

С.А. Дьяконов, М.А. Мартынова

Три пути

Алгоритм выбора комбинированных
оральных контрацептивов в зависимости
от клинических ситуаций

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens
— profmedia —

2026

Авторы:

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

Три пути. Алгоритм выбора комбинированных оральных контрацептивов в зависимости от клинических ситуаций : Информационный бюллетень / С.А. Дьяконов, М.А. Мартынова ; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2026.

Несмотря на долгую и хорошо изученную историю использования гормональной контрацепции, её выбор по-прежнему вызывает немало трудностей у практикующих специалистов, особенно если у женщины есть какие-то сопутствующие патологические состояния (нарушения менструального цикла, изменения, связанные с менопаузальным переходом) или она предъявляет определённые запросы к средствам регуляции рождаемости, рассказывая о прошлом неудачном использовании препаратов этой группы.

При контрацептивном консультировании акушер-гинеколог должен отталкиваться от состояния здоровья, индивидуальных особенностей и потребностей каждой пациентки и выбирать для неё наиболее оптимальный препарат, сочетающий в себе максимальную эффективность и благоприятный профиль безопасности. Гормональная контрацепция — не только предпочтительный способ планирования деторождения, но и возможность укрепить женское здоровье с помощью дополнительных неконтрацептивных свойств, что можно и нужно использовать для профилактики различных гинекологических и соматических заболеваний.

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.

Известное выражение «витязь на распутье» давно стало метафорическим. Обычно его используют в ситуации **сложного и судьбоносного выбора**. Согласно былинным текстам, у Ильи Муромца было три пути: направо — женитьба, налево — богатство, а прямо — смерть. По сказочному сюжету, богатырь сначала выбирает последний путь, а затем побеждает разбойников, разоблачает злую волшебницу и находит несметные богатства, которые раздаёт вдовам и сиротам и на которые строит церкви и монастыри. Основная мораль быliny в том, что личный выбор и смелость помогают человеку стать хозяином своей жизни и даже «переписать» судьбу.

Акушеры-гинекологи в своей практике также часто оказываются перед сложным выбором. Однако в отличие от сказки решение клинициста в реальности может стать судьбоносным для женщин. От того, «по какой дорожке» поведёт врач свою пациентку, часто зависят её **самочувствие, здоровье и высокое качество жизни**.

Одна из клинических ситуаций, нередко приводящая практикующих специалистов «на распутье», — подбор комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Несмотря на **многолетнюю историю использования** препаратов этой группы в медицинской практике, их выбор и назначение до сих пор вызывает немало сложностей у клиницистов. Глубокое погружение в тему, грамотное контрацептивное консультирование и внимательное отношение к пациенткам позволит врачам преодолеть преграды и выбрать наиболее лёгкий и оптимальный путь для решения клинической задачи.

Препятствия на пути

Одна из частых сложностей при назначении КОК вызвана **необоснованными страхами** пациенток принимать подобные средства из-за возможных побочных эффектов — увеличения массы тела, повышенного оволосения, риска тромботических осложнений, влияния на сексуальную функцию, проблем с зачатием в будущем и др. Нередко женщины категорически отказываются принимать таблетки, даже если **нуждаются в надёжной контрацепции**. Информированность наших современниц о гормональной контрацепции, её преимуществах и возможностях по-прежнему остаётся на низком уровне. Именно поэтому доступное объяснение пользы совре-

[Врачу важно донести до женщин, что гормональная контрацепция — наиболее оптимальный способ планирования деторождения, а также лучшая и безопасная альтернатива аборту, оставляющему неизгладимый след на состоянии женского репродуктивного здоровья.]

менных гормональных препаратов, работа с возражениями и **борьба с гормонофобией** позволят убедить пациентку в безопасности этих медикаментов.

Важно донести до женщин, что гормональная контрацепция — оптимальный способ планирования деторождения, а также **лучшая и безопасная альтернатива аборту**, оставляющему неизгладимый след на состоянии женского репродуктивного здоровья.

Кроме того, следует подчеркнуть возможность использования **дополнительных (неконтрацептивных) свойств** гормональных контрацептивов. Например, уже доказано, что КОК не только обеспечивают защиту от незапланированной беременности, но и способствуют нормализации нарушений менструального цикла, профилактике различных гинекологических и соматических заболеваний, улучшению состояния кожи и волос, а также помогают плавно пройти период менопаузального перехода, облегчая симптомы атрофического вагинита и пременопаузальных урогенитальных расстройств. Ещё один интересный и доказанный факт: пользовательницы КОК имеют достоверно **меньший риск смерти от всех причин** (на 12%) по сравнению с женщинами, никогда не применявшими гормональную контрацепцию (ОР 0,88; 95% ДИ 0,82–0,93)¹.

