

С.А. Дьяконов, М.А. Мартынова

Тренд на безопасность и натуральность

Выбор контрацептивного препарата

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens
— profmedia —

2026

Авторы:

Сергей Александрович Дьяконов, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва),

Мила Алексеевна Мартынова, StatusPraesens (Москва).

Тренд на безопасность и натуральность. Выбор контрацептивного препарата : Информационный бюллетень / С.А. Дьяконов, М.А. Мартынова ; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2026.

Одной из важных причин отказа женщин от использования гормональной контрацепции по-прежнему остаётся гормонофобия, зачастую вызванная нехваткой достоверной информации о свойствах и преимуществах этой группы препаратов. Если пациентка нуждается в надёжной защите от незапланированной беременности, практикующие акушеры-гинекологи должны проводить грамотное и понятное контрацептивное консультирование, подчёркивая благоприятный профиль безопасности современных комбинированных оральных контрацептивов и возможность подбора альтернативной замены при необходимости.

Современные средства для регулирования фертильности отвечают самым строгим запросам потребительниц. В частности, благодаря содержанию гормонов, биоидентичных натуральным, они безопасны при длительном применении и редко вызывают серьёзные побочные эффекты, а также эффективно предотвращают зачатие при малых дозах действующих компонентов и обладают дополнительными непротивопоказательными свойствами, что можно использовать с терапевтическими целями. Всё это позволяет подобрать наиболее оптимальный препарат для пациенток с любым соматическим статусом, анамнезом и другими особенностями.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов женских консультаций, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

Повсеместно сохраняющаяся гормонофобия по-прежнему остаётся одной из главных причин отказа женщин от использования гормональных препаратов, будь то контрацепция или терапия в период постменопаузы. Истоки подобных страхов лежат в начале истории создания первых таких средств, действительно обладавших многими и значительно выраженными нежелательными явлениями. В 70-е годы XX века негативное отношение к гормонам было детерминировано неверными представлениями о самой контрацепции, якобы снижающей рождаемость, канцерофобией в менопаузальном возрасте, а также их дороговизной (закупка импортных лекарств осуществлялась только государством). С тех пор наука, медицина и фармакология шагнули далеко вперёд, однако необоснованные переживания пациенток (и опасения многих не очень грамотных врачей!) о безопасности подобных медикаментов нигде не делись.

Например, побочные эффекты этинилэстрадиола (ЭЭ) нередко становятся причиной отказа от комбинированных оральных контрацептивов (КОК) женщинами, которые в них реально нуждаются. Перечисленные в списке противопоказаний неблагоприятные воздействия на систему гемостаза, функции печени, ренин-ангиотензин-альдостероновую и сердечно-сосудистую системы значительно влияют на комплаентность и отпугивают пользовательниц и врачей, не имеющих достаточных познаний в области эндокринной гинекологии. Во многом эти «фобии» обусловлены специальностью «гинеколог-эндокринолог», существовавшей в стране до 2015 года и символизирующей, что не все акушеры-гинекологи должны владеть методами гормонального воздействия на организм женщины. Абсурдность этой идеологии опровергнута цифрами: 8% гинекологических нарушений и заболеваний обусловлены дисгормональными факторами. Отмена более 10 лет назад этой не существующей в мире специальности подвигла наших коллег к изучению основ эндокринной гинекологии, что видно по растущим контингентам различных форм последипломного образования акушеров-гинекологов. Перспективы улучшения ситуации есть, но сегодня ещё нельзя назвать точных сроков тотального знания этого раздела всеми специалистами.

Ещё одна сложность — самовольный отказ пациенток от приёма КОК, что тоже можно отнести к недоработкам клиницистов. Если женщина перестала принимать гормональный препарат и не поставила об этом в известность доктора, это говорит о её недоверии врачу. По некоторым данным, около половины пользова-

[Задача врача — грамотно и понятно донести до пациенток информацию о преимуществах и безопасности современных комбинированных оральных контрацептивов, а также о возможности выбора альтернативы, если препарат по каким-то параметрам не подошёл.]

тельниц отказываются от этого метода уже через 1 год применения¹. В числе побочных явлений, обусловленных этинильным радикалом в формуле эстрогенного компонента, — вздутие живота, нагрубание молочных желёз, тошнота, раздражительность и другие дискомфортные состояния. Задача врача — **грамотно и понятно** донести до пациенток информацию о преимуществах и безопасности современных КОК, а также о возможности выбора альтернативы, если определённый препарат по каким-то параметрам не подошёл.

Долгое время казалось, что в составе обсуждаемых средств совершенствованию поддаётся только гестагенная часть. Однако прогресс в фармацевтической области позволил создать для клинической практики доступные комбинированные препараты, эстрогенный компонент которых представлен молекулами, идентичными **натуральному эстрадиолу**.

Новая эпоха для человечества, ознаменовавшаяся появлением гормональной контрацепции, продолжается уже седьмое десятилетие. За этот продолжительный период комбинированные средства регуляции фертильности стабильно эволюционировали по двум направлениям — снижению **дозы ЭЭ** и увеличению **селективности прогестина**. Второе десятилетие XXI века дало старт новой эре в комбинированной гормональной контрацепции — впервые в истории бессменный ЭЭ уступил место **альтернативным эстрогеновым компонентам**. Они аналогичны или близки по структуре к эндогенным эстрогенам, но стабильны и высокоэффективны в малых дозах при пероральном приёме, а также лишены большинства побочных эффектов, от которых предыдущим поколениям гормональных контрацептивов избавиться не удавалось.

Этинилэстрадиол: замена или альтернатива?

С самого начала история существования гормональной противозачаточной идеологии была сопряжена с поиском новых формул «идеальных» синтетических компонентов, которые обладали бы **максимальной контрацептивной эффективностью** при **минимальном наборе побочных влияний**. Более того, в последние несколько десятилетий к этим двум требованиям добавилось ещё и **решение лечебных задач**.

Так, для уменьшения выраженности негативного влияния высоких доз ЭЭ исследователи смогли постепенно **сократить его дозу** со 150 до 15 мкг в сутки². Дальнейшее снижение уровня вещества (15 мкг/сут и ниже) было ассоциировано с большей вероятностью (в 2,59 раза) появления мажущих кровянистых выделений или «прорывного» кровотечения у пациенток. Таким образом, в составе комбинированных эстроген-гестагенных препаратов эмпирически был «нащупан» предел понижения концентрации ЭЭ, при котором сохранялся контроль менструального цикла (МЦ) — именно эстрогенный компонент ответственен за **интенсивность пролиферации эндометрия**.

Второй путь совершенствования эстрогенного компонента выглядел простым — **найти альтернативу ЭЭ**. Однако это оказалось нелегко. Этинильный радикал результативно замедляет метаболизм ЭЭ, и это обеспечивает **необходимую длительность действия**. Натуральные эстрогены оказались не столь метаболически устойчивыми, и их эффект был гораздо более кратковременным, поэтому замены ЭЭ не было. Именно с ним, вернее, с **его этинильным радикалом** связан ряд неже-

лательных влияний. В частности, было доказано его отрицательное воздействие на липидный профиль: в крови может возрастать содержание триглицеридов, увеличиваться прокоагуляционная активность. Этот же радикал ответственен за желудочно-кишечные (тошноту, вздутие живота) и психоэмоциональные (раздражительность, резкие перепады настроения, бессонницу и т.п.) побочные эффекты³.

