респондентки.

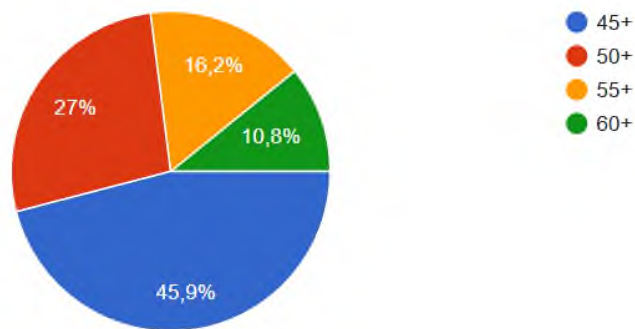
Засоби дослідження: збір даних опитуваних через платформу Google-Form, аналіз отриманих результатів через систему пакету Excel, описовий метод експериментального дослідження.

Це унікальне авторське анкетування дозволяє розглянути менопаузу з усіх сторін та оцінити повний спектр асоційованих із менопаузальним переходом симптомів і змін у стані здоров'я, способі життя, поглядів, самосприйнятті, стосунках у суспільстві. Також це дослідження допомагає оцінити нутритивний статус кожної опитуваної жінки, кількість споживаних основних груп продуктів, наявність нових пристрастей до певних продуктів, напоїв, психологічний стан, якість сну і рівень фізичної активності.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

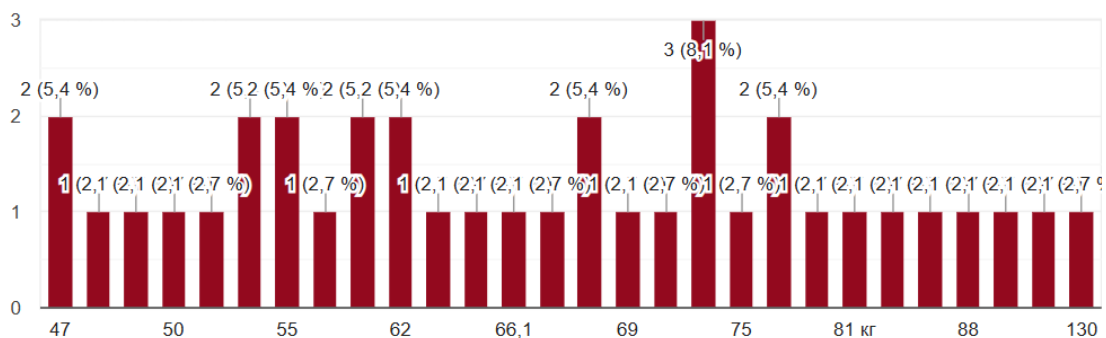
### 3.1 Аналіз біометричного блоку анкети

Переважає більшість (45,9%) опитуваних жінок мала вік 45–50 років (рис. 3.1). Майже третину вибірки (27%) становили жінки у віці 50–55 років. На віковий проміжок 55–60 років припало 16,2% опитуваних, і жінок, котрі старші за 60 років – 10,8%.



**Рис. 3.1 Розподіл жінок за віком**

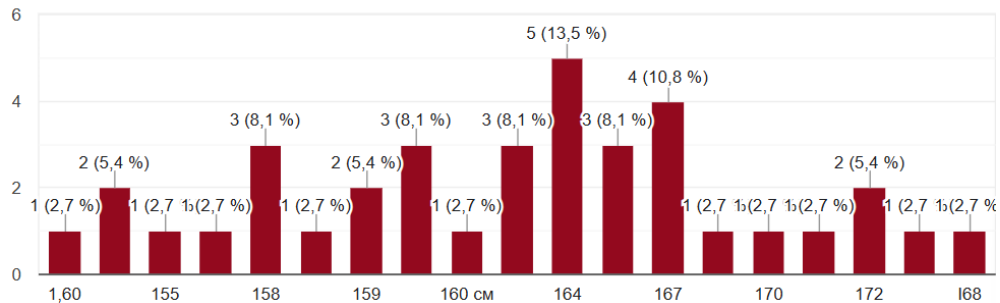
Важливе місце у процесі менопаузального переходу посідає вага. Найменша вага 47 кг була у 2 опитуваних, в той час як найвища – 130 кг, в однієї опитуваної. Загалом анкетування показало, що 8,1% опитуваних мають вагу 72 кг. Також 32% опитуваних мають середні показники ваги, що складають 53, 55, 60, 62, 68, 78 кг. Жінки, що мали вагу більше 100 кг, склали 3% від опитуваної групи (Рис. 3.2).



**Рис. 3.2 Показники маси тіла опитуваних**

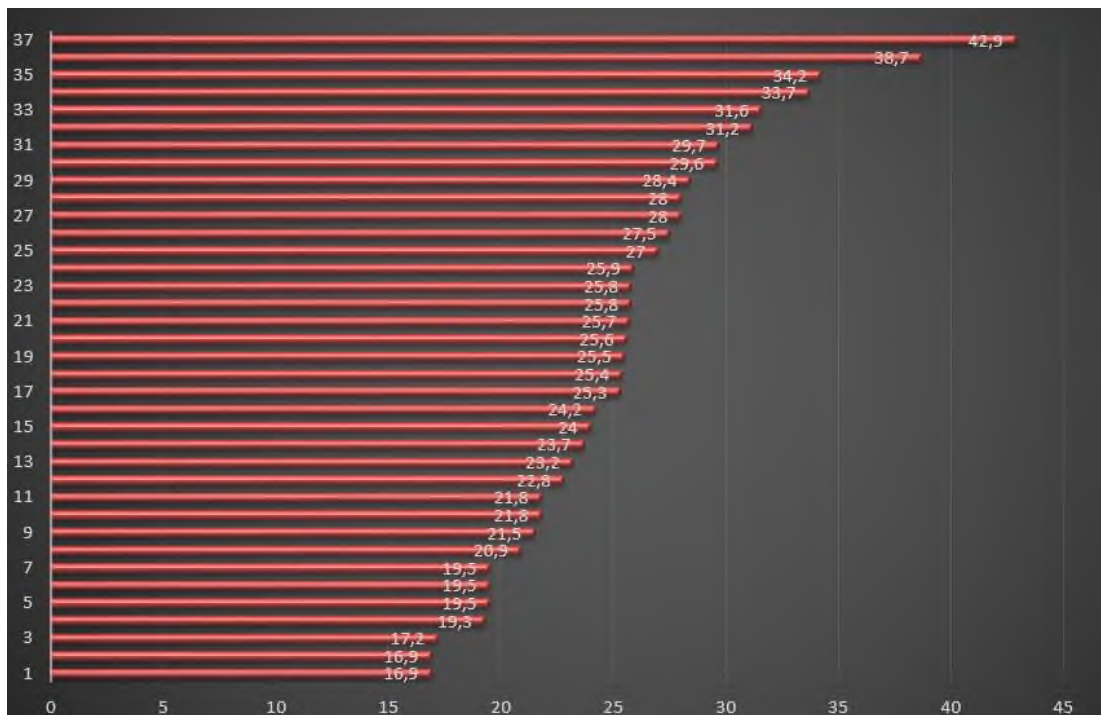
Крім того, були досліджені дані зросту жінок, оскільки в комплексі із

даними про вагу тіла можна обрахувати індекс маси тіла (ІМТ) для визначення адекватності вагового ступеню, наявності/відсутності ожиріння, дефіциту ваги. Середній зріст опитуваних жінок склав 163 см, що у відсотковій формі 13,5%. Найнижча учасниця має зріст 160 см, найвища – 174 см (Рис. 3.3).



**Рис. 3.3 Показники зросту у жінок**

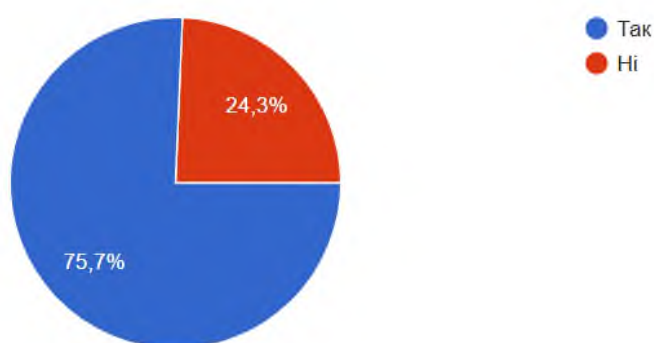
На основі отриманих статистичних даних за допомогою онлайн-калькулятора був обрахований індекс маси тіла кожної учасниці [30]. Найвищий показник складає 42,9, що оцінюється як ожиріння 3 ступеню. Найнижчий показник 16,9, що вважається дефіцитом маси тіла (Рис. 3.4).



**Рис. 3.4 Обрахунок показників індексу маси тіла (ІМТ) для опитуваних жінок на основі показників їх зросту та маси тіла**

### 3.2 Аналіз нутритивного блоку анкети

Жінок було опитано на предмет погіршення/покращення самопочуття після споживання певних харчових продуктів, орієнтуючись на їх відчуття та реакції тіла після їжі. Дев'ять із них (24,3%) відмітили, що не спостерігали погіршення або покращення здоров'я після їжі, в той час як більшість – 27 жінок (75,7%), позначили окремі групи продуктів, які сприяють ліпшому або гіршому самопочуттю (Рис. 3.5).



**Рис. 3.5 Аналіз впливу харчових продуктів на самопочуття жінок**

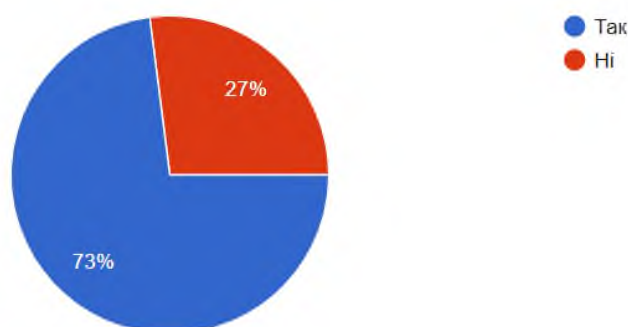
Було детально досліджено, які самі продукти або напої впливають на самопочуття та настрій жінок. Найбільш негативний вплив на здоров'я був відмічений після споживання смаженої, жирної їжі. Багато жінок зазначили, що надають перевагу альтернативним методам приготування страв – тушкуванню, варінню, запіканню, квашенню, як більш корисним та легким для травлення. Варіант із солодкими продуктами харчування викликав найбільший дискусійний дисонанс, оскільки 5 жінок відмітили сприятливий вплив солодоців на покращення настрою, більшу енергійність, щастя, радість, проте 4 із опитаних відчувають навпаки дискомфорт та погіршення здоров'я після споживання солодкого. Одна жінка серед усіх відчуває покращення настрою після вживання шоколаду з какао. Також багато хто відмітив зміни у здоров'ї після споживання кофеїну. Знову ж таки, частина опитаних зазначає покращення самопочуття, а інша – погіршення. Із опитуваних одна відчувала погіршення після споживання

гарячого чаю, міцних кави та чаю в окремі епізоди життя. Всі жінки відмітили покращення самопочуття за дотримання правил здорової тарілки та збалансованого харчування, здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, напівфабрикатів, ультраоброблених продуктів харчування, стрес-менеджменту. Результати відповідей представлені у вигляді графіку на Рис. 3.6:



