



М.Р. Оразов, Е.Д. Долгов

## Переходный период

Прогнозирование и персонифицированный  
менеджмент в пре- и перименопаузе

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens  
*profmedia*

2026

# ВЕНДИОЛ

Первый зарегистрированный в России  
КОК с гестоденом и ультранизкой  
дозой ЭЭ 15 мкг<sup>1</sup>



Реклама

15 мкг ЭЭ



60 мкг гестодена

в режиме 24+4



1. URL: [grls.rosminzdrav.ru](http://grls.rosminzdrav.ru) 13.10.2025.

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА», г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail: [GRFarma@g-richter.ru](mailto:GRFarma@g-richter.ru). Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: [centr@g-richter.ru](mailto:centr@g-richter.ru), [www.gedeonrichter.com/ru/ru](http://www.gedeonrichter.com/ru/ru).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

KEDP/DAFS3C



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

М.Р. Оразов, Е.Д. Долгов

## Переходный период

Прогнозирование и персонифицированный  
менеджмент в пре- и перименопаузе

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens  
*profmedia*

**2026**

Москва

УДК 618  
ББК 57.1  
О-63

**Авторы:**

*Мекан Рахимбердыевич Оразов*, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы (Москва); *Евгений Денисович Долгов*, клинический ординатор той же кафедры (Москва).

О-63 **Переходный период. Прогнозирование и персонифицированный менеджмент в пре- и перименопаузе** : Информационный бюллетень / М.Р. Оразов, Е.Д. Долгов ; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2026. — 16 с.

ISBN 978-5-907814-34-9

Менопаузальный переход — важный период в жизни каждой женщины старшего репродуктивного возраста. Физиологически он неизбежен, но это идеальное время для достижения двух важных целей — снижения рисков заболеваний, ассоциированных с возрастом, и сохранения качества жизни пациенток.

В старшем репродуктивном возрасте функция яичников начинает постепенно угасать, что ассоциировано с гормональным дисбалансом и с широким спектром различных нарушений, как системных, так и эндокринно детерминированных. В то же время вероятность незапланированной беременности остаётся по-прежнему высокой, а выполнение медицинского аборта в таком возрасте влечёт за собой опасность тяжёлых осложнений. Эти пациентки нуждаются не только в надёжной контрацепции, но и в дополнительных неконтрацептивных свойствах препаратов, направленных на профилактику менопаузальных симптомов и других заболеваний.

Плавный переход от гормональной контрацепции к менопаузальной гормональной терапии обеспечит поддержку женского здоровья, профилактику неблагоприятных возрастных изменений и высокое качество жизни. Наиболее удобные инструменты для этой цели — комбинированные оральные контрацептивы и менопаузальная гормональная терапия.

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

УДК 618  
ББК 57.1

ISBN 978-5-907814-34-9

© Оразов М.Р., Долгов Е.Д., 2026  
© ООО «Медиабурос Статус презенс», 2026

Достижение **определённой возрастной отметки** не означает резкого и полного выключения репродуктивной функции. Порой женщина может стать матерью в том возрасте, когда её сверстницы получают статус бабушек и нянчат внуков. Всё происходит постепенно, на протяжении нескольких лет. И даже нарушения менструального цикла и другие характерные симптомы, связанные с постепенным выключением функции яичников и, как следствие, гормональным дисбалансом, — совсем **не гарантия защиты** от незапланированной беременности.

Менопаузальный переход служит **важной вехой в жизненном цикле женщины**. Это особый критический период в жизни пациентки, ассоциированный с широким спектром полисистемных и эндокринно детерминированных метаболических нарушений, значимо снижающих качество жизни. Менопауза напрямую связана с угасанием функции яичников на фоне расстройств иерархического принципа регуляции репродуктивной оси. Хронологическое старение и старение яичников — **два взаимосвязанных процесса**, которые влияют на возраст менопаузы<sup>1</sup>.

За последние десятилетия в ходе нескольких международных исследований, посвящённых изучению физиологии менопаузального перехода, была составлена хронология **репродуктивных и гормональных изменений**, сопровождающих указанный процесс.