Из списка вероятных кандидатов на замену ЭЭ наиболее перспективным казался **17β-эстрадиол**. Однако сначала попытки его использования были безуспешными: из-за худшей биодоступности при приёме *per os* адекватно управлять МЦ не удавалось⁴. В качестве первого натурального эстрогена применили **эстрадиола валерат** в сочетании с сильным прогестагеном при четырёхфазном динамическом режиме дозирования*. Эта схема представляет собой снижение уровня эстрогена и повышение — прогестагена на протяжении 26 дней применения активных таблеток.

- 1–2-й дни — 3 мг эстрадиола валерата.
- 3–7-й дни — 2 мг эстрадиола валерата и 2 мг диеногеста.
- 8–24-й дни — 2 мг эстрадиола валерата и 3 мг диеногеста.
- 25–26-й дни — 1 мг эстрадиола валерата.
- 27–28-й дни — таблетки-пустышки.

Раннее преобладание эстрогена с постепенным снижением его дозы обеспечивает начальную пролиферацию эндометрия и повышение чувствительности к воздействию прогестагена начиная с середины МЦ. Растущая доза прогестина до 3 мг создаёт преобладание гестагенного влияния во второй половине МЦ, обеспечивая стабильность стромы эндометрия, особенно к концу приёма.

Однако и по 17β-эстрадиолу работу не остановили, и следующим шагом в эволюции натуральных эстрогенов стала **разработка монофазной схемы** его применения в составе комбинированного гормонального препарата с режимом «24+4», когда недостаточное управление МЦ смог компенсировать гестагенный компонент — номегэстрола ацетат. Это позволило успешно включить собственно 17β-эстрадиол в состав комбинированного контрацептивного средства.

[Сегодня можно констатировать значительный успех в совершенствовании гормональных контрацептивов — идея о преимуществах природных, натуральных решений воплотилась в средства, содержащие эстрогены, максимально близкие по строению к природным.]

Самый последний из введённых в клиническую практику препаратов — **эстрол**, первоначально нативный эстроген, синтезируемый в организме беременных. Его одобрили в 2021 году в составе КОК с дроспиреноном (ДРСП) Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and drug administration, FDA) и Европейское агентство по лекарственным средствам (European medicines agency, EMA)⁵.

Таким образом, сегодня можно констатировать значительный успех в совершенствовании гормональных контрацептивов — очевидная идея о преимуществах и оптимальности природных, натуральных решений воплотилась в средства, содержащие эстрогены, **максимально близкие по строению к природному**. В настоящее

Репродуктивные регулировщики

Проблема регуляции фертильности в наши дни принимает глобальный характер. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), **шесть из десяти** незапланированных беременностей и **три из десяти** всех беременностей заканчиваются абортom. Ежегодно в мире выполняют около 73 млн искусственных прерываний, а 45% из них — **небезопасны** и могут нанести непоправимый вред женскому здоровью⁶. Таким образом, аборт остаётся одним из популярных методов регулирования рождаемости, что на нынешнем этапе развития медицины совершенно недопустимо.

Для сохранения репродуктивного здоровья женщины и профилактики и лечения многих гинекологических заболеваний следует выбирать другой, **более эффективный и безопасный путь** — контрацепцию. Именно КОК считают одними из самых распространённых способов предупреждения незапланированной беременности и абортов в мире. Однако, несмотря на полувековую историю совершенствования метода и высокую информированность о нём, используют их не так часто, как этого следовало бы ожидать. Например, знают о возможностях КОК около 87% россиянок, однако применяют их — всего около 30%⁷.

Разработкой первого контрацептивного препарата в 1961 году («Энovid», содержащий 5 мг норэтинодрела + 75 мкг местранола) занимался небольшой коллектив исследователей: два убеждённых борца за права женщин Маргарет Сангер (Margaret Sanger) и Кэтрин Маккормик (Kathryn McCormick), биолог Грегори Пинкус (Gregory Pincus) и гинеколог Джон Рок (John Rock). В дальнейшем обсуждаемую группу средств, **как никакую другую**, интенсивно и непрерывно совершенствовали, что требовало неусыпного внимания к новым разработкам. Довольно быстро и последовательно вывели ряд закономерностей.

- Для надёжной контрацепции нет необходимости использовать высокие дозы стероидных компонентов.
- Метаболические и другие негативные влияния на функциональное состояние различных органов и систем женского организма последовательно уменьшаются при снижении дозы действующих веществ, при введении новых гестагенных составляющих, при комбинации различных эстроген-прогестинных схем применения и путей введения².

Наиболее современный и перспективный подход к разработке новых гормональных контрацептивов — применение эстрогенов и прогестагенов, представляющих собой компоненты, идентичные эндогенным гормонам.

[Ныне существующие аналоги эндогенного эстрогена практически не влияют на гемостаз, функции печени, ренин-ангиотензин-альдостероновую и сердечно-сосудистую системы. Нет сдвигов липидного и углеводного обмена, характерных для метаболизма этинилэстрадиола.]

время на территории Российской Федерации доступны препараты, содержащие компоненты, аналогичные натуральному эстрогену. Например, эстрадиол вальерат биологически идентичен эндогенному эстрадиолу и метаболически ведёт себя подобно гормону, вырабатываемому яичниками^{8–11}. При этом соединение имеет исключительно «вегетарианское» происхождение: его получают из растительного ситостерола, а не синтезируют методами геной инженерии.

Ныне существующие аналоги эндогенного эстрогена практически не влияют на гемостаз, функции печени, ренин-ангиотензин-альдостероновую и сердечно-сосудистую системы^{3,4}. После приёма внутрь эти соединения быстро связываются с альбумином, в результате их свободная (активная) фракция в плазме крови незначительна. Не наблюдают также сдвигов липидного и углеводного обмена, характерных для метаболизма ЭЭ¹².

Важно, что 17β-эстрадиол обладает **собственным** дополнительным контрацептивным эффектом, поскольку напрямую (по механизму обратной связи) снижает выработку фолликулостимулирующего гормона и тем самым угнетает фолликулогенез¹³.

Прогестины: от вариантов к эталону

Прогестагены — обширный класс молекул, способных взаимодействовать *in vivo* с рецепторами к прогестерону. Прогестагенный компонент в КОК ответственен за **подавление овуляции**. Кроме того, большинство соединений также способствуют сгущению цервикальной слизи, что дополнительно снижает вероятность проникновения сперматозоидов к яйцеклетке.

Все прогестагены можно разделить на **три основных класса**: производные тестостерона, прогестерона и спиронолактона¹⁴. В зависимости от «вещества-предшественника» конкретный гестаген оказывает **особое избирательное влияние** на организм (рис. 1).

Прогестагены могут взаимодействовать не только с прогестероновыми, но и с **другими типами стероидных рецепторов**, что в зависимости от вида гестагена обуславливает или нежелательные эффекты (отёки, увеличение массы тела, появление акне), или различные ценные терапевтические свойства (например, антиандрогенные)^{14,15}.