Нередко причиной отказа от приёма КОК становятся **изменения характеристик менструального цикла** — сокращение или полное исчезновение кровотечений отмены или появление мажущих выделений. Приближение ритма менструальноподобных реакций к естественной частоте психологически комфортно для женщин, и **любое отклонение от нормы** приводит их к убеждённости «что-то пошло не так именно из-за этих таблеток», которую довольно трудно преодолеть. В любом случае доктору необходимо успокоить пациентку и объяснить, что менструальноподобная реакция при использовании КОК может не быть ежемесячной, особенно при пролонгированном режиме приёма, и убедить её в необходимости соблюдения режима приёма назначенного препарата.

Ещё одна сложность — **неуверенность пациенток в эффективности КОК**. Многие из них считают, что гормональные контрацептивы не гарантируют надёжной защиты от нежеланной беременности. Действительно, ни одно средство не даст 100% гарантии, однако эффективность КОК достаточно высока — индекс Перля при их применении составляет 0,3. Впрочем, случаи «осечек» при использовании КОК можно объяснить «человеческим фактором» — необязательностью и несоблюдением врачебных предписаний. Именно поэтому назначение КОК требует **строгого контроля и дисциплинированности**: приёма в одно и то же время, избегания пропуска таблеток или дополнительного применения барьерных средств, если это произошло.

Фактор, существенно влияющий на комплаентность КОК, — **доза гормонов в препарате**. Логично, что чем меньше доза, тем ниже риск побочных эффектов. Эра «убойных доз» давно закончилась, на смену им пришли современные **низко-**

[Важно использовать дополнительные (неконтрацептивные) свойства гормональных контрацептивов — они не только обеспечивают защиту от незапланированной беременности, но и способствуют профилактике различных гинекологических и соматических заболеваний.]

дозированные средства, обладающие высокой контрацептивной эффективностью и с благоприятным профилем безопасности. При выборе КОК этот аспект может стать ещё одним «козырем» в руках врача для убеждения пациенток. Более того, тренд на натуральность затронул и эту группу медикаментов, и сегодня можно предложить женщинам КОК, содержащие **гормоны, приближенные к натуральным**. Например, замена этинилэстрадиола на 17β-эстрадиол с добавлением приближенного к натуральному гестагену номегэстрола ацетата благоприятно отразилась на переносимости препарата².

Даже режим дозирования КОК может оказать влияние на комплаентность. Например, режим «24+4» имеет **укороченный безгормональный период** — 28 дней приёма без перерыва: 24 гормональные таблетки и четыре неактивные таблетки. Это более комфортно для пациенток, поскольку снижает вероятность пропусков, обеспечивает стабильность концентраций половых стероидов, препарат в таком режиме обладает хорошей переносимостью, надёжно подавляет функцию яичников и способствует уменьшению обильности и продолжительности кровотечений отмены^{3,4}. Результат — хорошая комплаентность и высокая эффективность контрацепции.

Разумный подход к выбору

Помимо эмоциональных и психологических причин, препятствующих использованию гормональных контрацептивов женщинами, сложности с выбором КОК иногда возникают и у самих врачей. Как правило, подобные трудности бывают вызваны **конкретными клиническими ситуациями**, связанными с противопоказаниями к применению КОК, сопутствующими патологическими состояниями или индивидуальными особенностями пациенток. На что обратить внимание в этом случае и как подобрать наиболее оптимальный препарат?

При назначении **любых медикаментов**, предотвращающих незапланированную беременность, врачам следует руководствоваться «Национальными медицинскими критериями приемлемости методов контрацепции»⁵. По сути, это сборник рекомендаций по всем имеющимся в настоящее время видам контрацепции с учётом показаний, противопоказаний, индивидуальных особенностей пациенток и сопутствующих патологических состояний.

Главная задача любого КОК — **надёжная защита** от незапланированной беременности. Это первый критерий, на который следует обращать внимание при подборе лекарственного средства. Один из оптимальных вариантов — комбинация 17β-эстрадиола 1,5 мг + номегэстрола ацетата 2,5 мг (17β-Э/НА) в качестве монофазного средства для гормональной контрацепции с **режимом «24+4»** («Зоэли»)². Это первый и пока единственный на рынке препарат, оба действующих вещества в котором биоидентичны натуральным гормонам.