**Рис. 3.6 Дослідження впливу різних груп харчових продуктів та напоїв на стан здоров'я жінок**

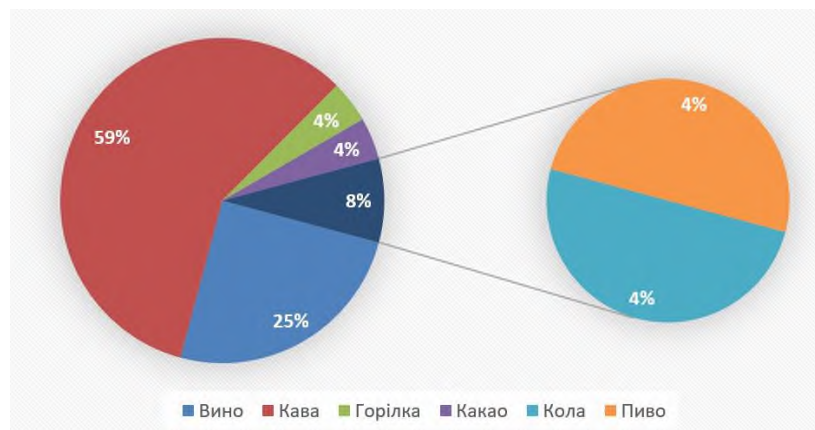
Був проведений аналіз стану здоров'я жінок після вживання напоїв, що містять алкоголь та кофеїн. Із опитуваних 73% відмітили, що їх стан і настрої змінюються після споживання, а 27% не мали на собі впливу (Рис. 3.7).



**Рис. 3.7 Аналіз впливу напоїв із вмістом кофеїну або спиртів на самопочуття жінок**

Жінки зазначають, що після 45 років реакція організму на алкоголь змінилась. До віку 45 стан після споживання вина, пива, шампанського, горілки був приємний. Спостерігалось розслаблення, ейфорія, легкість, жага до танців,

спокій. Після 45 ці відчуття змінились на головний біль, запаморочення, втрату концентрації, туман в голові, з'явився апатичний та дещо депресивний стан. В однієї жінки після вживання вина спостерігаються чхання, свербіж очей, млявість, що свідчить про наявність харчової алергійної алергії. Вона зазначила, що алергічні реакції виникають після споживання 200 мл вина будь-якого сорту винограду. Після споживання кави спостерігається тахікардія і підвищення тиску у 2 опитуваних, дозування 1 філіжанка кави вранці. Є дуже цікавим, що в однієї жінки після споживання напою Coca Cola Zero із концентратом лимонного соку спостерігається підвищення настрою, краща працездатність, збільшена енергійність та жвавість, поліпшення когнітивних функцій мозку. Загалом частота споживання кави є досить високою. Так, 6 жінок з 27 споживають в день більше 3-х чашок напою, в той час як 4 дотримуються дози в 1 філіжанку кави на добу. Інші 18 жінок не помічають впливу кави на свій стан, незалежно від дозування та годин прийому (рис. 3.8).



**Рис. 3.8 Найбільш популярні за кількістю споживання напої серед жінок**

Наступна частина питань стосувалась кількості та якості прийомів їжі на день. Було окремо вивчено, скільки разів на добу харчується кожна жінка, чи має вона перекуси (і якщо так, які саме продукти обирає на перекус), чи є сніданки та дотримання певних видів особливого харчування або дієт (наприклад, інтервальне голодування за схемами). Результати показали, що переважна більшість опитаних жінок харчується 3 рази на добу повноцінно без перекусів, що є чудовим показником високої нутритивної цінності тарілок жінок, високого

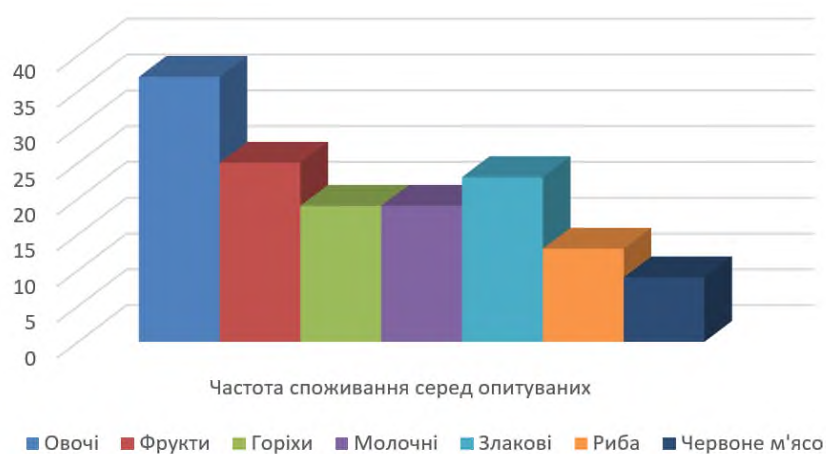
рівня усвідомленості важливості харчування без перекусів, правильного підходу та вмінь слухати своє тіло, свої відчуття, контролювати відчуття насичення й голоду. Із 37 жінок 13 мають перекуси незалежно від кількості основних повноцінних прийомів їжі (від одного до п'яти). Одна жінка окремо зазначила, що раніше харчувалась дуже хаотично, без прив'язки до часу доби, кількості та якості їжі, без розуміння макронутритивного наповнення тарілки та стакану. Також вона споживала багато фруктів у вечірній час, а на ранішні години обирала каву з бутербродами з ковбаси, сиру та масла. Загалом фрукти найчастіше обирають в якості перекусу, але не на щодень (Рис. 3.9).



**Рис. 3.9 Дослідження кількості повноцінних прийомів їжі серед жінок**

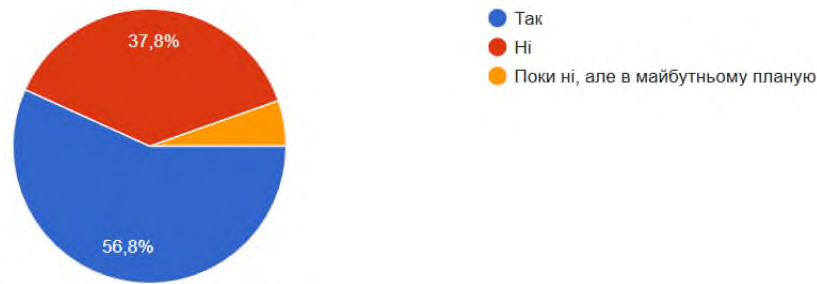
Наступною ланкою досліджень стала частота споживання окремих груп продуктів, такі як м'ясо, риба, овочі, горіхи, фрукти, молочна продукція та злакові. Результати дуже втішні, що вказує на дотримання та обізнаність про правильне здорове харчування. Усі опитані жінки, 100% вибірки, щодня вживають овочі, що є прекрасним результатом. Важливо щодня споживати клітковину з овочів і листової зелені, оскільки це покращує перистальтику кишечника, сприяє отриманню вітамінів та мінералів, покращує стан шкіри та її колір, полегшують травлення, насичують мікробіом кишечника та сприяють підтриманню виживаності здорової бактеріологічної мікрофлори. Також щодня або майже кожного дня усі жінки вживають фрукти, горіхи, насіння. Одна учасниця не вживає фрукти взагалі, надає перевагу овочам та зелені. Високий відсоток опитуваних щодня або через день споживає молочні продукти (особливо виділяють кефір, ряжанку, кисломолочний сир). Також високий рівень

споживання бринзи та твердого сиру. Рідше – вершкове масло. Одна жінка відмітила щоденне споживання какао з молоком (цей напій значно покращує її стан здоров'я, настрій, психологічний стан, ментальне здоров'я + вона отримує заряд енергії, бадьорості, сил). Споживання риби є меншим, але у межах норми. Оптимальна кількість порцій морепродуктів – 3 на тиждень, чого і дотримуються учасниці анкетування. Одна учасниця споживає рибу оселедець щодня. Червоне м'ясо споживається досить рідко: від разу на 2 тижні, до разу на рік у вигляді тушкованого м'яса яловичини, котлет з курятини і телятини. Одна із опитуваних не вживає червоне м'ясо взагалі, а інша – чергує біле і червоне види м'яса через день. Найбільш популярними сортами м'яса є індичка, курятина та субпродукти (печінка). Дві жінки не вживають горіхи взагалі. Злакові продукти споживаються майже щоденно. Особливо надається перевага житньо-пшеничному цільнозерновому хлібі на заквасці, житньому, хлібу із додаванням насіння (льон, соняшник), цільнозернові крупи (Рис. 3.10).



**Рис. 3.10 Частота споживання окремих груп продуктів харчування**

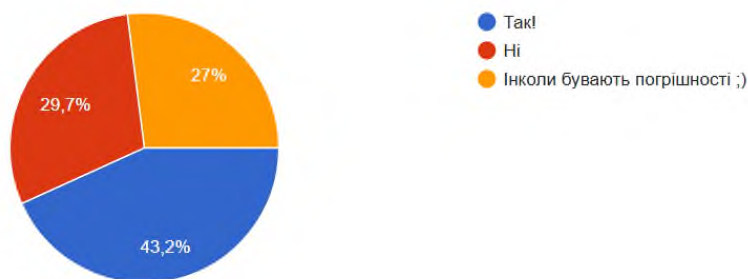
Було дослідження вживання харчових доповнювачів та саплементів серед жінок. Із 37 учасниць 56,8% жінок вживають харчові доповнювачі, 37,8% не вживають і не хочуть, а 5,4% планують в майбутньому додати до раціону добавки (Рис. 3.11).