Одна из наиболее **клинически востребованных** особенностей гестагенов — **селективность воздействия** на определённую группу рецепторов, выраженная у разных молекул неодинаково. Многообразие, разнонаправленность и нюансы действия прогестиновых компонентов позволяют подбирать наиболее оптимальный гестаген для конкретной клинической ситуации с учётом соматического статуса пациентки.

Производные тестостерона

Особенность наиболее распространённого класса прогестагенов — аффинитет к рецепторам андрогенов, в связи с чем использование этих препаратов может сопровождаться как соответствующими побочными эффектами (акне, гирсутизмом)

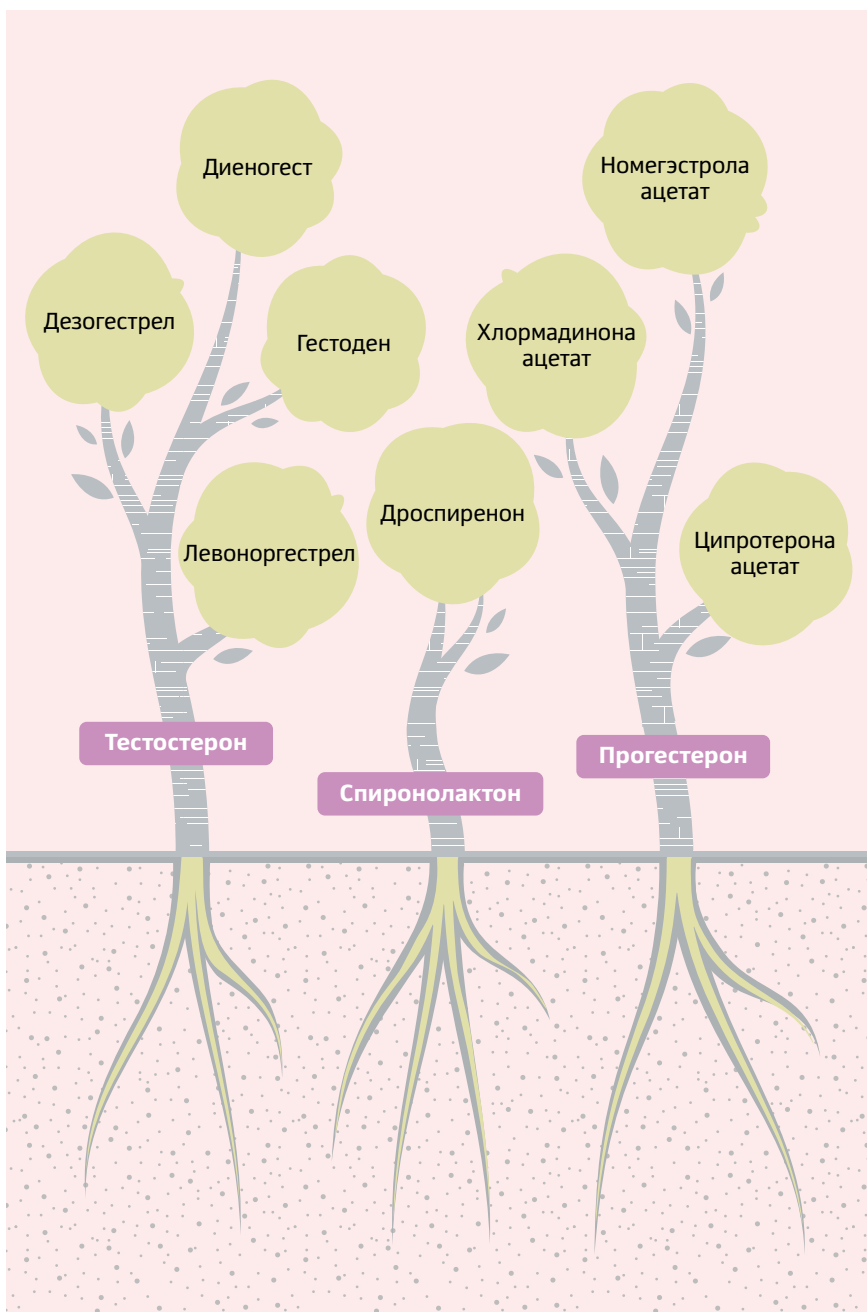


Рис. 1. «Дерево» прогестагенов.

и неблагоприятными метаболическими изменениями (снижением концентрации липопротеинов высокой плотности в сыворотке крови), так и антиандрогенными влияниями (гестаген связывается с андрогенным рецептором и блокирует его). Скрупулёзный отбор высокоэффективных молекул с минимальным андрогенным и даже антиандрогенным потенциалом даёт возможность применять контрацептивы для решения терапевтических задач.

В России в состав комбинированных эстроген-гестагенных препаратов чаще всего входят следующие вещества.

- **Левоноргестрел.** Наиболее распространённое гестаген-производное тестостерона. Он располагает слабым остаточным андрогенным потенциалом, который клинически обычно не проявляется. Особого профиля селективности, как и лечебного воздействия, у него также нет. Именно поэтому контрацептивы с включением левоноргестрела можно условно обозначить как препараты с «минимальным пакетом услуг базовой комплектации». Однако в составе КОК он будет не только подавлять овуляцию, но и снижать вероятность доброкачественной дисплазии молочных желёз, эктопической беременности, ретенционных кист яичников, анемии и воспалительных заболеваний органов малого таза^{14–18}.
- **Гестоген.** Гипотетический риск минимальной остаточной андрогенной активности молекулы этого вещества нивелируется его слабым антиминералокортикоидным влиянием, эстрогензависимым повышением концентрации глобулина, связывающего половые стероиды (а это снижает свободную фракцию андрогенов в крови), и подавлением синтеза андрогенов в яичниках, зависящего от действия лютеинизирующего гормона. Перечисленные эффекты в сумме обеспечивают незначительное антиандрогенное действие. Располагая выраженной прогестагенной активностью, гестоген способен бороться с лёгкими формами андрогензависимых дерматитов, мастопатий и дисменореей.
- **Диеногест.** Благодаря максимальной тропности к эндометрию, а также антиэстрогенному, антипролиферативному, противовоспалительному и антиангиогенному влиянию наиболее действенно (из всех гестагенов) борется с эндометриозом и хорошо зарекомендовал себя именно с точки зрения подавления пролиферативных процессов.
- **Дезогестрел.** Благодаря своей высокой селективности этот препарат оказывает более выраженное антиандрогенное действие и может воздействовать даже на клинически значимые формы акне и себорейного дерматита. Его выпускают как в составе комбинированных средств (20 или 30 мкг ЭЭ/150 мкг дезогестрела), так и в чистом виде. Например, прогестиновый контрацептив, содержащий 75 мкг дезогестрела, подойдёт женщинам, которым крайне нежелательны или противопоказаны эстрогены: курящим после 35 лет, а также кормящим матерям, поскольку отсутствие эстрогенов в составе препарата делает его совместимым с грудным вскармливанием — дезогестрел не влияет на количество и состав молока. Накоплен солидный пласт доказательных данных, подтверждающих безопасность прогестиновой контрацепции матери для роста и развития ребёнка¹⁹. Введение дезогестрела в состав прогестиновых оральных контрацептивов (75 мг) позволило уравновесить их по свойствам с обычными комбинированными эстроген-гестагенными препаратами в отличие от более ранних мини-пили^{20,21}.