- 17β-эстрадиол (17β-Э) — эстрогенный компонент, биоидентичный эндогенному, что добавляет баллов к профилю безопасности и переносимости. Он подавляет синтез фолликулостимулирующего гормона и угнетает фолликулогенез⁶.
- Номегэстрола ацетат (НА) — гестагенный компонент, максимально приближенный к натуральному прогестерону. Он обладает выраженной способностью подавлять гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось, **высоко селективен**,

не оказывает андрогенного, эстрогенного, глюкокортикоидного и минералокортикоидного действия. При этом он умеренно антиандрогенен, обладает выраженной антигонадотропной активностью и оказывает антиэстрогенное влияние на слизистую оболочку матки⁷.

Препарат, содержащий комбинацию 17β-Э/НА, зарегистрирован в России в 2012 году и с тех пор накопил **значительную доказательную базу** по эффективности и безопасности^{8–10}. В частности, возможные опасения пациенток относительно безопасности КОК и его влияния на дальнейшие трудности с зачатием можно развеять конкретными фактами. Так, индекс Перля при использовании комбинации 17β-Э/НА составляет **0,38–0,66**, а овуляции не происходит ни у одной женщины¹¹. При этом после отмены КОК фертильность восстанавливается в среднем через 21 сут.

Длительный период полувыведения (46 ч) даёт возможность не беспокоиться из-за несвоевременного приёма или даже пропуска таблетки¹². Даже если это произойдёт, контрацептивная эффективность КОК сохранится и дополнительного использования барьерных средств не потребуется. Однако при консультировании пациенток важно подчеркнуть, что надеяться на подобное везение и регулярно нарушать врачебные предписания не стоит, всё-таки следует соблюдать рекомендуемые правила приёма контрацептива — **ежедневно в одно и то же время**.

Возможность тромботических осложнений — одна из важных причин сомнения пациенток в безопасности КОК. Впрочем, уже давно доказано, что гормональные контрацептивы **незначительно влияют на частоту тромбозов** (например, глубоких вен). Если сравнить риск КОК по этому параметру, то он чуть выше, чем в целом в популяции (4,4 против 5–10 на 100 тыс. женщин-лет), и меньше, чем при беременности и в послеродовом периоде (7–27 и 40–60 на 10 тыс. женщин-лет соответственно)^{13,14}. Одна из особенностей комбинации 17β-Э/НА — **максимальная инертность** по отношению к свёртывающей системе крови, в связи с чем КОК не оказывает тромбогенного влияния, и вероятность тромботических осложнений на фоне его приёма низкая^{15–17}. При его использовании в 3500 наблюдениях не было зарегистрировано ни одного случая тромбоза.

Если говорить о здоровье «нижнего этажа» и женщины в целом, то комбинация 17β-Э/НА **обеспечивает профилактику** обострений воспалительных заболеваний тазовых органов, функциональных кист⁴, эктопической беременности, железодефицитной анемии (за счёт уменьшения кровопотери).

Разберём возможность использования КОК, содержащего 17β-Э/НА, на конкретных примерах.

Клиническая ситуация 1: перименопауза

Перименопаузальный период — пора **гормонального дисбаланса**. В этот период в организме женщин происходят значительные изменения, связанные с постепенным выключением репродуктивной функции и эстрогенодефицитом, однако способность к зачатию при этом остаётся по-прежнему высокой. В этой ситуации важно не только **подготовить пациентку к менопаузе** и вхождению в следующий этап жизненного цикла, но и поддержать здоровье и обеспечить ей надёжную контрацептивную защиту.

Вплоть до наступления менопаузы женщинам необходимо назначение эстроген-гестагенных средств, с которых в дальнейшем их можно будет **плавнo перевести** на менопаузальную гормональную терапию (МГТ). Стоит отметить, что 17β -Э, входящий в состав гормонального контрацептива (комбинация 17β -Э/НА), нередко содержится и в препаратах для МГТ в качестве основного компонента. Таким образом, переход с КОК на МГТ будет незаметным и не окажется стрессовым событием для женского организма. Помимо отсутствия гормональных колебаний и стабилизации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси это позволит **минимизировать риск гиперпластических процессов** эндометрия и предупредить образование рецидивирующих функциональных кист (они нередко становятся клиническим проявлением снижения овариального резерва), избежав таким образом дополнительного лечения и излишних хирургических вмешательств, значительно снижающих качество жизни пациенток.