**Рис. 3.11. Кількісні значення споживання харчових доповнювачів**

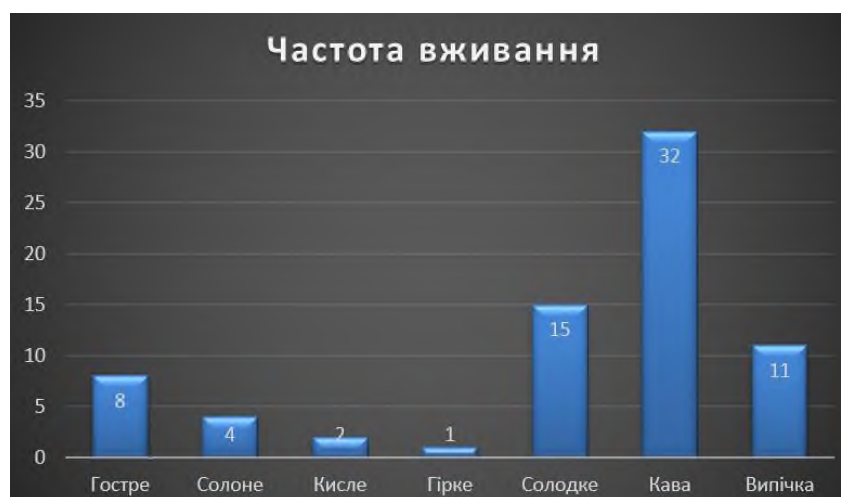
Однією із засад побудови структури анкетування є відвертість та чесність, як жінка до жінки. Саме тому було запропоноване питання, чи дотримуються опитувані принципів здорового збалансованого харчування. Приємно було побачити чесні відповіді від учасниць. Тим не менш, відповіді йдуть у розріз із попереднім питанням, де досліджувалась частота споживання основних груп продуктів – овочі, фрукти, горіхи, насіння, злакові, риба, м'ясо, молочна продукція. Ці дискусійні результати свідчать про те, що не всі жінки є обізнаними із основними правилами тарілки здорового харчування, але тим не менш їх харчування все одно лишається здоровим та нутритивно наповненим. Висуваючи гіпотезу із причин даного питання, хочу відмітити, що є висока ймовірність впливу суспільства та соціальних мереж на викривлене сприйняття людьми правильного харчування і здорового способу життя. Скоріше за все, люди впевнені в тому, що головна задача правильного харчування – споживання лише овочів та фруктів і заборони або обмеження на інші групи продуктів. Це хибне уявлення досі є дуже популярним, що призводить до підсвідомого відторгнення здорового способу життя загалом та правильного харчування. 16 опитаних дали чітке підтвердження про дотримання правил збалансованого харчування, 11 не дотримуються взагалі, а 10 жінок дотримуються, але інколи бувають погрішності у харчуванні, що в принципі є прийнятною відповіддю, слідуючи правилу «80\20». 80% нашого харчування мають складати здорові страви та напої і 20% дозволяється лишити на нездорове\калорійне харчування. Таке балансування є найбільш правильним для організму, оскільки серед більшості здорових продуктів щось масне і рафіноване буде мати менший негативний вплив, ніж якби нездорового харчування було 80% у раціоні. В ідеалі

цю схему можна змістити до 90\10, що, звісно, найкращим чином відобразиться на здоров'ї та самопочутті (Рис. 3.12).



**Рис. 3.12. Дотримання жінками правил збалансованої здорової тарілки**

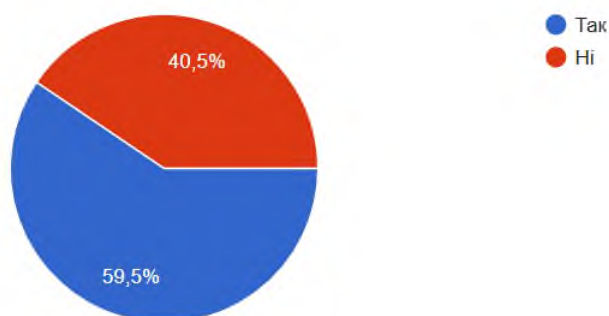
Оскільки у жінок в менопаузальному переході можуть спостерігатись зміни апетиту та смакових вподобань, було досліджено питання пристрастей до певних продуктів та напоїв. Лідируючі позиції зайняли: кава, солодке, випічка, гостра їжа. В меншій мірі спостерігається збільшений апетит до кислих та солоних продуктів. 6 жінок не помічали збільшених пристрастей до окремих продуктів і напоїв, 1 помітила збільшений апетит до сушеної риби і 1 має потяг до всіх груп смаків: солодке, солоне, гостре, кисле, гірке (Рис. 3.13).



**Рис. 3.13 Аналіз споживання груп продуктів та напоїв за їх смаковими якостями**

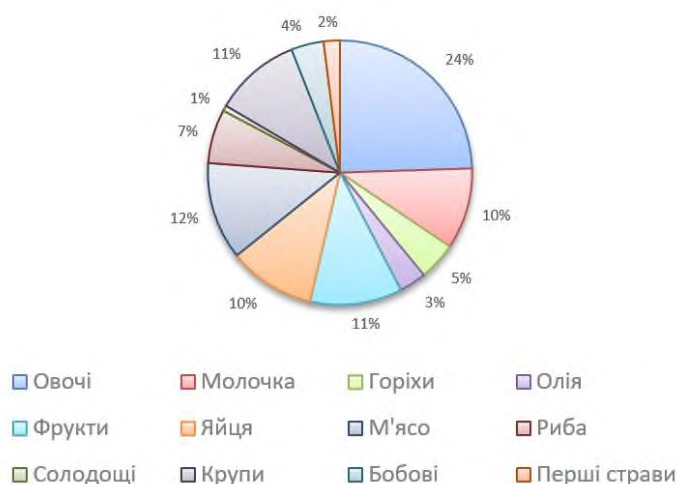
На жаль, у раціоні 22 жінок присутні швидкі прості вуглеводи у складі рафінованої їжі. Лише 15 жінок із опитаних не вживають шкідливу вуглеводну їжу. Дані результати дають розуміння, що медичним фахівцям ще є багато над чим працювати, аби пропагувати серед жінок здорове харчування із обмеженням (в ідеалі виключення повне) рафінованих продуктів харчової промисловості. В

той же час, можна сказати, що збільшена кількість споживання даних продуктів є пов'язаною із зміною смакових вподобань, асоційованих із менопаузою. Виходячи із питання вище, така асоціація дійсно є і жінкам більше хочеться випічки, солодоців або солоних закусок (Рис. 3.14).



**Рис. 3.14. Наявність або відсутність у раціоні жінок рафінованих продуктів**

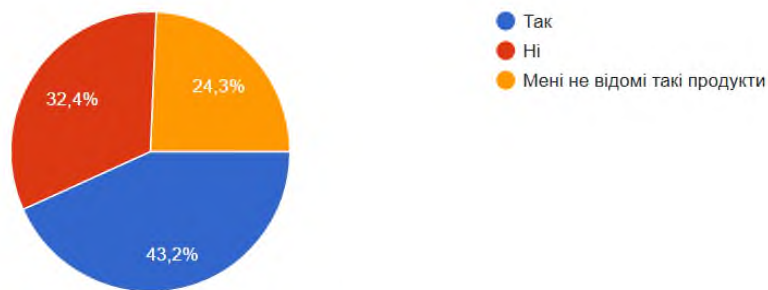
Персоніфіковане дослідження дало змогу зрозуміти, які продукти є обов'язковою для кожної жінки на кожен день. Приємно було побачити, що 100% вибірки вказали овочі як необхідний продукт для кожного дня. Також більшість вказали яйця, м'ясо, молочні продукти, листову зелень. Меншою популярністю користуються горіхи, олія, фрукти, крупи, риба, бобові. У відсотковому значенні овочі зайняли 24%, найменший показник склав 1% солодоці (Рис. 3.15).



**Рис. 3.15 Дослідження кількості вживання різних груп продуктів харчування у щоденному раціоні**

Також була досліджена тема вживання фітоестрогенів у природній формі із продуктів харчування. 16 жінок вживають такі продукти, 12 ні і не планують, а 9

жінкам взагалі не відомо про них. Фітоестрогени – це рослинні сполуки, які за структурою і функцією нагадують естрогени. Їх багато у таких продуктах: бобові (соєві та соеві продукти, червона квасоля, нут, зелений горошок, люцерна), насіння та горіхи (льон (найбагатший на лігнани – різновид фітоестрогенів), насіння кунжуту, насіння соняшнику, мигдаль, фісташки), цільнозернові продукти (овес, ячмінь, жито), житній та лляний хліб, овочі та фрукти (броколі, капуста (особливо брюссельська), шпинат, морква, яблука, гранати, вишня), червоне вино (містить ресвератрол – фітоестроген), чай (особливо зелений), пиво (містить хміль, багатий на фітоестрогени) (Рис. 3.16).



**Рис. 3.16 Аналіз відомості та споживання жінками продуктів, що багаті на фітоестрогени**

Завершальним питанням вивчення нутритивної цінності харчування жінок стало дослідження їх стану та здоров'я після споживання молочних продуктів. З віком кількість лактази зменшується, що співпадає із віком менопаузи/постменопаузи, а отже може впливати на проблеми із перетравленням молочних ферментів. 27 опитаних не мають проблем із самопочуттям, а 10 спостерігають дискомфорт, здуття, метеоризм, біль в епігастрії (Рис. 3.17).

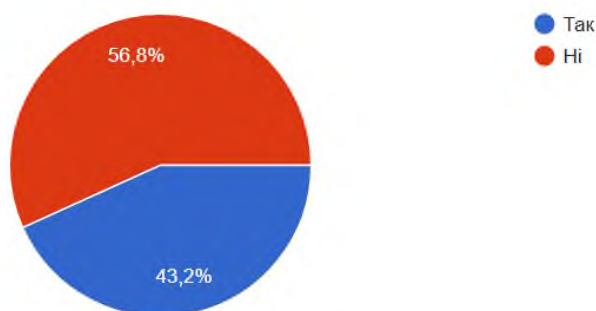


### **Рис. 3.17 Взаємозв'язок між споживанням молочних продуктів та самопочуттям**

#### **3.3 Аналіз медичного блоку**

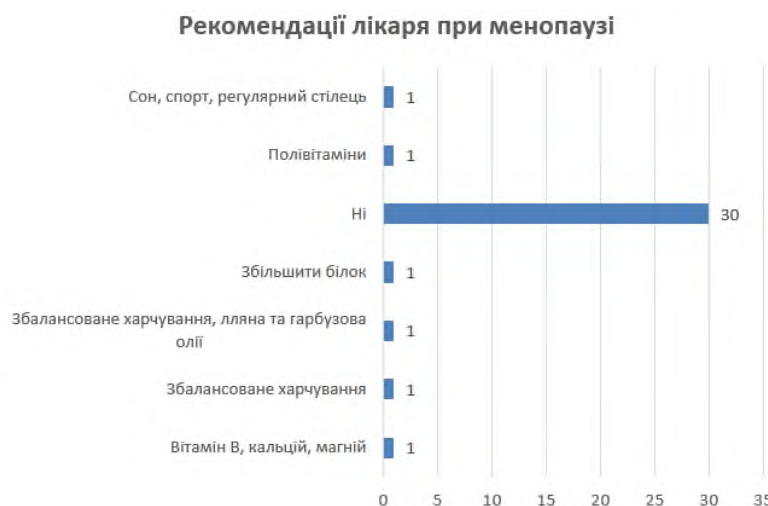
Медичні працівники відіграють надзвичайно важливу роль у менеджменті жіночого здоров'я, зокрема менопаузального переходу. Не завжди жінка є обізнаною на 100% про зміни, що відбуваються з нею, симптоми, методи лікування або полегшення симптоматики, модифікації способу життя. Крім того важливо, аби лікар володів сучасними знаннями стосовно менопаузи, мав емпатію та чуйність, міг завжди зрозуміти жінку та допомогти їй. На жаль, жінка дуже часто стикається з певними агресивними настроями, відсутністю грамотного підходу до лікування та її здоров'я, байдужістю, сексистськими висловами та вчинками, причому це стосується не тільки колективу у соціумі (робота, сім'я, навчання тощо), але і з боку медичних працівників. Золота фраза, яку знають всі жінки після 40 від лікарів: «А що Ви хочете вже, погляньте на цифру в паспорті, Вам нічого не допоможе. Змиритесь і терпіть! Інші ж живуть якось і бабці наші жили якось». Але ж хочеться жити не «якось», а здорово, молодод, щасливо, вільно, з позитивом та бажанням прокидатися щоранку. Саме тому з причин халатності багато жінок обирають переживати цей період самотійно, не звертаючись до лікаря. Також окрема доля вибірки відводиться жінкам, які бояться звернутись до лікаря, адже знають, що запобіжний захід, який пропонують лікарі традиційної офіційної медицини – замісна гормональна терапія. Звісно, вона є золотим стандартом у менеджменті менопаузи, але чи всім підходить? Чи завжди гормональна терапія може покращити здоров'я, а не погіршити? Питання персоніфікованої медицини лишається відкритим для України.