Производные спиронолактона

Яркий представитель этого класса — **гроспиренон** (ДРСП), объединивший в себе большое количество дополнительных неконтрацептивных преимуществ. Он уменьшает косметически значимые проявления юношеского гиперандрогенизма, обладает значительной **антиминералокортикоидной активностью** и снижает альдостерон-рениновое соотношение, благодаря чему способен значительно облегчать течение синдрома предменструального напряжения^{22,23,24}.

Производные прогестерона

Современные гестагены этой группы взаимодействуют с андрогенными рецепторами, но аффинитет этой связи довольно низок, что объясняет не только **меньшую андрогенную активность**, чем у представителей других классов гормонов, но и в отдельных случаях даже антиандрогенное действие: блокада рецептора препятствует реализации эффектов истинно андрогенных соединений (тестостерона, андростендиона, андростендиола и др.)¹⁵.

- **Хлормадинона ацетат**. Наиболее активен в антиандрогенном отношении. Это производное естественного прогестерона также потенцирует защитное действие эстрогенов на сердечно-сосудистую систему. Его высокое сродство к рецепторам прогестерона обеспечивает значительную прогестагенную активность и выраженное воздействие на эндометрий (почти на треть выше, чем у натурального прогестерона). В отличие от последнего яркий гестагенный и антиэстрогенный эффект препарата сочетается с **антиандрогенной активностью без антиминералокортикоидного действия**. Таким образом, хлормадинона ацетат — активный прогестаген; его комбинация с ЭЭ выгодно сочетает высокий контрацептивный и лечебный эффект у пациенток с конституциональной вирилизацией.
- **Ципротерона ацетат**. Оказывает **выраженное антиандрогенное действие** и обеспечивает косметические эффекты при акне, себорее, гирсутизме. Он регулирует МЦ, уменьшает выраженность морфологических (кистозно-дегенеративных) изменений яичников и предупреждает метаболический синдром (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность и сахарный диабет 2-го типа).
- **Номегэстрола ацетат** (НА). Синтезирован в 1980-х годах и в первое время нашёл своё применение в заместительной гормональной терапии и имплантационной контрацепции. В 2000-е препарат пережил «второе рождение» в составе пероральных средств регуляции фертильности. Сочетание с 17β-эстрадиолом оказалось первой удачной комбинацией, позволившей создать **монофазный** контрацептив с режимом дозирования «24+4», хорошим контролем МЦ и при этом свободный от побочных эффектов этинильного радикала. НА активно связывается с альбумином, но не с белком, связывающим половые стероиды⁹. Близость к натуральному прогестерону обуславливает **высокую селективность**: он не имеет эстрогенного, андрогенного, глюкокортикоидного и минералокортикоидного действия, однако оказывает **антиэстрогенное влияние** на слизистую оболочку матки, умеренно антиандрогенен²⁵.

Сдвиг по фазе

Как известно, **большинство** представленных на аптечном рынке КОК — **монофазные**, то есть все таблетки в упаковке содержат одинаковую дозу эстрогена и прогестерона. Однако существуют и многофазные препараты, доза стероидных гормонов в которых изменяется в течение цикла приёма таблеток. Есть ли разница между этими средствами и **какие более предпочтительны** для пациенток?

Согласно результатам Кокрейновского обзора, у многофазных режимов **нет преимуществ** перед монофазными²⁶: при сравнении монофазных, бифазных, трёхфазных и четырёхфазных схем приёма КОК выявлены крайне ограниченные доказательства. Изученные схемы приёма КОК различались не только по фазовому режиму, но и по содержанию различных прогестеронов. Например, единственный изученный четырёхфазный препарат содержал эстрадиола валерат, его сравнивали с монофазным, содержащим ЭЭ. Имеющихся данных недостаточно для того, чтобы установить, существенно ли отличаются многофазные КОК от монофазных по характеру кровотечений, побочным эффектам, частоте прекращения приёма или эффективности в предотвращении беременности.

Профессиональная организация в сфере сексуального и репродуктивного здоровья (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, FSRH) рекомендует монофазные КОК в качестве препаратов **первой линии**²⁷.

Тем не менее определённая «фаза» может подойти в конкретной клинической ситуации, что позволяет акушеру-гинекологу подобрать наиболее оптимальный для пациентки вариант с **учётом её индивидуальных особенностей**. Так, монофазные стоит рассматривать в качестве препаратов выбора, однако многофазные средства можно использовать **при неадекватном контроле менструального цикла** (прорывных кровотечениях) на фоне приёма монофазных медикаментов²⁶.

Доказанные возможности

В России комбинацию «17β-эстрадиол 1,5 мг + НА 2,5 мг» (17β-Э/НА) в качестве монофазного средства для гормональной контрацепции с режимом «24+4» зарегистрировали в 2012 году («Зоэли»)⁹. Собрано также немало доказательств, подтверждающих эффективность и дополнительные преимущества этого средства^{28–30}.

Например, в открытом рандомизированном многоцентровом клиническом исследовании здоровые пациентки в возрасте 18–50 лет (n=1591) получали эту комбинацию почти год на протяжении 13 МЦ³¹. Индекс Перля составил 0,38–0,66. На фоне приёма препарата овуляции не зафиксировали ни у одной пациентки.

Режим дозирования «24+4» отличается от режима «21+7» не только наличием таблеток-плацебо, но и **укороченным безгормональным периодом**. Исследования показали, что такая схема применения контрацептивного препарата имеет

лучшую переносимость, способствует уменьшению обильности и продолжительности кровотечений отмены, надёжнее подавляет функцию яичников и обеспечивает более эффективную контрацепцию^{32,33}.

Оптимальная доза гестагена для подавления овуляции и блокады созревания фолликулов составила 2,5 мг. Важно, что при добавлении натурального эстрогенного компонента антигонадотропный эффект значительно усилился (как уже было сказано, 17β-Э подавляет синтез фолликулостимулирующего гормона).

Комбинация 17β-Э/НА характеризуется **длительным периодом полувыведения — 46 ч**, поэтому контрацептивная эффективность сохраняется даже в случае пропуска очередного приёма таблетки³⁴. Благодаря этому алгоритм действий в случае пропуска таблетки менее строг — женщине не нужно дополнительно использовать барьерные методы, что значительно снижает риск прерывания курса или непродуктивности контрацепции.

После отмены препарата **фертильность восстанавливается** в среднем через 21 день, что сопоставимо с данными для других оральных контрацептивов³³.

Комбинация 17β-Э/НА может быть рекомендована с контрацептивной целью **всем женщинам, не имеющим противопоказаний** к назначению КОК в соответствии с критериями приемлемости методов контрацепции РФ²⁰. Препарат подойдёт пациенткам, только начинающим принимать гормональные средства регулирования фертильности, поскольку оказывает минимальное влияние на организм и сохраняет здоровье в долгосрочной перспективе.

От контрацепции до терапевтических возможностей

Как любой современный контрацептив, разработанный в эпоху «лечебной контрацепции», препарат с 17β-Э/НА обладает выраженными терапевтическими возможностями, которые могут оказаться полезными в клинической практике.