## «Термометр» переходного периода

Стадии старения репродуктивной системы женского организма определяют согласно принятой в 2012 году усовершенствованной шкале Stages of Reproductive Aging Workshop +10 (STRAW+10; см. инфографику 1). «Крупные» периоды жизни женщины (репродуктивный, менопаузальный переход и постменопауза) разделены на стадии и фазы, что в ряде ситуаций принципиально важно для клинициста (например, для решения вопроса о целесообразности репродуктивных технологий или при назначении менопаузальной гормональной терапии [МГТ]).


Перименопауза начинается со стадии  $-2$  и завершается через 12 мес с момента последней менструации. О **начале переходного периода** следует говорить в 40–45 лет, когда появляется вариабельность менструального цикла.

**Переходный период** включает в себя позднюю репродуктивную стадию ( $-3$ ), раннюю ( $-2$ ) и позднюю стадии пременопаузы ( $-1$ ). Обычно его финалом считают наступление функциональной менопаузы (стадия 0)<sup>2–4</sup>, но некоторые эксперты включают в него и раннюю постменопаузу ( $+1$ )<sup>1</sup>.

**Менопауза** — последняя самостоятельная менструация, за которой следует вторичная аменорея в течение 12 мес (то есть установить менопаузу можно только ретроспективно — спустя 12 мес после прекращения менструаций). Средний возраст менопаузы у женщин европеоидной расы составляет 51 год.

# ШКАЛА STRAW+10

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ ЖЕНЩИНЫ

Стадия	Менархе	весна		лето	
	-5	-4	-3b	-3a	
ТЕРМИНОЛОГИЯ	Репродуктивный период				
	Ранний	Расцвет	Поздний		
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ	Различная				
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ					
Менструальный цикл	Регулярный или нерегулярный характер	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения по обильности / продолжительности	
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ КРИТЕРИИ					
Эндокринные характеристики:					
ФСГ			Низкий	Вариабельный*	
АМГ			Низкий	Низкий	
Ингибин В			Низкий		
Число антральных фолликулов			Низкое	Низкое	
Описательные характеристики					
Симптомы					

\* Образцы крови взяты на 2–5-й дни менструального цикла.

осень		Менопауза (0)			зима
-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Пременопауза		Постменопауза			
Ранняя	Поздняя	Ранняя			Поздняя
Перименопауза					
Различная	1–3 года	2 года (1 + 1)		3–6 лет	Остальной период жизни
Различная продолжительность, стабильные (от 7 дней и выше) колебания по продолжительности последовательных циклов	Продолжительность аменореи от 60 дней и более				
Вариабельный, чаще высокий	Больше 25 МЕ/л	Высокий	Стабильно высокий		
Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий		
Низкий	Низкий	Низкий	Очень низкий		
Низкое	Низкое	Очень низкое	Очень низкое		
	<b>Вазомоторные симптомы</b> Вероятно	<b>Вазомоторные симптомы</b> Весьма вероятно		<b>Симптомы урогенитальной атрофии</b> Усугубление	

**Вывод:** Шкала STRAW+ 10 позволяет систематизировать оценку состояния репродуктивной системы **вне привязки к возрасту**.

Менопауза наряду со **снижением овариального резерва** (определяемые лабораторно концентрации антимюллера гормона и ингибина В) и **уменьшением количества антральных фолликулов** (по данным УЗИ) — основные характеристики репродуктивного старения.

Не так страшно и неприятно само достижение менопаузы, хотя этот факт — определённый психологический груз для многих пациенток, как связанная с этим периодом **выраженная гормональная перестройка**, вызывающая вполне **ощутимые клинические симптомы**. Уже в переходном периоде могут клинически манифестировать типичные вазомоторные и психоэмоциональные нарушения, обусловленные нейроэндокринной дисфункцией на уровне гипоталамо-гипофизарных и лимбических структур центральной нервной системы.

По сути, менопауза — тот самый «переломный момент», который может запустить **каскад порой необратимых изменений**, и от них будет зависеть последующая жизнь пациенток. От действий, предпринятых как самой женщиной, так и её лечащим врачом, во многом зависит и здоровье, и пресловутое качество жизни пациентки.