Серед опитуваних жінок було досліджено, чи звертались вони до лікаря при настанні менопаузи (або при відчутті перших симптомів) (Рис. 3.18). 21 опитана жінка не зверталась, що є більшістю із цієї вибірки, на жаль.



**Рис. 3.18 Статистичні дані щодо звернень жінок до медичних працівників у періоді менопаузи або при появі перших симптомів гіпоестрогенії**

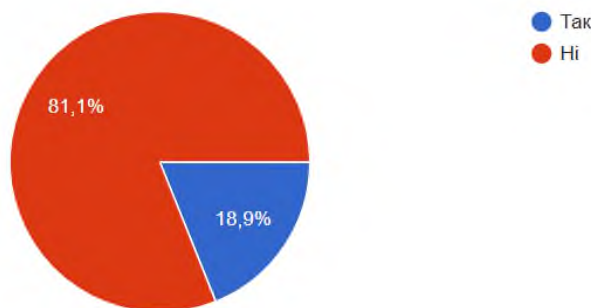
Також було вивчено, чи надавав лікар певні рекомендації із модифікації способу життя, дотримання певних харчових звичок, саплементації, фізичної активності. 32 опитані жінки відмітили, що не отримали жодних рекомендацій стосовно змін у способі житті (Рис. 3.19).



**Рис. 3.19 Аналіз рекомендацій лікарів для жінок, що входять у клімактеричний синдром**

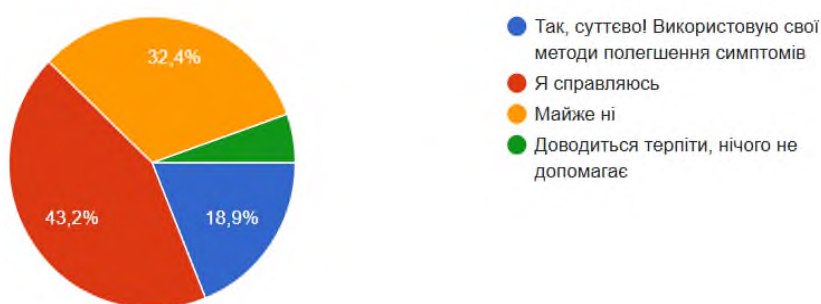
Крім того, 30 опитаних жінок не застосовують гормонозамісну терапію, що може бути пов'язано із багатьма факторами. Хоч і замісна гормональна терапія і вважається золотим стандартом у лікуванні, проте не кожна жінка може погодитись на введення гормонів у власний організм. Зачасту це супроводжується страхами або відсутністю потрібних знань стосовно наслідків і змін в організмі. Це вимагає кращої та глибокої роботи лікарів, аби жінки мали вільний доступ до потрібно інформації про власне тіло і нормальні фізіологічні

процеси не тільки з мережі інтернету, від подруг, а й від лікаря, якому вона може довіряти та отримувати якісні сучасні знання. Рис. 3.20 ілюструє результати даного питання.



**Рис. 3.20 Аналіз використання жінками замісної гормональної терапії як менеджмент менопаузи**

Важливим етапом дослідження організму жінки в періоді менопаузи є виявлення симптомів та їх вплив на якість життя. 16 опитаних відзначають, що симптоми менопаузи впливають на їх життя, але вони навчилися справлятися з ними. 12 жінок не помітили впливу симптомів на якість життя на суттєвих змін не відбулось. Проте, у 7 жінок відмічені суттєві впливи на життя, але вони самостійно знайшли ті способи, які допомагають їм впоратись із менопаузою. І 2 жінки не можуть жодним чином вплинути на полегшення життя, адже жодні із спробуваних методів не допомогли їм побороти або суттєво зменшити симптоматику менопаузи (Рис. 3.21).



**Рис. 3.21 Вплив симптомів менопаузи на якість життя**

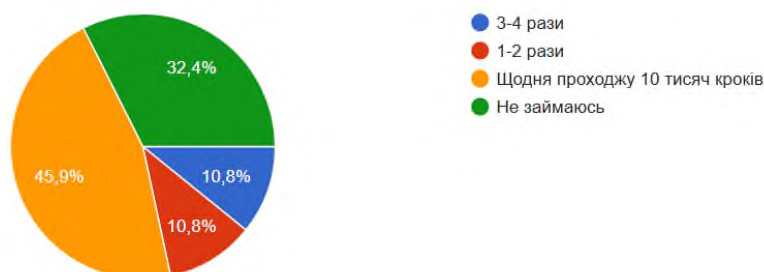
Було досліджено регулярність перевірки гормонального здоров'я за допомогою аналізів. Обстеження дають змогу краще відслідкувати зміни, що відбуваються в організмі жінки, а також наявність змін маркерів здоров'я в

патологічну сторону. Серед опитаних жінок лише 5 регулярно роблять повне обстеження організму, стабільно раз на рік або раз на півроку. 2 жінки з усіх аналізів перевіряють лише тиреотропний гормон щитовидної залози (ТТГ ЩЗ). 2 жінки досліджують біохімію крові. 28 жінок не проходять регулярні обстеження (Рис. 3.22).



**Рис. 3.22** Дослідження регулярності обстеження організму в лабораторії

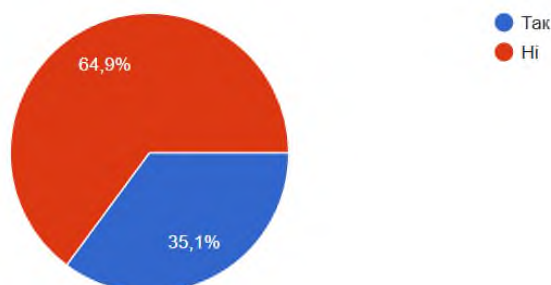
Одним із важливих етапів модифікації життя в період менопаузи є збільшення фізичної активності, оскільки спортивні навантаження значно покращують самопочуття жінки, причому як і фізичне, так і психічне. Крім того, навіть щоденна ходьба у вимірі 10 тисяч кроків сприяє відсутності інсулінорезистентності, ожиріння, схудненню, підтримці м'язової маси. Опитування показало, що 17 жінок щодня проходять по 10 тисяч кроків і більше. 4 жінки займаються спортом 1–2 рази на тиждень, і 4 жінки займаються 3–4 рази на тиждень. А 12 опитуваних не займаються спортом взагалі (Рис. 3.23).



**Рис. 3.23** Дослідження фізичної активності жінок в періоді менопаузі

Також було вивчено питання статевого життя жінок в менопаузі. Кожна жінка у будь-якому віці хоче відчувати себе привабливою, бажаною і сексуальною. Серед найпоширеніших симптомів, пов'язаних із змінами у

статевому житті, є сухість піхви, біль під час статевого акту, зниження лібідо. На щастя, серед опитуваних жінок у анкетуванні 24 відмічають відсутність впливу менопаузи на статеве життя, а 13 згадують суттєвий вплив на сексуальність (Рис. 3.24).



**Рис. 3.24 Вплив менопаузи на статеве життя**

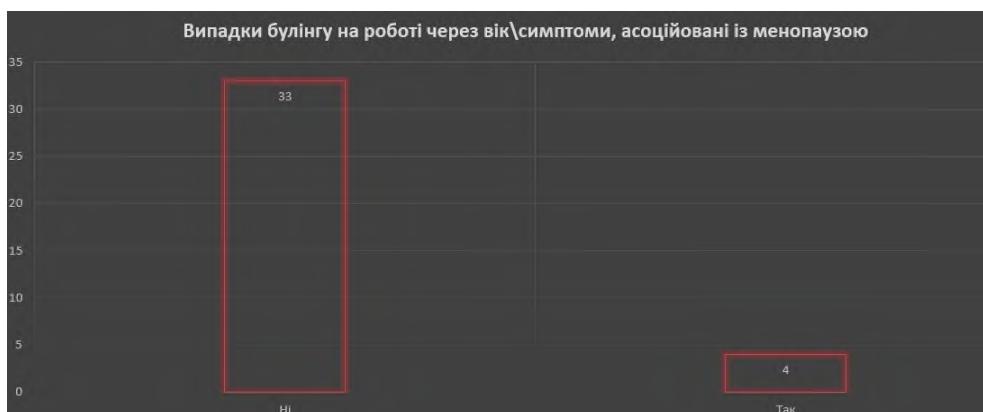
Важливо, аби кожна жінка мала змогу самостійно допомагати собі у періоді загострення симптоматики менопаузи, згідно відчуттів власного тіла. Було вивчено, які методи самодопомоги використовують жінки. 8 жінок не використовують певні методи самодопомоги, оскільки в цьому немає належної потреби. 4 жінок вживають фармакологічні препарати, серед яких Менопейс, Фемостон Конті, Бета-Аланін та інші. 7 жінок застосовують харчові доповнювачі. Також суттєвий вплив на перебіг симптоматики менопаузи мають йога, медитації, дихальні практики, багато прогулянок, ефірні олії, прийняття душу, зволожувальні мазі (Рис. 3.25).



**Рис. 3.25 Методи самодопомоги при симптомах менопаузи**

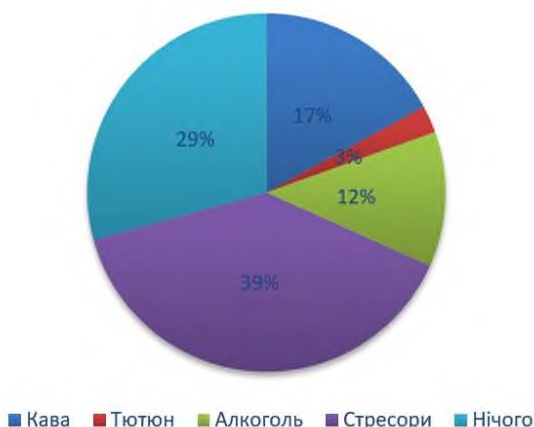
### 3.4. Аналіз психологічного блоку

Працюючи у колективі, жінка часто може стикатись із булінгом та глузуванням, з огляду на її психологічний стан та поведінку. Зміни настрою, дратівливість, надмірне нервове збудження, припливи жару можуть стати предметом злих жартів, причому як від чоловіків, так і від жінок. В анкетуванні також було опитано, чи стикалась жінка із глузливими натяками від колег по роботі. 4 жінки з 37 відповіли, що так (рис. 3.26). Це меншість вибірки, але теж має своє місце, що говорить про наявний дискомфорт та сексизм у суспільстві, над яким треба працювати, адже стан жінки і сам процес менопаузи є нормальним та природнім, а отже не може бути засудженим, неправильним, брудним, неприйнятним.