■ **Влияние на объём кровопотери.** Согласно результатам открытого рандомизированного исследования (n=2162), в течение 13 МЦ у пациенток, принимающих эту эстроген-гестагенную комбинацию, **кровотечения отмены укорачиваются** и становятся менее обильными. Так, кровотечение отмены при использовании 17β-Э/НА происходило у 43% женщин в каждом цикле, исчезало полностью (аменорея) — у 22% (по сравнению с 3–6% в группе участниц, использовавших препарат, содержащий ЭЭ/ДРСП, в режиме «21+7»). Исчезновение менструаций у пациенток первой группы не приводило к увеличению «мазни» или прорывных кровотечений в следующем цикле, то есть эндометрий просто «спит», а не «бунтует», и это отражает более выраженный гестагенный эффект НА³¹. По этой причине женщин, принимающих это средство, перед назначением курса контрацепции следует информировать о вероятности **«невидимых менструаций»**, представляющих собой не побочный эффект, а скорее дополнительное преимущество, связанное с сильным гестагенным влиянием НА. Это позволит минимизировать неудобства — кровопотерю, ухудшение личной гигиены, сексуальные ограничения, снижение качества жизни.

■ **Влияние на длительность кровотечений.** Гестагенный компонент НА значительно **подавляет рост эндометрия** — ткани просто нечем кровоточить. Так,

кровотечение на фоне приёма комбинации 17β-Э/НА длилось 3–4 дня, и за 91 день наблюдения общее количество дней с кровотечениями/мазнёй составило 12–15. В группе сравнения эти показатели достигали 5 и 18–20 дней соответственно³¹.

- **Облегчение болевого синдрома.** Приём препарата уменьшает проявления дисменореи³⁵. Так, отмечено значительное снижение выраженности менструальной боли, уменьшение интенсивности и продолжительности кровотечения по сравнению с группой сравнения после первого, третьего, шестого и 13-го МЦ. К 13-му МЦ разница в интенсивности менструальной боли между группами составила 4,8 балла (по 10-балльной шкале, $p=0,0014$) в пользу комбинации 17β-Э/НА. Подобный эффект обусловлен уменьшением толщины эндометрия (чем он тоньше, тем скуднее и реже менструации) с 9,9 до 4,9 мм через 6 мес использования и повышением частоты аменореи до 5–12%³¹. Таким образом, препарат обеспечивает **укороченные, менее обильные и безболезненные** кровотечения отмены.

[Близость номегэстрола ацетата к натуральному прогестерону обуславливает его высокую селективность: он не имеет эстрогенного, андрогенного, глюкокортикоидного и минералокортикоидного действия, но оказывает антиэстрогенное влияние на слизистую оболочку матки.]

- **Стабильное подавление функции яичников.** По итогам систематического обзора и метаанализа 2025 года назначение КОК было ассоциировано со снижением вероятности рака тела матки на 54% (ОШ 0,46; ДИ 0,37–0,59, $I^2=72\%$; $p<0,001$). При этом длительное использование (10 лет и более) любой пероральной контрацепции привело к наибольшему снижению заболеваемости (ОШ 0,31; ДИ 0,13–0,7). Более короткие периоды также были связаны со значимым, хотя и менее выраженным снижением (5 лет и более: ОШ 0,39; ДИ 0,23–0,64; менее 5 лет: ОШ 0,66; ДИ 0,48–0,91)¹. Комбинация 17β-Э/НА способствует снижению выработки простагландинов и подавлению пролиферации тканей, что уменьшает выраженность хронической **тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом**, а монофазный режим приёма предпочтительнее для длительной супрессии³⁶. В одном из исследований на протяжении 3, 6 и 12 мес оценивали действие комбинация 17β-Э/НА ($n=99$) и диеногеста ($n=98$) на интенсивность тазовой боли, сексуальную функцию и качество жизни, используя с этой целью специальные инструменты (визуально-аналоговую шкалу, опросник SF-36, индекс женской сексуальной функции, шкалу женского сексуального расстройства)³⁷. Как показали результаты работы, пациентки обеих групп отметили улучшение показателей по сравнению с исходным уровнем, что подтверждает эффективность обоих гормональных препаратов.

- **Возможность пролонгированного использования.** Для пациентки может оказаться весьма полезной возможность отсрочить наступление менструальноподобной реакции: после принятия 24-й гормонально активной таблетки (препарат

монофазный, поэтому все таблетки одинаковы) следует начать принимать таблетки из следующей пачки, что недоступно при трёхфазном режиме дозирования.

- **Регуляция предменструальных симптомов.** Благодаря структуре прогестинового компонента препарат **улучшает настроение** на нейромедиаторном уровне³⁸. Доказано, что прогестерон и некоторые близкие к нему гестагены расширяются до аллопрегнанолона — агониста рецепторов γ -аминомасляной кислоты, снижая уровень стресса, а также проявляя анксиолитическую, седативную и антиэпилептическую активность. Гестагены и эстрогены также оказывают влияние на эндогенные опиоидные свойства β -эндорфинов³⁸. При оценке дополнительных эффектов прогестерона и гестагенов было отмечено, что они благотворно воздействуют на восстановление ресурса нервной системы и регенерацию миелиновых волокон. Комбинацию 17 β -Э/НА можно использовать в качестве средства **для нормализации эмоционального состояния** при предменструальном дисфорическом расстройстве. Как было продемонстрировано в одном из исследований, препарат улучшал самочувствие и настроение у 74,5% женщин³⁹.
- **Дополнительные преимущества** комбинации 17 β -Э/НА: профилактика обострений воспалительных заболеваний тазовых органов, эктопической беременности, железодефицитной анемии (эти эффекты присущи всему классу комбинированных гормональных контрацептивов). Любопытно также профилактическое применение препарата у женщин с предшествующими функциональными кистами: на протяжении шести МЦ приёма не зарегистрировано ни одного фолликула диаметром 15 мм и более при среднем значении 6,9—8,2 мм. Для сравнения: при использовании комбинации «эстрадиол + дроспиренон» диаметр фолликулов составил 7,4—10,8 мм, тогда как у 12,5% женщин он превысил 15 мм³³.

Безопасность превыше всего

Один из самых важных вопросов при появлении нового гормонального средства — безопасность. У комбинации 17 β -Э/НА она оптимальна, хотя и требует накопления эпидемиологических данных и новых исследований.

- **Потенциально нейтральное действие на молочные железы.** НА обладает уникальным свойством — подавляет активность фермента стероидной сульфатазы, который участвует в превращении неактивных форм эстрогенов в активный эстрадиол непосредственно в ткани молочной железы. Это приводит к снижению локальной концентрации активных эстрогенов в груди, что теоретически обеспечивает защитный эффект и объясняет **меньшую болезненность молочных желёз** на фоне приёма комбинации 17 β -Э/НА.
- **Низкая вероятность тромботических осложнений.** Комбинация 17 β -Э/НА показала хорошие результаты с точки зрения вероятности тромбоза^{40–42}. В то же время в двух многоцентровых наблюдательных исследованиях идентичного дизайна, объединивших 24 400 женщин (155 260 МЦ), определили частоту тромбозов глубоких вен, ассоциированных с приёмом эстроген-гестагенных препаратов с синтетическими компонентами, — 5–10 на 100 тыс. женщино-

лет, между тем в целом в популяции — 4,4 на 10 тыс. женщино-лет^{43,44}. Риск увеличивается не так сильно, как при беременности, когда он равен 5—20 случаям на 10 тыс. женщино-лет (данные о беременности основаны на фактической длительности гестации в стандартных исследованиях; на основании положения, что этот период длится 9 мес, риск составляет от 7 до 27 на 10 тыс. женщино-лет).