Вазомоторные симптомы, вызванные дефицитом половых гормонов, не только причиняют дискомфорт, но и становятся **отправной точкой различных рисков** — кардиоваскулярных, эндокринных, неврологических, онкологических. В числе вероятных неблагоприятных последствий — эндотелиальная дисфункция, инсулинорезистентность, остеопороз, воспалительные изменения, когнитивные нарушения. Иными словами, процессы старения затрагивают не только половую систему, но и другие эстрогензависимые органы и системы женского организма.

## Кого возраст — не помеха?

Как было сказано выше, для женщин старшего репродуктивного возраста характерно постепенное угасание функции яичников и появление симптомов гормонального дисбаланса. Кроме того, у таких пациенток с большой вероятностью есть сопутствующие **гинекологические и экстрагенитальные заболевания** в хронической или осложнённой форме.

Несмотря на драматическое снижение овариального резерва и фертильности, в указанный период времени у женщин сохраняется овуляция, и **вероятность незапланированного зачатия** достаточно высока<sup>3</sup>. Так, за 5 лет до менопаузы частота циклов с **указывающими на лютеинизацию** гормональными изменениями составляет 87,9%, а за 1 год — до 22,8%<sup>6</sup>.

Иными словами, в период **менопаузального перехода** ни одна пациентка не застрахована от незапланированной беременности. Медицинский аборт, выполненный в таком возрасте, грозит высокой частотой осложнений. Учитывая эти дан-

[ Менопауза — тот самый «переломный момент», который может запустить каскад порой необратимых изменений, от которых зависит последующая жизнь пациенток. От предпринятых врачом и женщиной действий во многом зависит и здоровье, и пресловутое качество жизни. ]

## Возраст не приходит один

«Климакс», перименопауза, менопаузальный переход — как только не называют столь важный в жизни каждой женщины период. До сих пор как у обычных, так и у медицинских специалистов возникают **сложности с чётким определением** этого переходного периода.

Даже термин «менопауза» может иметь свои интерпретации. Иногда менструация может вернуться и по истечении 12 «бескровных» месяцев. Например, после 360 дней аменореи «эти дни» возможны у 10,5% пациенток в возрасте 45–49 лет и у 4,5% — старше 53 лет<sup>7</sup>. Получается, что стандартизировать это состояние сложно и, вероятно, требуется **более длительный период** (1–2 года) наблюдения за сохранением аменореи, чтобы делать окончательные выводы о переходе женщины в новый статус.

С учётом определённых тенденций к увеличению возраста наступления менопаузы некоторые эксперты фиксируют **58 лет** для автоматической классификации женщины как пациентки в постменопаузе независимо от симптоматики<sup>8</sup>.

Согласно статистике ВОЗ, глобальная популяция женщин в постменопаузе растёт. В 2020 году она составила около 1 млрд. По предварительным прогнозам, к 2050-му эта отметка превысит 1,6 млрд<sup>9</sup>. В 2021 году представительницы в возрасте **50 лет и старше** составляли **26%** от всего прекрасного пола в мире, включая девочек (в 2011 году их было 22%). Выросла также и **средняя продолжительность жизни женщин** — после 60 лет они могут прожить в среднем ещё как минимум 21 год<sup>10</sup>. Более того, многие из них продолжают работать и представляют собой значительную часть трудовых ресурсов.

Как бы ни называли этот период и в каком бы возрасте он ни наступал, на первое место должны выходить **благополучие и высокое качество жизни** пациенток. Сегодня в руках медицинских специалистов есть все инструменты для поддержания женского здоровья и активного образа жизни в любом возрасте.

ные, можно с уверенностью утверждать, что женщины в это время по-прежнему нуждаются в **надёжной контрацепции**.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) установлено, что возраст не может служить единственным противопоказанием для назначения надёжных методов контрацепции, поскольку **нельзя исключать** полную потерю фертильности до достижения возраста **59 лет**<sup>5</sup>.