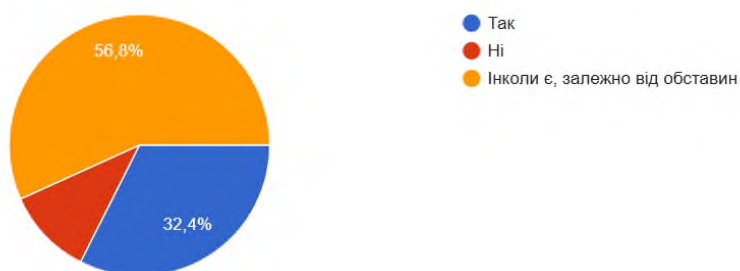
**Рис. 3.26 Дослідження випадків глузувань в робочому колективі над жінками через симптоми\вік, асоційовані із менопаузою**

На стан здоров'я та самопочуття можуть впливати багато речей, зокрема щоденні залежності та фактори навколишнього середовища. Опитані жінки відмітили, що на їх стан впливають найбільше кава, алкоголь, куріння і стресори (Рис. 3.27). Стресори зайняли лідируючу позицію. Але також є певний відсоток жінок, на яких описані речі не мають жодного впливу. Одна із опитаних вказала, що дотримується здорового способу життя і це дозволяє їй почуватись чудово, не дивлячись на стрес та обставини життя.



**Рис. 3.27 Вплив на здоров'я жінок в менопаузі залежностей та факторів навколишнього середовища**

Одним із симптомів менопаузального переходу, що може заважати жінці жити як і раніше, є її психологічний стан. Зміни настрою, швидка втома, дратівливість, поганий сон, низький рівень енергійності та продуктивності значно погіршують звичний ритм життя, який не може підлаштуватись під здоров'я жінки. Опитані відмічають, що зміни настрою, погіршення продуктивності, коливання психоемоційного стану здоров'я впливають на якість життя. 12 учасниць спостерігають зміни психоемоційного стану на постійній основі, в той час як 21 жінка стикається з цим за умов певних обставин, іноді. У 4 жінок не має змін в психологічному стані (Рис. 3.28).

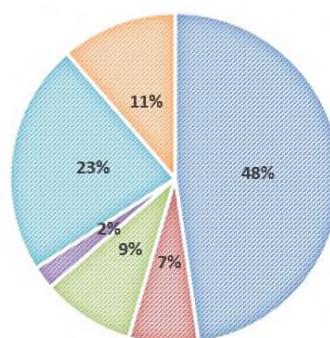


**Рис. 3.28 Зміни психоемоційного стану в період менопаузи**

На стан загального самопочуття і, зокрема, ментальний стан, неабиякий вплив чинить сон. Як відомо, з настанням менопаузи сон найчастіше погіршується. Збільшується частота безсоння, прокидань вночі, припливів жару, нічних жахів, низька якість сну або навпаки – хочеться спати набагато більше, ніж раніше (Рис. 3.29).

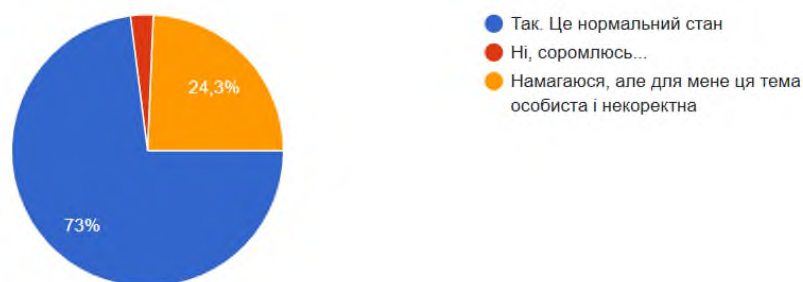
## ВПЛИВ НА СОН

■ Поганий сон    ■ Нічний діурез    ■ Безсоння  
 ■ Збільшений сон    ■ Немає впливу    ■ Припливи



**Рис. 3.29 Вплив на сон менопаузальної симптоматики**

Тема менопаузи є досить табуованою у суспільстві і відкрито про це говорити не прийнято. Більшість жінок є настільки закритими стосовно теми власного здоров'я, що подібні теми є для них некоректними для обговорення навіть із лікарем, вже не кажучи про оточення близьких подруг і чоловіка. На щастя, серед опитаних жінок 27 можуть вільно говорити про менопаузу, свої відчуття та зміни у стані здоров'я як і з близьким колом людей, так і з медичними працівниками. Для 9 жінок ця тема є дещо некомфортною для обговорення із кимсь та особистою. І 1 жінка не вважає за потрібним говорити про стан жіночого здоров'я в період гіпоестрогенії (Рис. 3.30).



**Рис. 3.30 Дослідження відкритості жінок стосовно обговорення теми менопаузи та жіночого здоров'я**

Повний опитувальник-анкета для жінок в менопаузі [31].

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження показали, що **70%** жінок дотримуються засад здорового способу життя та збалансованого харчування. **30%** не вважають за потрібно вносити зміни в стиль та спосіб життя після й в момент настання менопаузи. Такі дані говорять про високий рівень обізнаності українських жінок щодо правила тарілки, важливості фізичної активності, доцільності харчових доповнювачів, психологічну та соціологічну відкритість в обговоренні жіночого здоров'я та потреби підтримки від медичних спеціалістів і суспільства, важливість обмеження та елімінації транс-жирів, цукрів, солей, алкоголю, кофеїну, промислової фруктози, рафінованих вуглеводів, налагодження сну, стрес-менеджмент.

Підсумовуючи проведену науково-практичну дослідницьку роботу, варто зазначити, що питання менопаузи українських жінок досі лишається недостатньо вивченим та забороненою темою для публічного обговорення. Медичні працівники не надають пацієнткам достатньо інформації щодо менеджменту клімактеричного періоду, **74%** жінок відмітили відсутність рекомендацій від лікаря.

Боротьба із менопаузою це не завжди використання «золотого стандарту» – замісної гормональної терапії для всіх, адже даний вид лікування також має багато недоліків та ризиків для жіночого здоров'я (**84,1%** відмовились від ГЗТ). Зміни в дієті, налагодження сну, стрес менеджмент, фізична активність, підтримка здоров'я харчовими доповнювачами, введення фармакологічних препаратів за потреби, закриття дефіцитів мікро- та макронутрієнтів, психологічна допомога – повний комплекс роботи із жінкою, яка знаходиться у вразливому стані менопаузи, та має повне право на обізнаність й інформаційну забезпеченість про свій стан здоров'я і можливості самопомоги.

Менопауза – не вирок. Вона потребує грамотного мультифакторного підходу медичних спеціалістів та сучасних науково-доказових знань. Нутриціологічні інтервенції потрібні не менше, ніж фармакологічні втручання у здоров'я та спосіб життя. Жінки та лікарі мають усвідомлювати важливість

доцільності переходу на здоровий спосіб життя й дотримання засад збалансованого харчування, оскільки саме від харчування залежить стан здоров'я, біохімічні показники, самопочуття, тривалість життя, прогресія або регресія вже наявних хвороб та запалень, особливо у жінок під час клімаксу.

Збалансована тарілка – найбільший важель у керуванні здоров'ям. Ефективність фармакологічного лікування буде набагато нижча або геть відсутня, коли щоденний раціон є неповноцінним та нездоровим, як у **52%** опитаних. Не потрібно ділити їжу на ворога і друга. Потрібно розуміти, що корисне, а що ні, і в яких кількостях та поєднаннях вживати кожен продукт.

Як показало останнє питання в соціологічному опитуванні українських жінок в менопаузі, **91%** жінок вірять, що за допомогою правильного, здорового, смачного, збалансованого харчування можливо полегшити симптоматику менопаузи, покращити здоров'я, мати довшу тривалість життя й стати щасливим здоровим довгожителем України!

Нутриціологи, психологи, гінекологи, терапевти, медсестри – кожен із цих співробітників має із розумінням та лояльністю відноситися до жінки, аби забезпечити їй комфортне та здорове життя навіть під час менопаузи.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЖІНОК В МЕНОПАУЗІ: ТОП-20 НУТРИТИВНИХ ПОРАД

1. Обмеження алкоголю. Слідуючи правилам найкращої дієти на сьогодні – середземноморської, краще споживання алкоголю обмежити до мінімуму і допустимий максимум – 1 келих червоного сухого вина або білого. Алкоголь, як і куріння, згубно впливає на перебіг менопаузи, гіпоестрогенію та стан здоров'я.

2. Елімінація рафінованих вуглеводів та трансжирів. В клімактерії кількість білої жирової тканини зміщується з периферії до абдомінальної зони. Як відомо, окрім показника ІМТ також важливим параметром кількості жиру є окружність талії. У жінок цей показник не має перевищувати 88 см. Булочки, тістечка, креми, торти, білий хліб, фастфуд, печиво, батончики, соки, промисловий майонез, їжа у фритюрі, сухі солодкі сніданки, їжа з великою кількістю КПП, снеки із сіллю, закуски, намазки на хліб, згущене молоко, сиропи – все це проваюють ріст запальних клітин та збільшення кількості ЛПНЩ.

3. Збільшення кількості ягід. Ягоди містять поліфеноли, антиоксиданти, володіють онкопротекторними та протизапальними властивостями, особливо корисні для жіночого здоров'я і шкіри. При виборі замісної гормональної терапії печінка жінки дуже страждає від засмічення фармакологічними речовинами та естрогенами, то її детоксикаційну функцію необхідну підсилювати природніми продуктами. Та фруктоза, що міститься у соках, випічці, продуктах із фруктозою замість білого цукру, значно погіршує нормальну роботу печінки і підвищує рівень цукру в крові. Саме тому краще віддавати перевагу цільним ягодам та фруктам в раціоні. До того ж, надмір фруктози перетворюється в жир, що відкладається в абдомінальній зоні та проваює утворення запальних цитокінів.

4. Контроль водно-електролітного балансу. За рахунок рясного нічного потовиділення та епізодів припливів жінка втрачає з потом дуже багато води та електролітів. Це відбивається на стані шкіри, волосся та загального самопочуття. Важливо випивати свою денну норму води за відчуттям спраги, особливо влітку, а також не нехтувати їжею, що багата на електроліти (зокрема, натрій) – сіль, мінеральна вода, оливки, томати, молочні продукти, бобові, горіхи, банани.

5. Споживати цільнорослинні продукти, що містять фітоестрогени. Це стосується тофу, бобів едамаме, льону, вівсянки, гороху, квасолі, полуниць, малини, яблук, гранату, журавлини, шпинату, моркви, цвітної капусти та броколі, фініків, чорносливу, червоного вина.

6. Не нехтувати якісними харчовими доповнювачами, що підтримують здоров'я та закривають дефіцити нутрієнтів. Науково доведено, що вживання саплементів позитивно впливає на рівень гормонів та покращує стан здоров'я.

7. Збалансована тарілка та чисте харчування. Чим менше пустих калорій та обробленої промислової їжі, тим краще. Балансування мікро/макронутрієнтів забезпечить організм енергією на весь день без бажання перекусити, а також дозволить усім клітинам, тканинам та органам працювати гармонійно.

8. Не пропускати сніданок. Сніданок запускає роботу травної системи, сприяє нормальному жовчовідтоку, впливає на когнітивні функції, протидіє масному обіду та перекусам, покращує метаболізм, а також ті, хто снідають, мають менше шансів погладшати. Сніданок має бути здебільшого білково-жировий, саме це сприяє відтоку жовчі та роботі печінки на цілий день.