- **Сохранение уровня фолатов.** Фолиевая кислота — важнейший витамин на ранних сроках беременности. Его достаточное количество в организме будущей матери позволяет уменьшить риск различных врождённых аномалий плода (в частности, дефектов нервной трубки). По результатам систематического обзора и метаанализа (29 исследований с участием 4220 женщин), через 3—6 мес регулярного приёма КОК происходит **значительное снижение уровня фолатов** в плазме крови и эритроцитах⁴⁵. Нередко этот дефицит протекает бессимптомно, не проявляясь в стандартных анализах крови. В связи с этим пациенткам крайне важно продолжать принимать добавки фолиевой кислоты во время приёма КОК. После отмены КОК необходимо **около 3 мес для восстановления** нормального фолатного статуса. Важное преимущество комбинации 17β-Э/НА для женщин, планирующих беременность, — **отсутствие влияния** на концентрацию фолиевой кислоты в плазме крови: как указано в официальной инструкции, она остаётся неизменной в течение шести последовательных месяцев приёма препарата⁹. Таким образом, комбинация 17β-Э/НА не создаёт «фолатный долг», и после её отмены восстановление фолатного статуса не требуется — **беременность можно не откладывать**.

- **Метаболическая нейтральность.** Препарат **не оказывает значимого влияния** на содержание глюкозы в крови натощак или концентрацию инсулина, а также на показатели холестерина, липопротеинов высокой или низкой плотности^{4,18}, параметры свёртывания крови (фибриноген и плазминоген) у женщин в перименопаузе после шести циклов применения. Всё это позволяет избежать «гормональных качелей», способствует стабильному снижению тестостерона и лютеинизирующего гормона и обеспечивает предсказуемый контроль МЦ. Кроме того, он не оказывает действия на выработку оксида азота, вазопротективного или антитромботического фактора¹⁸. Всё это делает комбинацию 17β-Э/НА **одним из самых безопасных вариантов** для длительного применения, особенно у женщин с факторами риска (например, с избыточной массой тела, курящих старше 35 лет, но при отсутствии абсолютных противопоказаний), поскольку риск венозной тромбоэмболии низкий.

- **Отсутствие влияние на массу тела.** Обзор многочисленных литературных данных не выявил причинно-следственной связи между приёмом эстроген-гестагенных препаратов с натуральным эстрогеном и увеличением массы тела^{46–49}. При этом у женщин, не использовавших гормональную контрацепцию, повышение этого параметра за 6—9 мес составляло 0,6—0,8 кг⁴⁷, что сопоставимо с аналогичным показателем при приёме комбинации 17β-Э/НА. Вместе с тем в течение 1 года наблюдения у этих пациенток масса тела возросла на 1 кг по сравнению с 0,35 кг у принимавших препарат сравнения на основе ЭЭ/ДРСП. В последнем случае это можно объяснить антиминералокортикоидной активностью гестагена, приводящей к потере воды в организме в течение первых месяцев применения.

■ **Сохранение минеральной плотности костной ткани.** В рандомизированном открытом сравнительном исследовании, объединившем женщин 21–35 лет, принимавших комбинацию 17β-Э/НА на протяжении 2 лет, было показано, что препарат не оказывает существенно значимых влияний на минеральную плотность костной ткани⁵⁰.

Противопоказания к назначению препарата не отличаются от таковых для пероральных комбинированных контрацептивов (что и фигурирует в актуальной инструкции), хотя в целом, учитывая более физиологичный состав и удачный профиль безопасности, можно было бы рассчитывать на сужение круга ситуаций, когда применение средства следует исключить. Очевидно, это произойдёт по мере накопления результатов научных исследований. В любом случае при назначении **любых медикаментов**, предотвращающих незапланированную беременность, врачам следует руководствоваться «Национальными медицинскими критериями приемлемости методов контрацепции»²⁰.



Иногда новое — это хорошо забытое старое. Препараты, предназначенные для защиты от незапланированной беременности, претерпевают очередной виток развития. **Общемировой тренд натуральности и естественности** на страже здоровья человека теперь нашёл своё воплощение и в контрацепции, что позволило улучшить переносимость комбинированных средств и повысить приверженность женщин методу гормональной контрацепции в целом — **без страхов и сомнений**.

Мы стоим на пороге следующего этапа развития — ещё более детализированной **персонализации контрацепции**, когда для пациентки с любым соматическим статусом, анамнезом и другими особенностями акушер-гинеколог сможет подобрать идеально подходящее средство регулирования фертильности. **SP**