## Контрацептивный менеджмент

Важно отметить, что женщины **старшего репродуктивного возраста** (–3b и –3a по классификации STRAW+10) — особая когорта пациенток. Они нуждаются не только в надёжной защите от незапланированной беременности (комбинированные оральные контрацептивы [КОК] — один из наиболее эффективных методов

# СТАРШИЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ



## АЛГОРИТМ ВЫБОРА КОК У ПАЦИЕНТОК БЕЗ ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ КОМОРБИДНОСТЕЙ

Пациентка старшего репродуктивного возраста  
(–3a и –3b по классификации STRAW+10)

Потребность в надёжной контрацепции

Отсутствие верифицированных коморбидностей  
(нормальный индекс массы тела, нет эндокринно-метаболических нарушений, факторов риска пролиферативных и венозно-тромбоэмболических состояний)

Использует КОК на основе этинилэстрадиола  
в настоящее время?

Нет

КОК с 15 мг  
эстетрола и 3 мг  
дроспиренона

Да

КОК с 0,015 мг  
этинилэстрадиола  
и 0,06 мг гестодена

**ВЫВОД:** У женщин старшего репродуктивного возраста целесообразно использовать КОК с биоидентичными эстрогенами или с ультранизкой дозой этинилэстрадиола.

для этой цели), но и в **дополнительных неконтрацептивных свойствах** препаратов, направленных на профилактику менопаузальных симптомов и иных патологических состояний.

Основные цели и преимущества использования КОК у женщин старшего репродуктивного возраста.

- Высокая контрацептивная эффективность.
  - Благоприятный профиль безопасности.
  - Наличие дополнительных экстраконтрацептивных преимуществ.
- Первичные дополнительные экстраконтрацептивные преимущества КОК<sup>11</sup>.
- Снижение объёма менструальной кровопотери при обильных маточных кровотечениях.
  - Регуляция менструального цикла.
  - Профилактика железодефицитной анемии и латентного железодефицита.
  - Купирование проявлений предменструального синдрома.
  - Снижение выраженности дисменореи.

Вторичные превентивные неконтрацептивные преимущества КОК у женщин старшего репродуктивного возраста<sup>11</sup>.

- Снижение риска рака яичников, эндометрия, колоректального рака.
- Уменьшение вероятности ревматоидного артрита.
- Снижение риска бронхиальной астмы.
- Профилактика внематочной беременности.

[ Женщины старшего репродуктивного возраста нуждаются не только в надёжной защите от незапланированной беременности, но и в **дополнительных неконтрацептивных свойствах** препаратов, направленных на профилактику менопаузальных симптомов и других заболеваний. ]

Ключевым канонем выбора КОК у пациенток старшего репродуктивного возраста (–3b и –3a по классификации STRAW+10) считают соблюдение принципа «**чем выше возраст, тем ниже доза эстрогена**». Таким образом, у женщин этой когорты предпочтительно использовать препараты с малыми дозами эстрогенов (например, этинилэстрадиол [ЭЭ]), в том числе биоидентичных (например, эстротол) (см. инфографику 2).

## Гормональный менеджмент

Согласно отечественным клиническим рекомендациям по менопаузе и климактерическим расстройствам, выбор препаратов МГТ, а также режим и способ их использования следует осуществлять **индивидуально**, с учётом выраженности клинических симптомов, персонального и семейного анамнеза, стадии репродуктивного старения, результатов соответствующих исследований, наличия коморбидных состояний, предпочтений и ожиданий женщины для обеспечения высокой эффективности, безопасности и приверженности приёму<sup>12</sup>.

## Варианты есть!

Ключевым принципом менеджмента переходного периода служит **риск-ориентированный подход**, подразумевающий постепенное снижение дозы эстрогена с возрастом и учёт персонифицированных неконтрацептивных преимуществ того или иного препарата. В связи с этим у пациенток старшего репродуктивного возраста, не имеющихотяжённого коморбидного фона, резонно использовать КОК на основе ЭЭ и гестодена, обладающего благоприятным профилем безопасности, в том числе в отношении эндометрия<sup>13</sup>, или КОК на основе эстетрола и дроспиренона для женщин, только начинающих приём представителей этой группы<sup>14</sup>.