9. Зменшити кількість кави до 1–2 чашок на день. Мова йде про звичайну каву без добавок (допустимий максимум кориця або молоко), інакше кава перетворюється на висококалорійний напій із надміром пустих калорій. Безперечно, кава чудовий напій, який має суттєві переваги до вживання, але надмір кави сприяє збільшенню епізодів розладів сну, підвищення рівня кортизолу, перезбудження нервової системи і погіршення роботи щитовидної залози.

10. Достатня кількість Омега-3 ПНЖК. Ці кислоти сприяють утворенню статевих гормонів, блискучій шкірі, здоровому волоссю, кращій роботі нервової системи, профілактика депресивних розладів.

11. Відмова від переробленої їжі. Краще надавати перевагу цільній домашній їжі, де ми точно знаємо, яку олію додали, яке м'ясо обрали та скільки солі поклали.

12. Переважання рослинних жирів над тваринними. Такі олії містять

більше корисних речовин та не мають насичених жирів. Крім того, багаті на вітаміни, мінерали і сприятливо впливають на гормональний фон. Оливкова, гарбузова, лляна, чорного кмину, авокадова тощо.

13. Зелень, горіхи, ягоди – триада міцного здоров'я.

14. Збільшення споживання хрестоцвітних. Наші чорноземи дарують нам справжній український суперфуд довгожителів – капусту. Капуста сприяє підсиленню детоксикаційної функції печінки та покращує перистальтику кишківника. Сульфорофан та індол-3-карбінол сприяють здоровому довголіттю, то ж усі представники хрестоцвітних (кале, броколі, брюссельська, біло- і червонокачанна, рукола, пекінська тощо) мають займати особливе місце в раціоні.

15. Ферментовані продукти. Містять про- і пребіотики, корисні для мікробіому кишківника та здоров'я шлунково-кишкового тракту. Квашена капуста, комбуча, йогурти, кімчі, місо тощо.

16. Чорний шоколад із вмістом какао 80%. Багатий на поліфеноли, мінерали, клітковину. Є здоровим смачним десертом.

17. Насіння. Додаткове джерело вітаміну Е, мінералів та клітковини.

18. Обмеження солі. Після 40 років збільшується ризик серцево-судинних хвороб, а також органу-мішені сечового міхура. Саме тому обмеження споживання солоних продуктів є доцільним.

19. Принцип 90/10. Ключем до здорових стосунків з їжею і профілактикою РХП є вміння дозволяти собі втамовувати гастрономічні бажання. Нехай 90% вашого харчування буде відведено на здорові та правильні страви і напої, а 10% складатимуть ті продукти, яких дуже хочеться з'їсти в особливі випадки та заходи. Заборонами та обмеженнями можна дійти лише до зривів та переїдань. Їжа – не ворог.

20. Принцип окінавських довгожителів «Хара-хачі-Бу». Він означає вставати з-за столу на 80% ситим і на 20% голодним, коли ми б з'їли щось ще, але свідомо відмовляємось від цього. Така практика дозволяє уникати зайвих калорій та важкості після їжі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Татарчук Т. Ф., Анікусько М. Ф., Булавенко О. В. та ін. МенOPAузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді: клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2022. 130 с. URL: [https://repo.dma.dp.ua/7804/1/2022\\_01\\_13\\_kn\\_menopauz\\_rozlady.pdf](https://repo.dma.dp.ua/7804/1/2022_01_13_kn_menopauz_rozlady.pdf)
2. Масіброда Н. Г. МенOPAуза: негормональна корекція порушень як персоналізований підхід до покращення якості життя жінки. Вісник Вінницького національного медичного університету, 2023. Том 27, №4. С. 678–683. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-26. URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/article/view/1214/1160>
3. Щербина І. М., Нагута Л. О. Покращання якості життя у жінок менOPAузального віку з урогенітальними розладами // Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні : Матеріали науково-практичної конференції (з нагоди 120-річчя від дня народження З.А. Гуревича, видатного соціал-гігієніста, завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ХМІ). Харків, 18 квітня 2019. С. 38–39. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/bde13cf2-919f-43d4-9c22-bd28dbda8bb6/content>
4. Єфіменко О. О. МенOPAуза. Проблема, що не втрачає актуальності: коментарій фахівця та оновлені дані «Національного консенсусу щодо ведення пацієнок у клімактерії». Репродуктивна ендокринологія. 2020. №1(51). С. 72–88. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/199381/199537>
5. Татарчук Т. Ф., Єфіменко О. А., Дубовка К. М. Проблема клімактерію у практиці сімейного лікаря. Репродуктивна ендокринологія. 2012. №4(6). С. 22–32. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/30103/26859>
6. Лахно І. В., Подбельцева Ю. В., Крекніна В. М. Жінки в менOPAузі і стратегія life extension. Медичні аспекти здоров'я жінки. Харків, 2021. №3(138). С. 1–4. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/381cd771-2d30-41ad-9bdd-cd9947d2a448/content>
7. Татарчук Т. Ф., Анікусько М. Ф., Булавенко О. В. та ін. Уніфікований

клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді». Здоров'я України. (Гінекологія: стандарти лікування). Київ, 2022. №5. С. 22–31. URL: <https://repo.dma.dp.ua/8564/1/%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%83%D0%B7%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96%20%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F.....pdf>

8. Мазур І. П. та ін. Менопауза як фактор стоматологічного здоров'я // Проблеми ендокринної патології. Київ, 2021. №4. С. 117–126. URL: <https://www.jppep.endocrinology.org.ua/index.php/1/article/view/978/746>

9. Стельмах О. Є. та ін. Вплив на перебіг клімактерію негормональних препаратів у жінок з фізіологічною менопаузою // Матеріали науково-практичної конференції. Тернопіль, 2–3 березня 2017. С. 51–53. URL: [https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/8499/%20%20%20%20%20%20%20%2002-03\\_03\\_2017.pdf?sequence=1](https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/8499/%20%20%20%20%20%20%20%2002-03_03_2017.pdf?sequence=1)

10. Зайченко Г. В., Карпенко Н. О., Равшанов Т. Б. Перспективи застосування новітнього рослинно-вітамінного комплексу для профілактики та лікування естрогензалежних розладів у гінекології. World Science. RS Global Sp. z O.O., Poland. №3(75). 2022. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/6446/1/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BF%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%20%D0%B7%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf>

11. Прокопчук Ю. І., Грузевич І. В. Особливості збалансованого харчування жінок другого зрілого віку : Збірник тез доповідей XV Міжнародної конференції молодих вчених «Молодь та олімпійський рух». Національний університет фізичного виховання і спорту України. Київ, 2022. С. 135–136. URL: [https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk\\_tez\\_molod\\_hv\\_zhovt-](https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_molod_hv_zhovt-)

[lyst\\_22\\_dopovn\\_140\\_stor.pdf#page=135](#)

12. Ляхно І. В. Можливості використання препаратів ксилітолу та l-аргініну у менеджменті менопаузи. Репродуктивне здоров'я жінки. Харків, 2021. №2(47). С. 64–68. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2021.232554>

13. Moradi L. et al. Comparison of metabolic risk factors, lipid indices, healthy eating index, and physical activity among premenopausal, menopausal, and postmenopausal women. *Romanian Journal of Internal Medicine*. 2024. №3(62). URL: <https://sciendo.com/article/10.2478/rjim-2024-0012>

14. Abdoli E. et al. A clinical trial of the effects of cocoa rich chocolate on depression and sleep quality in menopausal women. *Nature*. 2024. №14. 23971. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-74804-8> URL: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11471752/pdf/41598\\_2024\\_Article\\_74804.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11471752/pdf/41598_2024_Article_74804.pdf)

15. Palacios S., Mustata C., Rizo J. M., Regidor P. A. Improvement in menopausal symptoms with a nutritional product containing evening primrose oil, hop extract, saffron, tryptophan, vitamins b6, d3, k2, b12, and b9. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2023. №27. P. 8180–8189. URL: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/8180-8189.pdf>

16. Cabre H. E., Woolf E. K., Redman L. M. Precision nutrition for management of cardiovascular disease risk during menopause. *Lifestyle Genomics*. 2024. Vol. 17, № 1. P. 93–101. URL: <https://karger.com/lfg/article-pdf/17/1/93/4269852/000540337.pdf>

17. Yashvee Dunneram, Darren C. Greenwood and Janet E. Cade. Diet, menopause and the risk of ovarian, endometrial and breast cancer // *Proceedings of the Nutrition Society*. №78. 2019. С. 438–448. DOI: 10.1017/S0029665118002884 URL: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4AF83873A97A4EDC72D0E5E4DCAD4F7B/S0029665118002884a.pdf/diet-menopause-and-the-risk-of-ovarian-endometrial-and-breast-cancer.pdf>

18. Erdélyiet A. et al. The importance of nutrition in menopause and perimenopause—a review. *Nutrients*. 2024. №16(27). P. 1–21. DOI:

<https://doi.org/10.3390/nu16010027>

19. Chekima K. et al. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for people with overweight or obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023. Issue 6. Art. No.: CD005105. URL:

[https://www.cochrane.org/CD005105/ENDOC\\_do-low-glycaemic-index-or-low-glycaemic-load-diets-help-people-overweight-or-obesity-lose-weight](https://www.cochrane.org/CD005105/ENDOC_do-low-glycaemic-index-or-low-glycaemic-load-diets-help-people-overweight-or-obesity-lose-weight)

20. Silva T. R., Oppermann K., Reis F. M., Spritzer P. M. Nutrition in menopausal women: a narrative review. Nutrients. 2021. №13. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8308420/pdf/nutrients-13-02149.pdf>

21. Judith W.-R. Menopause, micronutrients, and hormone therapy // The American Journal of Medicine. 2023. Vol. 136, № 12. P. 1234–1240. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523282131>

22. Sharma M., Kalra S. Vitamin D and menopause. Journal of the Pakistan Medical Association. 2024. Vol. 74, № 4. P. 815–817. URL: [https://www.jpma.org.pk/index.php/public\\_html/article/view/20586](https://www.jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/20586)

23. Татарчук Т. Ф., Єфіменко О. О., Мироненко О. С., Мневець Р. О. Наслідки впливу воєнного стресу на репродуктивне здоров'я жінки. Репродуктивне здоров'я. 2024. №2(72). С. 28–34. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2024.72.28-34>

24. Ki-Jin Ryu et al. Age at menopause and suicidal ideation in menopausal women: a study of korea national health and nutrition examination survey data. Journal of Korean Medical Science. 2022. №37(45). P. 1–9. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9678656/pdf/jkms-37-e330.pdf>

25. Megan Herson, Jayashri Kulkarni. Hormonal agents for the treatment of depression associated with the menopause. Drugs & Aging. 2022. №39. P. 607–618. URL:

[https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9355926/pdf/40266\\_2022\\_Article\\_962.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9355926/pdf/40266_2022_Article_962.pdf)

26. Kimberley T., Chervenak J., Neal-Perry G. Menopause and sexuality. Endocrinol Metab Clin North Am. Author manuscript. 2018. № 44(3). P. 649–661. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5994393/pdf/nihms689111.pdf>