Литература

1. Harajka A., Hercsik T., Das Virgens I.P.A. et al. Association of oral contraceptives and risk of endometrial cancer: A systematic review and meta-analysis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2025. — Vol. 104. — №4. — P. 591–603. [PMID: 39981760]
2. Дерябина Е.Г. Этинилэстрадиол в оральной контрацепции: что мы знаем после 60 лет применения? Обзор литературы // *Проблемы репродукции.* — 2024. — Т. 30. — №4. — С. 90–100.
3. Nadaletto J.O., Ebenur J.T., De Macedo D.R.A. et al. Abnormal uterine bleeding control with combined oral contraceptives: A review comparing ethinylestradiol and natural hormones // *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* — 2025. — Vol. 47. — P. e-rbgo84. [PMID: 41415708]
4. Cagnacci A., Xholli A., Gabbi L. et al. The impact of hormonal contraceptives containing estradiol, estradiol valerate, and estetrol on liver proteins, lipids, glucose, blood pressure, and bone: A literature review // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2026. — Vol. 31. — №2. — P. 82–93. [PMID: 41404846]
5. Battipaglia C., Genazzani A.D., Nappi R.E., La Marca A. Insights on estetrol, the native estrogen: from contraception to hormone replacement therapy // *Minerva Obstet. Gynecol.* — 2024. — Vol. 76. — №6. — P. 590–603. [PMID: 39283289]
6. Аборт. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
7. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Контрацепция в современной России: применение и информированность. Популяционное исследование // *Акушерство и гинекология.* — 2016. — №2. — С. 108–113.
8. Stanczyk F.Z., Winer S.A., Foidart J.M., Archer D.F. Comparison of estrogenic components used for hormonal contraception // *Contraception.* — 2024. — Vol. 130. — P. 110310. [PMID: 37863464]
9. ОХЛП «Зоэли». — ЛП-№(009694)-(ПГ-РУ) от 10 апреля 2025 года. — URL: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routing-Guid=c16f287c-334c-479b-ace7-dd5b536094fd.
10. Yurtkal A., Oncul M. Comparison of dienogest or combinations with ethinylestradiol/estradiol valerate on the pain score of women with endometriosis: A prospective cohort study // *Medicine (Baltimore).* — 2024. — Vol. 103. — №27. — P. e38585. [PMID: 38968535]
11. Haverinen A.H., Luiro K.M., Szanto T. et al. Combined oral contraceptives containing estradiol valerate vs ethinylestradiol on coagulation: A randomized clinical trial // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2022. — Vol. 101. — №10. — P. 1102–1111. [PMID: 35909329]
12. Von Stockum S., Bauerfeind A., Becker K. et al. NOMAC-E2 shows a better contraceptive effectiveness than LNG combined oral contraceptives in women under 25: Real-world PRO-E2 study // *Gynecol. Endocrinol.* — 2023. — Vol. 39. — №1. — P. 2162036. [PMID: 36617423]
13. Von Stockum S., Becker K., Bauerfeind A. et al. NOMAC-E2 compares to LNG combined oral contraceptives in women over forty: Real-world PRO-E2 study // *Gynecol. Endocrinol.* — 2023. — Vol. 39. — №1. — P. 2166032. [PMID: 36690019]
14. Żyta D., Kuźmiuk D., Rynkowska M. et al. Progestins: A review of clinical application in gynecology // *Ann. Med.* — 2025. — Vol. 57. — №1. — P. 2570794. [PMID: 41388722]
15. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. — URL: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-use-of-estrogen-progestin-contraceptives>.
16. Louw-du Toit R., Simons M., Africander D. Progestins and breast cancer hallmarks: The role of the ERK1/2 and JNK pathways in estrogen receptor positive breast cancer cells // *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* — 2024. — Vol. 237. — P. 106440. [PMID: 38048919]
17. Медицина молочной железы и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. — 3-е изд. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2026. — 528 с.
18. Reed S., Koro C., DiBello J. et al. Prospective controlled cohort study on the safety of a monophasic oral contraceptive containing nomegestrol acetate (2,5mg) and 17beta-oestradiol (1,5mg) (PRO-E2 study): risk of venous and arterial thromboembolism // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2021. — Vol. 26. — №6. — P. 439–446. [PMID: 34644228]
19. Ti A., Ayieko S., Bonet M. Progestogen-only contraception use during breastfeeding: An updated systematic review // *BMJ Sex. Reprod. Health.* — 2025. — Vol. 3. — №51. — Suppl. 1. — P. s4–s17. [PMID: 41184155]

20. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. — М., 2023. — 72 с.
21. ОХЛП «Чарозетта». — ЛП-№(001834)-(РГ-РУ) от 17 февраля 2023 года. — URL: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=c5ada93b-adcd-4f93-a77a-52154c6e97bf.
22. Kitamura K., Colli E., Azuma R. et al. A phase I/II study evaluating the pharmacokinetics, pharmacodynamics, and safety of drospirenone as an oral contraceptive in Japanese women // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* — 2024. — Vol. 50. — №4. — P. 682–690. [PMID: 38262424]
23. Kozłowski M., Niedzielska M., Lorenz A. et al. Metabolic and dietary factors in acne vulgaris and evaluation of the acne vulgaris treatment with oral contraceptive-based therapies in young adult women // *Nutrients.* — 2023. — Vol. 15. — №6. — P. 1488. [PMID: 36986218]
24. Dufour P., Vroonen L., Cavalier E., Le Goff C. Inconsistencies in laboratory investigations of hypertension in a young woman taking ethinylestradiol/drospirenone association // *Acta Clin. Belg.* — 2023. — Vol. 78. — №4. — P. 316–320. [PMID: 36203382]
25. Gaspard U., Chatel G., Douxfils J., Stanczyk F.Z. A detailed review of pharmacokinetics/pharmacodynamics of progestogens in oral contraception // *Front. Endocrinol. (Lausanne).* — 2026. — Vol. 17. — P. 1730768. [PMID: 41970977]
26. Leicester formulary (NHS). — URL: <https://www.leicestershireformulary.nhs.uk/chapters-SubDetails.asp?FormularySectionID=7&SubSectionRef=07.03.01&SubSectionID=A100>.
27. Combined hormonal contraception: FSRH clinical guideline. — 2019. — URL: <https://www.cosrh.org/Public/Documents/fsrh-guideline-combined-hormonal-contraception.aspx>.
28. Westhoff C. Efficacy, safety, and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17 β -estradiol: A randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 119. — №5. — P. 989–999. [PMID: 22525910]
29. Reed S., Koro C., DiBello J. et al. Unintended pregnancy in users of norgestrel acetate and 17 β -estradiol (NOMAC-E2) compared with levonorgestrel-containing combined oral contraceptives: Final results from the PRO-E2 study // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2021. — Vol. 26. — №6. — P. 447–453. [PMID: 34651535]
30. Fruzzetti F., Machado R.B., Leite I. et al. A review of the pharmacology, clinical outcomes, and real-world effectiveness, safety, and non-contraceptive effects of NOMAC/E2 // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* X. — 2024. — Vol. 21. — P. 100283. [PMID: 38318398]
31. Mansour D., Verhoeven C., Sommer W. et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17 β -estradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2011. — Vol. 16. — №6. — P. 430–443. [PMID: 21995590]
32. Christin-Maitre S. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, norgestrel acetate and 17 β -estradiol (NOMAC/E2): A double-blind, randomized study // *Hum. Reprod.* — 2011. — Vol. 26. — №6. — P. 1338–1347. [PMID: 21421664]
33. Chabbert-Buffet N., Chassard D., Ochsenbein E. et al. Inhibition of ovulation by NOMAC/E2, a novel monophasic oral contraceptive combining norgestrel acetate and 17 β -estradiol: A double-blind, randomised, dose-finding pilot study // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2011. — Vol. 16. — №2. — P. 76–84. [PMID: 21332383]
34. Ruan X., Seeger H., Mueck A.O. The pharmacology of norgestrel acetate // *Maturitas.* — 2012. — Vol. 7. — №4. — P. 345–353. [PMID: 22364709]
35. Wijtes H., Creinin M.D., Sundström-Poromaa I. et al. Comparative analysis of the effects of norgestrel acetate/17 β -estradiol and drospirenone/ethinylestradiol on premenstrual and menstrual symptoms and dysmenorrhea // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2015. — Vol. 20. — №4. — P. 296–307. [PMID: 25712537]
36. Vercellini P., Esposito G., Santucci C. et al. Norgestrel acetate for symptomatic endometriosis and meningioma risk: understandable statistics for decision-making // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2023. — Vol. 286. — P. 149–150. [PMID: 37183159]
37. Caruso S., Cianci A., Iraci Sareri M. et al. Randomized study on the effectiveness of norgestrel acetate plus 17 β -estradiol oral contraceptive versus dienogest oral pill in women with suspected endometriosis-associated chronic pelvic pain // *BMC Womens Health.* — 2022. — Vol. 22. — №1. — P. 146. [PMID: 35538479]