В случае если пациентка старшего репродуктивного возраста только начинает приём гормональных препаратов, защищающих от незапланированной беременности, можно порекомендовать ей препараты с биоидентичными эстрогенами, например КОК, содержащий 15 мг эстетрола в сочетании с 3 мг дроспиренона («Эстеретта»)<sup>15–20</sup>.

Неконтрацептивные преимущества данной уникальной комбинации<sup>21–34</sup>.

- Ангиопротективный и антиатерогенный эффект.
- Минимальное влияние на гемостазиологический профиль.
- Надёжный контроль менструальной функции.
- Нейтральный эндокринно-метаболический профиль, а также повышение уровня липопротеинов высокой плотности на 4%.
- Поддержание высокого качества сексуальной жизни.

Для пациенток старшей возрастной группы целесообразен переход с КОК, содержащих ЭЭ, на препараты с ультранизкой дозой ЭЭ в комбинации с гестоденом (например, «Вендиол», содержащий 0,015 мг ЭЭ и 0,06 мг гестодена)<sup>35</sup>, что позволяет значительно снизить гормональную нагрузку и уменьшить эстрогензависимые побочные эффекты.

Гестоден остаётся приоритетным гестагеном с близкой к 100% биодоступностью и селективностью не только для эффективного подавления овуляции, но и для снижения пролиферативной активности клеток, ингибирования ароматазы на локальном уровне с целью **профилактики гиперпластических процессов эндометрия**.

Императивные показания перехода с КОК на МГТ согласно национальным критериям приемлемости методов контрацепции<sup>5</sup>.

- Прекращение менструальноподобной реакции (при исключении беременности).
- Климактерический синдром и генитоуринарный менопаузальный синдром на фоне использования КОК, в том числе в безгормональном периоде.
- Пациентки в возрасте 55 лет или старше, которые по какой-либо причине продолжают принимать КОК.
- Манифестация климактерического синдрома на фоне вынужденной отмены КОК.

- Концентрация фолликулостимулирующего гормона 30 мМЕд/л и выше при двукратном измерении в безгормональный период приёма КОК. Достаточно одного любого показания из вышеперечисленных.

## Плавный переход

МГТ следует планировать после оценки и **стратификации рисков лечения** для решения вопроса о возможности её назначения. В ходе выбора МГТ у конкретной пациентки необходимо **персонализировать режим гормональной терапии**, обеспечив индивидуальный подбор типа, режима, дозы и пути введения препаратов. Возможны два варианта МГТ: циклический и непрерывный.

Основная функция гестагена в составе МГТ — защитное действие на эндометрий: микронизированный прогестерон, дидрогестерон и левоноргестрел в составе внутриматочной системы кроме протективного влияния на эндометрий могут обладать и другими эффектами.

В настоящее время абсолютно оправдано использование **трансдермального пути доставки эстрогенов**. Согласно отечественным клиническим рекомендациям по ведению пациенток в постменопаузе, предпочтение трансдермальным эстрогенам следует отдавать у женщин с наличием факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений, желчекаменной болезни и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сопровождающимися нарушениями всасываемости<sup>12</sup> (см. инфографику 3).

Критерии приемлемости МГТ, подготовленные рабочей группой Международной федерации акушеров-гинекологов (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, FIGO, 2024), в дополнение к вышесказанному отмечают необходимость использования трансдермальных эстрогенов у пациенток в поздней постменопаузе и при наличии сексуальной дисфункции<sup>36</sup>.

Согласно рекомендациям Корейского общества по менопаузе (Korean Society of Menopause, 2025), трансдермальные формы эстрогенов целесообразно рассматривать в качестве варианта при наличии следующих факторов рисков и состояний<sup>37</sup>.

- Факторы риска инсульта.
- Факторы риска венозных тромбоэмболических осложнений.
- Сексуальная дисфункция.
- Факторы психоэмоционального дистресса (трансдермальные эстрогены снижают риск депрессивных симптомов).
- Заболевания желчевыводящих путей (использование трансдермальных эстрогенов может быть ассоциировано со снижением риска гепатобилиарных осложнений).