27. Stojanovska L., Apostolopoulou V., Polman R., Borkoles E. To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. Victoria University Eprints Repository. 2022. P. 3-22. URL:

[https://core.ac.uk/reader/20320648?utm\\_source=linkout](https://core.ac.uk/reader/20320648?utm_source=linkout)

28. Колесник А.О. Фізична терапія жінок з менопаузальним метаболічним синдромом : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю 227 – Фізична терапія, ерготерапія. Київ : НУФВСУ, 2023. 99 с. URL:

<https://reposit.uni-sport.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/787878787/4661/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%90%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%81%D1%96%D1%8F43%D0%A4%D0%A22%D0%BA%D0%B2%D0%B0%D0%BB%20%D1%80%D0%BE%D0%B1-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Johnson A., Roberts L., Elkins G. Complementary and alternative medicine for menopause. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine. 2019. № 24. P. 1–14. URL:

[https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6419242/pdf/10.1177\\_2515690X19829380.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6419242/pdf/10.1177_2515690X19829380.pdf)

30. Індекс маси тіла, онлайн-калькулятор. URL:  
<https://harchi.info/health/calculators/indeks-masy-tila>

31. Маркова Д. В. Анкета-опитувальник для жінок в менопаузі. 2025. URL:  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd2Iw8gbL7C2cMQu0bD1R0GZPOlgqh6IndHr\\_-aSBizALvPtQ/viewform?usp=header](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd2Iw8gbL7C2cMQu0bD1R0GZPOlgqh6IndHr_-aSBizALvPtQ/viewform?usp=header)

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

Таблиця 1. Критерії STRAW +10: етапи старіння репродуктивної системи жінки [82]

		Менархе				Остання менструація (стадія 0)					
Стадія		-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Термінологія		Репродуктивний період				Перехід в менопаузу		Постменопауза			
		Ранній	Розквіт	Пізній		Ранній	Пізній	Ранній			Пізній
							Перименопауза				
Тривалість		Різна				Різна	1–3 роки	2 роки (1+1)	3–6 років	Решта життя	
Основні критерії											
Менструальний цикл	Різний або регулярний характер	Регулярний	Регулярний	Незначні зміни стабільності / тривалості		Різна тривалість, стабільні (від 7 днів і більше) коливання тривалості послідовних циклів		Тривалість аменореї від 60 днів і більше			
Підтверджуючі критерії											
Ендокринні: ФГС АМГ Інгібін В			Низький Низький	Різний* Низький Низький	↑Різний* Низький Низький	↑ > 25 МЕ/л** Низький Низький	Різний* Низький Низький	Стабільний* Дуже низький			
Кількість астральних фолікулів			Низька	Низька	Низька	Низька	Дуже низька	Дуже низька			
Описові характеристики											
Симптоми							Вазомоторні симптоми (вірогідні)	Вазомоторні симптоми (дуже вірогідні)	Поглиблення симптомів атрофії сечостатевої системи		

\* Кров досліджують на 2–5-й день менструального циклу

\*\* Приблизний очікуваний рівень ґрунтується на існуючому сьогодні міжнародному стандарті оцінки гормонів гіпофіза

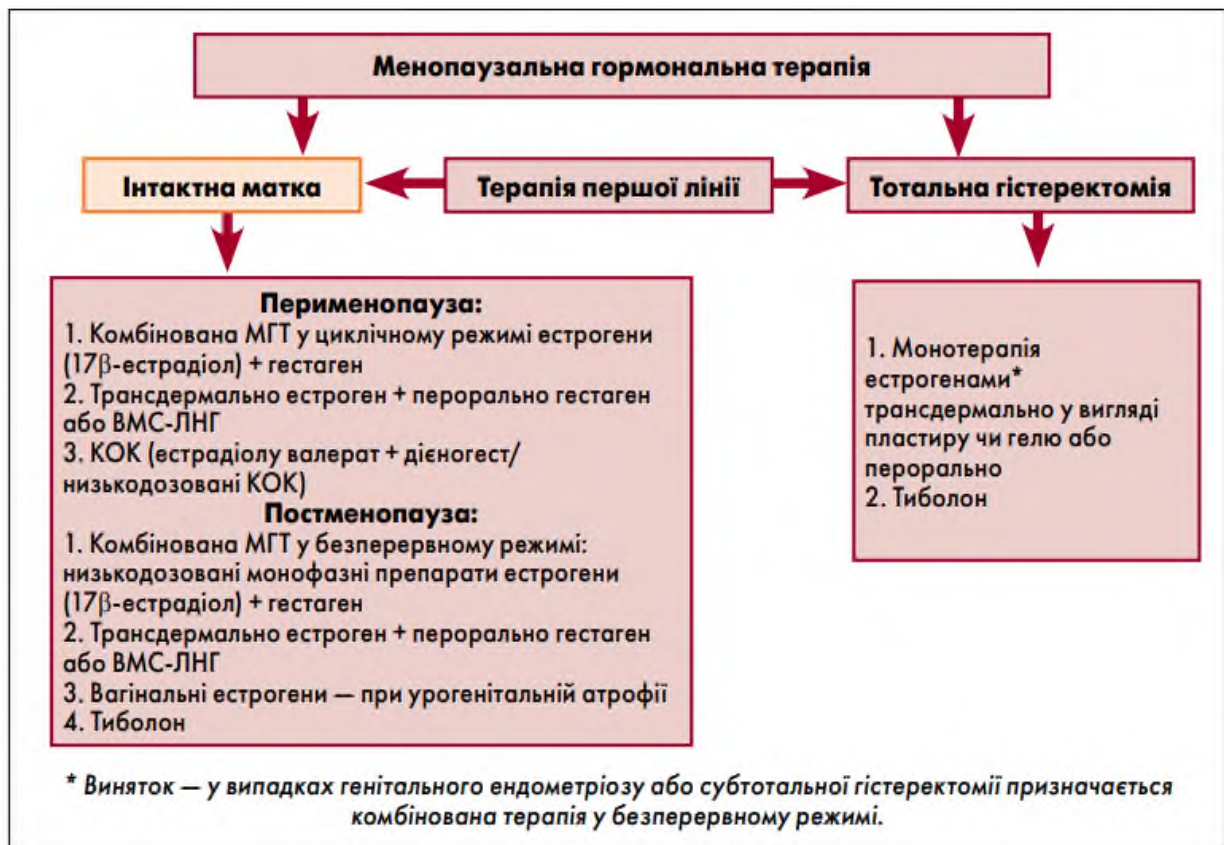


## ДОДАТОК В

Які з перелічених нижче симптомів зараз вас турбують?  
 Будь ласка, зазначте квадрат, що найбільше відповідає прояву кожного симптому.  
 Якщо якийсь симптом у вас відсутній, то зазначте квадрат із позначкою «немає симптому».

Симптоми:	Немає симптому	Виражений незначно	Виражений помірно	Значно виражений	Надзвичайно виражений
<b>Бали</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Напади відчуття жару, пітливості (епізоди пітливості)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Неприємні відчуття у ділянці серця (незвичне відчуття серцебиття, порушення серцевого ритму, прискорення серцебиття, відчуття стиснення у грудній клітці)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Проблеми зі сном (важкість засинання, прокидання вночі, завчасне прокидання)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Депресивний настрій (відчуття пригнічення, суму, плаксивість, відсутність мотивації, зміни настрою)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Дратівливість (знервованість, внутрішня напруга, агресивність)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Відчуття стурбованості (внутрішній неспокій, панічний настрій)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Відчуття фізичного та психічного виснаження (зниження загальної працездатності, погіршення пам'яті, послаблення концентрації уваги, забудькуватість)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Проблеми зі статевим життям (зміна сексуального бажання, сексуальної активності та задоволення від сексу)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Проблеми із сечовиділенням (важкість сечовиділення, збільшена необхідність сечовиділення, нетримання сечі)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Сухість слизової оболонки піхви (відчуття сухості та печіння у піхві, важкість проведення статевого акту)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Неприємні відчуття у суглобах та м'язах (біль у суглобах, скарги, подібні до ревматизму)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

хема. Застосування шкали MRS з оцінки симптомів менопаузи



**Схема. Алгоритм призначення менопаузальної гормональної терапії**

## Лікування побічних ефектів МГТ

Побічні ефекти МГТ можна розділити на естрогенні та прогестагенові.

Побічні ефекти при застосуванні естрогенів	Рекомендації	
З боку молочних залоз: нагрубання та збільшення молочних залоз	Знизити дозу естрогенів або змінити спосіб застосування. Додаткове використання симптоматичних безрецептурних лікарських засобів: препарати з прутняком та ін.	
З боку шлунково-кишкового тракту: метеоризм, нудота	Спробувати приймати лікарський засіб разом із їжею або перейти на інший спосіб застосування	
Інші побічні ефекти: судоми ніг, головний біль	Перейти на інший тип або спосіб застосування	
Побічні ефекти при застосуванні прогестагенів	Рекомендації	
Симптоми, схожі на прояви передменструального синдрому: нагрубання молочних залоз; біль внизу живота; біль у спині; пригнічений настрій; акне/ жирна шкіра; головний біль	Перейти на лікарський засіб, що містить інший гестаген. Наприклад, при виникненні побічних ефектів від застосування прогестагену тестостеронового походження перейти на застосування прогестагену прогестеронового походження (дидрогестерон) або похідного спіронолактону (дроспіренон)	
	Перейти на інший спосіб застосування прогестагену	Для уникнення побічних ефектів використовувати прогестаген у вигляді ВМС-ЛНГ
	У період постменопаузи слід перейти на безперервну комбіновану МГТ або тиболон	Уникати коливання рівня прогестагену у крові

Перехід від одного способу застосування до іншого в багатьох випадках може зменшити побічні ефекти.

**Визначення факторів ризику розвитку раку молочної залози**

Визначаються незалежно від того, чи планується призначення МГТ.

- **Фактори ризику виникнення раку молочної залози:**
  - сімейний анамнез (спадковий анамнез раку молочних залоз по жіночій лінії);
  - вік (>40 років);
  - європеоїдна раса
- **Фактори способу життя:**
  - збільшений ІМТ (>25 кг/м<sup>2</sup>);
  - вживання алкоголю;
  - поточна або попередня терапія естрогенами та прогестагенами;
  - репродуктивний анамнез: раннє менархе, відсутність пологів/мало пологів,
  - пізній репродуктивний вік при перших пологах;
  - пізня менопауза
- **Інші:**
  - долькова карцинома молочної залози *in situ* в анамнезі;
  - атипична гіперплазія (протокова або долькова);
  - плоскоклітинна атипія;
  - велика кількість біопсій молочних залоз;
  - висока мамографічна щільність молочних залоз (гетерогенна та/або дуже щільна молочна залоза);
  - променева терапія органів грудної клітки в анамнезі у віці до 30 років.