Более того, следует также учитывать тот факт, что переход женщины в статус «40+» не означает полного отказа от реализации репродуктивной функции. Вероятно, пациентка **захочет стать матерью** (впервые или ещё раз), и КОК в этом случае можно будет рассматривать в качестве лечебного этапа прегравидарной подготовки.

Необходимо отметить также **метаболическую нейтральность** комбинации 17β -Э/НА, что даёт возможность считать препарат одним из наиболее безопасных вариантов для длительного использования. Эти преимущества могут оказаться важными **для особых категорий пациенток** — с факторами риска и сопутствующими эндокринными нарушениями, нередко ассоциированными с возрастом (метаболическими нарушениями, гиперлипидемией, избыточной массой тела). КОК не оказывает значимого влияния на содержание глюкозы в крови натощак или концен-трацию инсулина, на показатели холестерина, липопротеинов высокой или низкой плотности^{18,19}, параметры свёртывания крови (фибриноген и плазминоген) у женщин в перименопаузе после шести циклов применения.

Врачи могут столкнуться с логичным вопросом женщин: не повлияет ли КОК с 17β -Э/НА **на увеличение массы тела**? Прямой связи между приёмом комбинации и появлением лишних килограммов нет^{20–23}. Препарат также способствует **сохранению минеральной плотности ткани** даже при длительном применении²⁴. Этот факт особенно важен для пациенток старшего репродуктивного возраста, поскольку менопауза нередко становится мощным триггером для развития хрупкости костей и остеопороза.

Клиническая ситуация 2: нарушения менструального цикла

Любой современный КОК помимо своей непосредственно контрацептивной функции может проявлять **дополнительные «лечебные» свойства**, что следует использовать в клинической практике для укрепления и поддержания женского здоровья. Одна из ситуаций, в которой идеально подойдут препараты этой группы, — **на-рушения менструального цикла**. Комбинация 17β -Э/НА хорошо зарекомендовала себя именно по этому направлению.

Во-первых, КОК, содержащий 17β-Э/НА, обеспечивает надёжное **управление менструальным циклом** и **уменьшение объёма кровопотери**. Около 73% пользовательниц препарата отмечают кровотечения отмены в каждом цикле или пропуск всего одного-двух кровотечений отмены в год, при этом они становятся менее короткими или менее обильными. На фоне приёма лекарственного средства возможно **отсутствие менструальноподобного кровотечения** (повышение частоты аменореи до 5–12%). Это не считается побочным эффектом и не должно пугать пациенток, а, наоборот, может оказаться для некоторых женщин дополнительным удобным преимуществом. Отсутствие кровотечений отмены не увеличивает частоту кровотечений «прорыва» или кровянистых выделений в следующем цикле¹¹. Чаще всего такую реакцию можно объяснить укороченным безгормональным интервалом (4 дня) или длительным периодом полувыведения НА.

[Номергэстрола ацетат способствует значительному подавлению роста эндометрия, что также отражается на сокращении длительности кровотечений — эндометрий как будто «бездействует» и истончается, в результате менструации становятся скудными и редкими.]

Во-вторых, НА способствует значительному **подавлению роста эндометрия**, что отражается на **сокращении длительности кровотечений**. В этом случае эндометрий как будто «бездействует» и **становится тоньше** (его толщина уменьшается с 9,9 до 4,9 мм через 6 мес использования), что и объясняет снижение обильности и продолжительности менструаций, которые становятся скудными и редкими¹¹. Согласно исследованиям, при использовании комбинации 17β-Э/НА кровотечение длилось 3–4 дня и было менее обильным, чем до применения препарата, а за 3 мес наблюдения общее количество дней с кровотечениями или кровянистыми «мажущими» выделениями не превышало 12–15¹¹. Иными словами, КОК, содержащий 17β-Э/НА, обеспечивает **укороченные, менее обильные и безболезненные** кровотечения отмены.