38. Guennoun R., Sayeed I., Stein D. Editorial: Neuroprotective and therapeutic effects of progesterone, allopregnanolone, and their derivatives // *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. — 2026. — Vol. 17. — P. 1771389. [PMID: 41625948]
39. Robertson E., Thew C., Thomas N. et al. Pilot data on the feasibility and clinical outcomes of a norgestrel acetate oral contraceptive pill in women with premenstrual dysphoric disorder // *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. — 2021. — Vol. 12. — P. 704488. [PMID: 34630323]
40. Gaussem P., Alhenc-Gelas M., Thomas J.L. et al. Haemostatic effects of a new combined oral contraceptive, norgestrel acetate/17 β -estradiol, compared with those of levonorgestrel/ethinyl estradiol // *Tromb. Haemos.* — 2011. — Vol. 105. — №3. — P. 560–567. [PMID: 21225090]
41. Bińkowska M., Jakimiuk A., Paszkowski T. et al. Risk of venous thromboembolism during the use of oral estrogen-progestogen hormone therapies in light of most recent research findings // *Prz. Menopauzalny*. — 2022. — Vol. 21. — №3. — P. 197–199. [PMID: 36254131]
42. Morimont L., Creinin M.D., Gaspard U. et al. Predicting venous thromboembolism risk from endogenous thrombin potential-based normalized activated protein C sensitivity ratio assay: toward early assessment of combined oral contraceptives // *Res. Pract. Thromb. Haemost.* — 2025. — Vol. 10. — №1. — P. 103285. [PMID: 41624234]
43. Schramm G., Steffens D. A 12-month evaluation of the CMA-containing oral contraceptive Belara: efficacy, tolerability and anti-androgenic properties // *Contraception*. — 2003. — Vol. 67. — №4. — P. 305–312. [PMID: 12684153]
44. Schramm G., Steffens D. Contraceptive efficacy and tolerability of chlormadinone acetate 2 mg ethinylestradiol 0,03 mg (Belara): Results of a post-marketing surveillance study // *Clin. Drug Investig.* — 2002. — Vol. 22. — №4. — P. 221–231.
45. Shere M., Bapat P., Nickel C. et al. Association between use of oral contraceptives and folate status: A systematic review and meta-analysis // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* — 2015. — Vol. 37. — №5. — P. 430–438. [PMID: 26168104]
46. Gallo M.F., Lopez L.M., Grimes D.A. et al. Combination contraceptives: effects on weight // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2014. — Vol. 1. — Art. №CD003987. [PMID: 24477630]
47. Coney P., Washenik K., Langley R.G. et al. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: Two randomized, placebo-controlled trials // *Contraception*. — 2001. — Vol. 63. — №6. — P. 297–302. [PMID: 11672550]
48. Oelkers W., Foidart J.M., Dombrovicz N. et al. Effects of a new oral contraceptive containing an antimineralocorticoid progestogen, drospirenone, on the renin-aldosterone system, body weight, blood pressure, glucose tolerance, and lipid metabolism // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 1995. — Vol. 80. — №6. — P. 1816–1821. [PMID: 7775629]
49. Endrikat J., Sandri M., Gerlinger C. et al. A Canadian multicentre prospective study on the effects of an oral contraceptive containing 3 mg drospirenone and 30 g ethinyl oestradiol on somatic and psychological symptoms related to water retention and on body weight // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. — 2007. — Vol. 12. — №3. — P. 220–228. [PMID: 17763260]
50. Sørdal T., Grob P., Verhoeven C. Effects on bone mineral density of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate/17 β -estradiol in comparison to levonorgestrel/ethinylestradiol // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2012. — Vol. 91. — №11. — P. 1279–1285. [PMID: 22762147]

Научно-практическое издание

Дьяконов Сергей Александрович, **Мартынова** Мила Алексеевна

ТРЕНД НА БЕЗОПАСНОСТЬ И НАТУРАЛЬНОСТЬ

Выбор контрацептивного препарата

Информационный бюллетень

Под редакцией **Радзинского** Виктора Евсеевича

Генеральный директор: канд. мед. наук Маклецова Светлана Александровна

Креативный директор: Кристал Виталий Генрихович

Редакционный директор: канд. мед. наук Раевская Ольга Анатольевна

Заместитель редакционного директора по науке: канд. мед. наук Дьяконов Сергей Александрович

Ответственный редактор: канд. мед. наук Дьяконов Сергей Александрович

Ответственный секретарь редакции: Васильева Надежда Михайловна

Арт-директор: Латинов Абдулатип Абдуллаевич

Препресс-директор: Демкова Нелли Владимировна

Выпускающий редактор: Либит Виктория Юрьевна

Руководитель группы вёрстки: Скutoчкина Юлия Сергеевна

Вёрстка: Григорьева Елена Владимировна

Корректоры: Соседова Елена Анатольевна, Фридовская Эльнара Умалатовна

Дизайнер: Качалина Татьяна Витальевна

Принт-менеджер: Мацнева Елена Дмитриевна

Ответственность за содержание рекламы и публикаций

«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс»

105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1

Тел.: +7 (499) 346 3902; e-mail: info@praesens.ru

Зоэли® – бережная* контрацепция



РЕЖИМ ПРИЕМА
24+4¹

Комбинация **17β-эстрадиол (1,5 мг) + номегэстрола ацетат (2,5 мг)** на основе природного эстрогена и высокоселективного прогестина¹

Единственный оригинальный монофазный КОК на рынке РФ², который



Содержит эстроген, идентичный природному (среди монофазных)¹



Обладает 46-часовым периодом полувыведения¹



Содержит высокоселективный гестаген, полученный из прогестерона, натурального стероидного гормона¹

Зоэли® – это:

Индекс Перля 0,38–0,66¹

- Полное подавление овуляции¹
- Оригинальный препарат с производством в Европе²
- Более 13 лет на рынке в РФ²

Физиологичный профиль воздействия⁴

- 17β-эстрадиол оказывает меньшее влияние на печень по сравнению с ЭЭ, что может способствовать лучшей переносимости эстроген-зависимых симптомов (головная боль, тошнота, нагрубание молочных желез)⁵
- Восстановление овуляции через 28 дней после последнего приема таблетки¹

Удобство пациентки⁴

- Монофазный препарат¹
- Простой алгоритм действий при пропуске таблетки способствует приверженности режиму приема⁴
- Если женщина принимает таблетку с опозданием менее 24 ч, контрацептивный эффект не снижается¹

КОК – комбинированный оральные контрацептивы; ЭЭ – этинилэстрадиол.

* В состав Зоэли® входит 17β-эстрадиол – эстроген, идентичный эндогенному человеческому 17β-эстрадиолу (E2). При применении препарата Зоэли® средние концентрации E2 сопоставимы с таковыми в начальной фолликулярной фазе и поздней фазе желтого тела менструального цикла¹.

1. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) в отношении лекарственного препарата Зоэли®, 2,5 мг + 1,5 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, ЛПН-№(009694)-(PT-RU) от 10.04.2025.

2. Государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС) <https://grls.rosminzdrav.ru/> (дата доступа 28.04.2026).

3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17β-oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;16(6):430-443.

4. Эра натуральных эстрогенов: начало. Новое в современной контрацепции / под ред. В.Е. Радзинского, 2014. - 16с.

5. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Минздрав России, 2023.

РЕКЛАМА

BRA-042026-ZOE-EVE-GYN-M1006205

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И (ИЛИ) ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