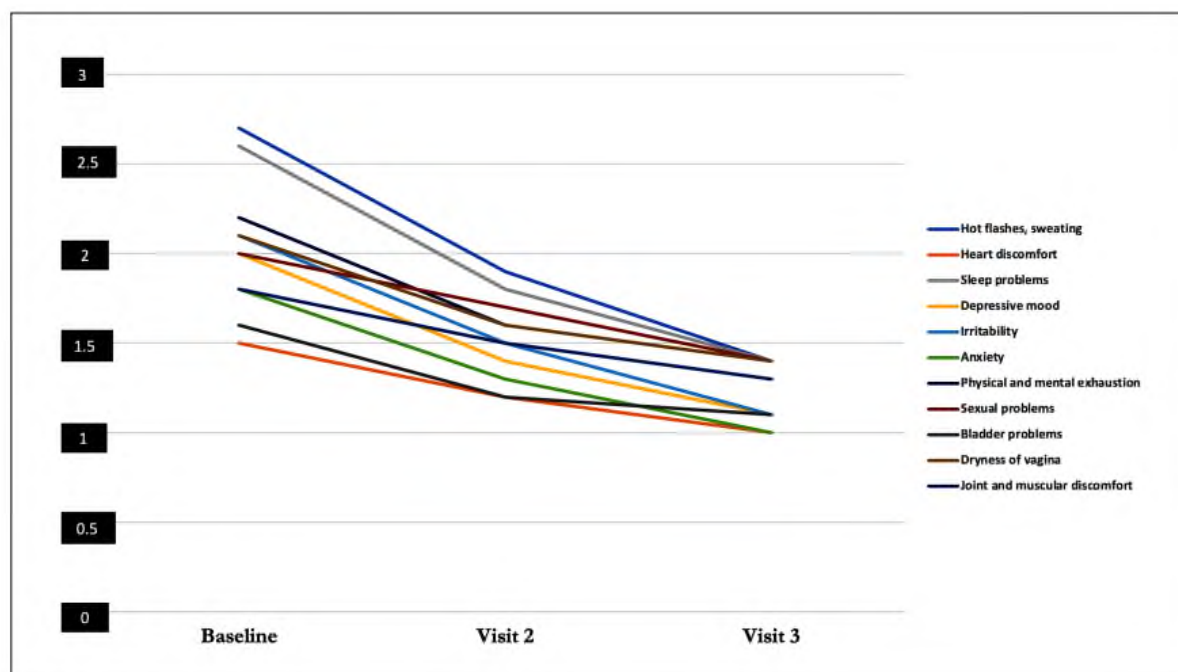
## ДОДАТОК Е

Стан	Прояви	Фітоекстракти або олії	Мінерали	Вітаміни
Передчасна гіпоестрогенія Періменопауза Менопауза,	Вазомоторні симптоми (задуха, припливи жару, пітливість, коливання артеріального тиску)	Вітанія Вітекс Енотера Фенхель Циміцифуга		Віт. Е
	Зміни стану шкіри та волосся	Імбир Циміцифуга	Fe	Віт. D Віт. Е Віт. В2 Віт. В6
	Урогенітальні симптоми (сухість та атрофія піхви, свербіж, печіння, цисталгія, нетримання сечі, диспареунія)	Вітанія Енотера Фенхель Циміцифуга	Fe	Віт. D
	Зменшення тонуусу матки та піхви, атрофія піхви	Вітанія Циміцифуга	Mg	Віт. Е Віт. D
	Втормованість та зменшення м'язової сили	Вітанія Циміцифуга	Fe	
	Швидкі та часті зміни настрою, занепокоєність, дратівливість, депресія	Вітекс Фенхель Циміцифуга		Віт. D
	Зменшення сексуальності, лібідо	Вітанія Енотера Циміцифуга		
	Когнітивні симптоми проблеми з пам'яттю, увагою, концентрацією	Вітанія Імбир	Fe	Віт. В2 Віт. В6
	Порушення сну	Вітанія Вітекс Циміцифуга		
	Остеопоротичні зміни кісткової тканини	Імбир Циміцифуга		Віт. D Віт. Е Віт. В2 Віт. В6
	Залізодефіцитна анемія		Fe	
Зменшення фертильності Перед-менструальний синдром	Покращення функціонування яєчників	Вітекс Енотера Циміцифуга	Fe	Віт. Е
	Деактивація мітогенних метаболітів естрогенів		Mg,	Віт. Е Віт. В6
	Попередження розвитку або послаблення ПМС	Вітекс	Mg	Віт. В1 Віт. В2
	Покращення стану ендометрію матки	Вітекс Енотера Циміцифуга,	Mg	Віт. Е
	Масталгія, відчуття «набухання» грудей, набряки, головний біль	Вітекс Енотера Фенхель,		Віт. Е Віт. В6 Віт. D
	Блювота, діарея, головний біль, стомованість та сонливість. Біль у животі, занепокоєність, дратівливість, депресія	Вітекс Фенхель Циміцифуга		Віт. В6 Віт. D Віт. РР

## ДОДАТОК Є

Variables	Total (N=7464)	Pre-menopause (N=736)	Menopause (N=396)	Post-menopause (N=917)	P-Value <sup>a</sup>
<b>Adequacy components</b>					
Total fruits (5)	4.43 ± 1.05	4.52 ± 0.96 <sup>a,b</sup>	4.33 ± 1.14	4.40 ± 1.08	0.007
Whole fruits (5)	4.86 ± 1.60	4.89 ± 1.50	4.83 ± 1.66	4.84 ± 1.64	0.161
Total vegetables (5)	4.82 ± 1.51	4.85 ± 1.44 <sup>b</sup>	4.86 ± 1.44 <sup>c</sup>	4.79 ± 1.58	0.036
Greens and beans (5)	4.75 ± 0.74	4.77 ± 0.67	4.76 ± 0.75	4.73 ± 0.79	0.453
Whole grains (10)	0.55 ± 1.68	0.54 ± 1.60	0.62 ± 1.84	0.53 ± 1.67	0.671
Dairy (10)	3.87 ± 2.42	3.74 ± 2.36	3.87 ± 2.41	3.98 ± 2.46	0.126
Total protein foods (5)	2.97 ± 1.13	2.97 ± 1.09	3.00 ± 1.13	2.95 ± 1.16	0.785
Seafood and plant proteins (5)	3.08 ± 1.38	3.20 ± 1.32 <sup>b</sup>	3.17 ± 1.37 <sup>c</sup>	2.94 ± 1.42	<0.001
Fatty acids (10)	3.55 ± 3.51	3.72 ± 3.53	3.43 ± 3.34	3.47 ± 3.55	0.244
<b>Moderation components</b>					
Refined grains (10)	0.37 ± 1.73	0.37 ± 1.73	0.44 ± 1.89	0.34 ± 1.66	0.641
Sodium (10)	1.44 ± 2.18	1.56 ± 2.34	1.23 ± 1.98	1.43 ± 2.12	0.052
Added sugars (10)	3.74 ± 2.64	3.47 ± 2.50 <sup>a,b</sup>	3.99 ± 2.67	3.85 ± 2.72	0.002
Saturated fats (10)	9.23 ± 1.81	9.18 ± 1.87	9.35 ± 1.65	9.21 ± 1.82	0.322
Total score <sup>3</sup>	47.66 ± 6.37	47.79 ± 6.27	47.85 ± 6.18	47.47 ± 6.53	0.464

## ДОДАТОК Ж



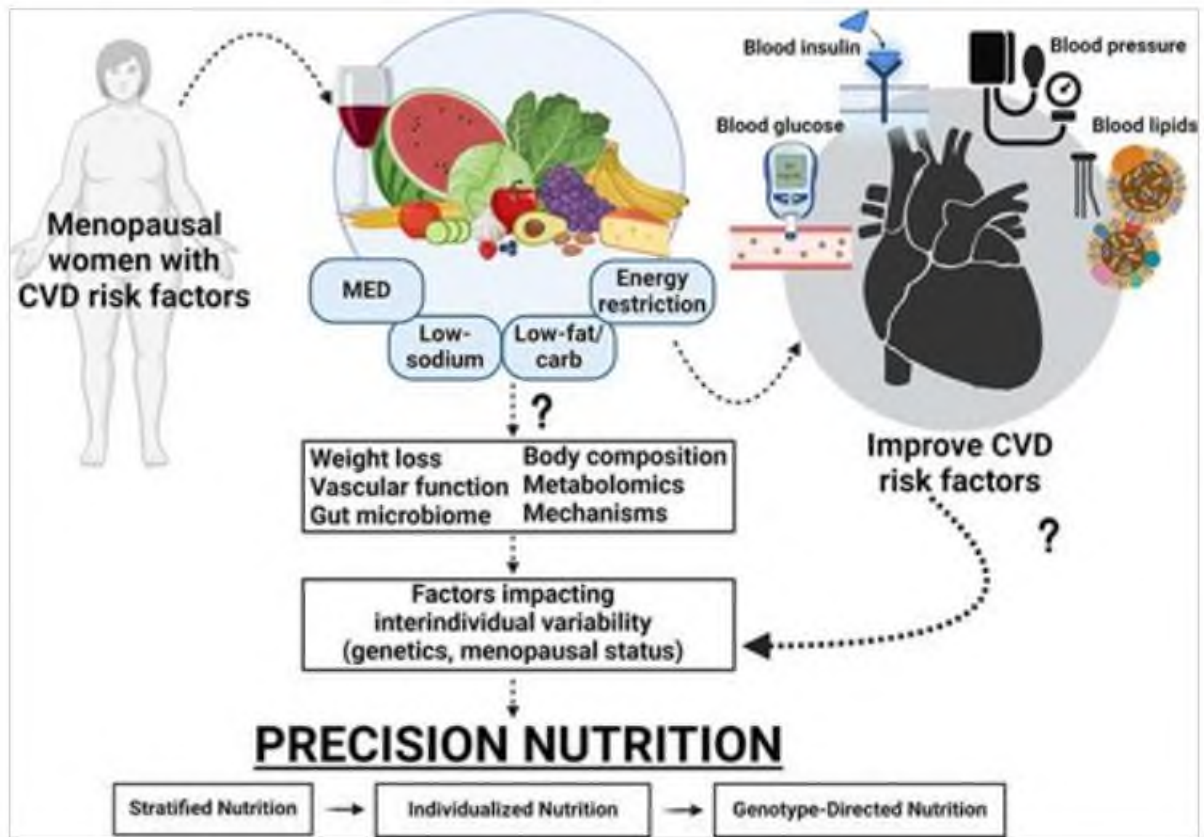


Table 2. Healthy diet recommendations.

Guideline	Proteins		Fats		Carbohydrates	
	Yes	No or Moderate	Yes	No	Yes	No
EAT Lancet Commission [77]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protein from plants</li> <li>• Legumes Nuts</li> <li>• Fish</li> <li>• Fruits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red meat</li> <li>• Processed meat</li> <li>• Poultry and eggs</li> <li>• Dairy products</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fat mostly from unsaturated plant sources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturated fats</li> <li>• Partly hydrogenated oils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbohydrates primarily from whole grains</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refined grains</li> <li>• Sugar</li> </ul>
American Heart Association [78]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fish <math>\geq 200</math> g/week</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processed meats <math>\leq 100</math> g/week</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuts, seeds, and legumes <math>\geq 4</math> servings/week</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturated fat <math>\leq 7\%</math> energy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Whole grains <math>\geq 3</math> servings/day</li> <li>• Fruits <math>\geq 4.5</math> cups/day</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sodium <math>\leq 1500</math> mg/d</li> <li>• Sugar-sweetened beverages <math>\leq 36</math> fl oz/week</li> </ul>