В-третьих, нельзя не отметить эффект комбинации 17β-Э/НА в отношении дисменореи — КОК способствует значительному **облегчению болевого синдрома** при менструации, а также уменьшению интенсивности и продолжительности кровотечений. Изменения становятся особенно заметны при длительном приёме препарата — через 6–13 циклов²⁵. Кроме того, комбинация 17β-Э/НА способствует снижению выработки простагландинов, а также стабильному подавлению функции яичников и подавлению пролиферации тканей, что в итоге приводит к уменьшению выраженности хронической **тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом**²⁶. Использование КОК благоприятно влияет на интенсивность тазовой боли, сексуальную функцию и качество жизни²⁷.

Применительно к нарушениям менструального цикла стоит отметить, что НА также способствует **регуляции предменструальных симптомов** и повышению концентрации биологических веществ (аллопрегнанолона, эндорфинов) в различных зонах головного мозга, воздействуя на нервные клетки на нейромедиаторном уровне. Аллопрегнанолон в свою очередь проявляет анксиолитическую, седативную и ан-

тиэпилептическую активность. Итогом этих влияний становится снижение уровня стресса, **улучшение настроения и эмоционального состояния**, защита нейронов и восстановление адаптивных возможностей нервной системы²⁸.

Клиническая ситуация 3: негативный опыт

Ещё одна «сложная» категория пользовательниц КОК — женщины, принимающие препарат с целью контрацепции, однако предъявляющие **жалобы на нежелательные явления** — изменение массы тела и настроения, уменьшение либидо, появление тошноты. Вероятно, такие признаки могут быть связаны с **неудовлетворительной переносимостью** гормональной контрацепции.

Действительно, в числе **побочных эффектов эстрогенных компонентов**, особенно с этинильным радикалом в составе, отмечают нагрубание молочных желёз, нарушение сексуальной функции, диспепсические расстройства, изменения настроения и сна и другие дискомфортные состояния, а также неблагоприятное влияние на липидный профиль (повышение концентрации триглицеридов, увеличение прокоагуляционной активности)²⁹. К тому же и **некоторые гестагенные компоненты** могут взаимодействовать со стероидными рецепторами, обуславливая развитие различных побочных эффектов, таких как отёки, увеличение массы тела, появление угревых высыпаний на коже^{30,31}.

В случае, когда пациентка нуждается в надёжной защите от нежеланной беременности, вариантом выбора могут стать препараты, содержащие гормоны, близкие по составу натуральным. Этому запросу отвечает комбинация 17β-Э/НА. Благодаря бережному действию эстрогенного компонента такой КОК особенно хорошо подойдёт для девушек, **только начинающих** принимать средства пероральной контрацепции. Кроме того, нейтральность действующих веществ по отношению к метаболизму и свёртывающей системе крови позволит минимизировать вероятность побочных эффектов.

[Если необходима надёжная защита от нежеланной беременности, вариантом выбора могут стать препараты, содержащие гормоны, близкие по составу натуральным. Они хорошо подойдут для девушек, только начинающих принимать средства пероральной контрацепции.]

Современные биоидентичные аналоги эндогенного эстрогена (в частности, 17β-Э без этинильного радикала) **не оказывают отрицательного влияния** на гемостаз, функции печени, ренин-ангиотензин-альдостероновую и сердечно-сосудистую системы, на липидный и углеводный обмен^{18,32}.

НА, будучи прогестагеном, позволяет решить ещё одну частую проблему молодых пациенток — **андрогензависимые дермопатии**. НА взаимодействует с рецепторами андрогенов и блокирует их, оказывая таким образом **антиандрогенное действие**, в связи с чем приём КОК, помимо контрацептивного эффекта, позволяет также улучшить состояние кожи и волос у женщин с акне, себореей и гирсутизмом⁷.

Стоит отметить, что НА обладает благоприятным профилем безопасности относительно молочных желёз, поскольку **не провоцирует пролиферативных изменений** в их тканях, что минимизирует риск рака этих органов. Более того, НА способен блокировать действие эстрадиола в клетках молочной железы (как в здоровых, так и в раковых), уменьшая его количество, а также изменять метаболизм эстрогенов, угнетая некоторые вещества (сульфатазу, ароматазу и 17 β -гидроксистероиддегидрогеназу) и, как следствие, их пролиферативное влияние. Иными словами, НА не только не провоцирует, но и профилактирует рак молочной железы³³. Таким образом, использование комбинации 17 β -Э/НА возможно также у пациенток с доброкачественной дисплазией молочных желёз, что обеспечивает защитный эффект и способствует **уменьшению болезненности** молочных желёз.