Менопаузальный переход физиологически неизбежен, однако это идеальное время для того, чтобы достичь как минимум двух важных целей — снизить риски заболеваний, ассоциированных с возрастом, и помочь пациенткам сохранить качество

# РАННЯЯ ПОСТМЕНОПАУЗА

## АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ МГТ



**Вывод:** У женщин в стадии **ранней постменопаузы** при наличии факторов риска целесообразен выбор трансдермальной МГТ.


## Проникая сквозь кожу

В основе МГТ лежит риск-ориентированный подход. В настоящее время в России зарегистрирован трансдермальный эстроген в форме уникального спрея, содержащего 1,58 мг эстрадиола гемигидрата («Лензетто»)³⁸. Он обладает рядом фармакокинетических преимуществ, способных значимо **повысить compliance** пациенток к назначенной терапии.

- Точная индивидуальная доза.
- Уникальный дизайн распылителя, обеспечивающий полную абсорбцию и интеграцию препарата менее чем за 2 мин с момента аппликации.
- Отсутствие реакций раздражения на коже.
- Прозрачный состав, не пачкает одежду и бельё.
- Возможность мытьё места нанесения препарата через 1 ч без снижения его биодоступности.

Ключевая особенность заключается в том, что при нанесении на кожу трансдермального спрея эстрадиол образует **депо в роговом слое** и высвобождается в системный кровоток в течение 24-часового периода³⁹, что способствует поддержанию стабильной терапевтической концентрации препарата в крови на протяжении суток и его простому дозированию.

Каждая аппликация спрея обеспечивает высвобождение 90 мкл трансдермального препарата, содержащего 1,53 мг эстрадиола, что эквивалентно 1,58 мг эстрадиола гемигидрата. При этом выбор дозы препарата необходимо основывать исключительно на официальной характеристике³⁸.

жизни¹. **Управление рисками** стартует с модификации образа жизни, снижения индекса массы тела и контроля метаболического здоровья. Однако не стоит сбрасывать со счетов и свойства современных гормональных средств, причём не только прямые противозачаточные, но и **дополнительные неконтрацептивные**, способные оказать защиту и поддержку женскому организму. 