Выбор оптимального гормонального контрацептива — **нетривиальная задача** для акушера-гинеколога, и активность в этом вопросе должен проявлять именно он. Выслушать, уточнить, посоветовать — **три ключевых действия** при контрацептивном консультировании, позволяющих врачу помочь пациентке сделать правильный выбор и поставить её на «путь истинный». Помимо современных трендов эффективности и безопасности и дополнительных неконтрацептивных свойств существующих на рынке препаратов практикующий специалист должен учитывать **индивидуальные особенности** каждой женщины (возраст, репродуктивные планы, сопутствующие патологические состояния, вредные привычки и т.д.). Важно донести до пациенток, что гормональная контрацепция — **благо и защита для здоровья**, причём не только репродуктивного. **SP**

Литература

1. Hannaford P.C., Iversen L., Macfarlane T.V. et al. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study // *BMJ*. — 2010. — Vol. 340. — P. 927. [PMID: 20223876]
2. ОХЛП «Зозли». — ЛП-№(009694)-(ПГ-РУ) 10.04.2025. — URL: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=c16f287c-334c-479b-ace7-dd5b536094fd.
3. 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]
4. Chabbert-Buffet N. et al. Inhibition of ovulation by NOMAC/E2, a novel monophasic oral contraceptive combining norgestrel acetate and 17 β -oestradiol: a double-blind, randomised, dose-finding pilot study // *The Eur. J. Contracept. Repr. Health Care.* — 2011. — Vol. 16. — P. 76–84.
5. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. — М., 2023. — 72 с.
6. 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]
7. 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]
8. 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]
9. Reed S., Koro C., DiBello J. et al. Unintended pregnancy in users of norgestrel acetate and 17 β -oestradiol (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]
10. Fruzzetti F., Machado R.B., Lete 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]
11. Mansour D. et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate and 17 β -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. — Vol. 16. — №6. — P. 430–443. [PMID: 21995590]
12. Ruan X. et al. The pharmacology of norgestrel acetate // *Maturitas.* — 2012. — Vol. 7. — P. 345–353.
13. 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]
14. 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 // *Clinical Drug Investigation.* — 2002. — Vol. 22. — №4. — P. 221–231.
15. Gaussem P. et al. Haemostatic effects of a new combined oral contraceptive, norgestrel acetate/17 β -estradiol, compared with those of levonorgestrel/ethinyl estradiol // *Trombosis and Haemostasis.* — 2011. — Vol. 105. — №3. — P. 560–567.
16. Biłkowska 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]
17. 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]
18. 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]

19. Reed S., Koro C., DiBello J. et al. Prospective controlled cohort study on the safety of a monophasic oral contraceptive containing norgestrel 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]

20. 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]

21. Coney P. 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.

22. Oelkers W. 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.

23. Endrikat J. 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.

24. Sørdal T., Grob P., Verhoeven C. Effects on bone mineral density of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel acetate/17β-estradiol in comparison to levonorgestrel/ethinylestradiol // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 2012. — Vol. 91. — №11. — P. 1279–1285. [PMID: 22762147]

25. Witjes 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]

26. 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]

27. Caruso S., Cianci A., Iraci Sareri M. et al. Randomized study on the effectiveness of norgestrel acetate plus 17β-estradiol oral contraceptive versus dienogest oral pill in women with suspected endometriosis-associated chronic pelvic pain // BMC. Women's. Health. — 2022. — Vol. 22. — №1. — P. 146. [PMID: 35538479]

28. 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]

29. 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]

30. Żyła 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]

31. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. — URL: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-use-of-estrogen-progestin-contraceptives>.

32. 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]

33. Mueck A.O., Ruan X. Benefits and risks during HRT: main safety issue breast cancer // Horm. Mol. Biol. Clin. Invest. — 2011. — Vol. 5. — №2. — P. 105–116. [PMID: 25961246]

Научно-практическое издание

Дьяконов Сергей Александрович, **Мартынова** Мила Алексеевна

ТРИ ПУТИ

Алгоритм выбора комбинированных оральных контрацептивов в зависимости от клинических ситуаций

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: Латипов Абдулатип Абдуллаевич

Препресс-директор: Демкова Нелли Владимировна

Выпускающий редактор: Осипова Марина Владимировна

Руководитель группы вёрстки: Скучоткина Юлия Сергеевна

Вёрстка: Григорьева Елена Владимировна

Корректоры: Соседова Елена Анатольевна, Фридовская Эльнара Умалатовна

Дизайнер: Ильина Анна Алексеевна

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, ЛП-№(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