## Литература

1. Santoro N., Roca C., Peters B.A., Neal-Perry G. The menopause transition: signs, symptoms, and management options // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2021. — Vol. 106. — №1. — P. 1–15. [PMID: 33095879]
2. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Раевская О.А. и др. Очерки эндокринной гинекологии / Под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2024. — 672 с.
3. Talaulikar V. Menopause transition: physiology and symptoms // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* — 2022. — Vol. 81. — P. 3–7. [PMID: 35382992]
4. Mehta J.M., Manson J.E. The menopausal transition period and cardiovascular risk // *Nat. Rev. Cardiol.* — 2024. — Vol. 21. — №3. — P. 203–211. [PMID: 37752349]
5. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции / Под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилесской. — М., 2023. — 272 с.
6. Santoro N., Crawford S.L., El Khoudary S.R. et al. Menstrual cycle hormone changes in women traversing menopause: Study of women's health across the nation // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2017. — Vol. 102. — №7. — P. 2218–2229. [PMID: 28368525]
7. Лещенко О.Я. Менопаузальный переход: неоднозначность определений, диагностических маркеров и стратегий лечения // *PMЖ. Мать и дитя.* — 2025. — Т. 8. — №2. — С. 106–113.
8. Davis S.R., Taylor S., Hemachandra C. et al. The 2023 practitioner's toolkit for managing menopause // *Climacteric.* — 2023. — Vol. 26. — №6. — P. 517–536. [PMID: 37902335]
9. World population prospects 2024 / United Nations population division. — New York, 2024. — URL: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>.
10. Менопауза / ВОЗ. — 2024. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.
11. Coelingh Bennink H.J., Van Gennip F.A., Gerrits M.G. et al. Health benefits of combined oral contraceptives: A narrative review // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2024. — Vol. 29. — №2. — P. 40–52.
12. Менопауза и климактерическое состояние у женщины: Клинические рекомендации / Минздрав РФ. — М., 2025. — URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/117\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/117_3).
13. Stute P., Walker L.J., Eicher A. et al. Progestogens for endometrial protection in combined menopausal hormone therapy: A systematic review // *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2024. — Vol. 38. — №1. — P. 101815. [PMID: 37634998]
14. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Балан В.Е., Долгов Е.Д. Персонифицированный выбор комбинированной оральной контрацепции и менопаузальной гормонотерапии в старшем репродуктивном и перименопаузальном периодах // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2025. — Т. 24. — №6. — С. 131–138.
15. Pavlik T.I., Shimanovsky N.L., Zemlyanaya O.A., Fedotcheva T.A. The effect of progestins on cytokine production in the peripheral blood mononuclear cells of menopausal women and their luminol-dependent chemiluminescence // *Molecules.* — 2023. — Vol. 28. — №11. — P. 4354. [PMID: 37298830]
16. Stanczyk F.Z., McGough A., Chagam L., Sitruk-Ware R. Metabolism of progestogens used for contraception and menopausal hormone therapy // *Steroids.* — 2024. — Vol. 207. — P. 109427. [PMID: 38663566]
17. Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Новрузова Н.Х. Субмукозная миома матки и гиперплазия эндометрия: принципы лечения в репродуктивном периоде // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2020. — Т. 19. — №2. — С. 136–142.
18. Jahanfar S., Mortazavi J., Lapidow A. et al. Assessing the impact of hormonal contraceptive use on menstrual health among women of reproductive age: A systematic review // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* — 2024. — Vol. 29. — №5. — P. 193–223. [PMID: 39007750]
19. Hirschberg A.L. Challenging aspects of research on the influence of the menstrual cycle and oral contraceptives on physical performance // *Sports Med.* — 2022. — Vol. 52. — №7. — P. 1453–1456. [PMID: 35064914]
20. ОХЛП «Эстеретта». — ЛП-№(000350)-(РГ-РУ). — ГРЛС, 2025. — URL: [https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=31477466-640f-4183-b140-50bb75c2f677](https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=31477466-640f-4183-b140-50bb75c2f677).
21. 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]
22. Dama A., Baggio C., Trevisi L. et al. Regulation of human endothelial cell migration by oral contraceptive estrogen receptor ligands // *Eur. J. Pharmacol.* — 2023. — Vol. 945. — P. 175591. [PMID: 36804546]
23. Foidart J.M., Gaspard U., Pêqueux C. et al. Unique vascular benefits of estetrol, a native fetal estrogen with specific actions in tissues (NEST) / Sex steroids' effects on brain, heart and vessels. — Luxembourg: Springer, 2019. — 294 p.

24. Geraghty P., Taylor H.S. The next generation of oral contraception: advances in estrogens // Supplement to OBG management. — 2021. — P. S1–S4. — URL: [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/obgm\\_the\\_next\\_generation\\_of\\_oral\\_contraception\\_v8.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/obgm_the_next_generation_of_oral_contraception_v8.pdf).
25. Morimont L., Jost M., Gaspard U. et al. Low thrombin generation in users of a contraceptive containing estetrol and drospirenone // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2022. — Vol. 108. — №1. — P. 135–143. [PMID: 36099501]
26. Morimont L., Didembourg M., Bouvy C. et al. Low thrombin generation in postmenopausal women using estetrol // Climacteric. — 2024. — Vol. 27. — №2. — P. 193–201. [PMID: 38241059]
27. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Долгов Е.Д. Безопасность и доказательная база комбинированного орального контрацептива на основе эстетрола и дроспиренона: Краткое резюме // Клинический разбор в общей медицине. — 2024. — Т. 5. — №9. — P. 31–36.
28. Gemzell-Danielsson K., Apter D., Zatik J. et al. Estetrol-drospirenone combination oral contraceptive: A clinical study of contraceptive efficacy, bleeding pattern and safety in Europe and Russia // BJOG. — 2022. — Vol. 129. — №1. — P. 63–71. [PMID: 34245666]
29. Creinin M.D., Westhoff C.L., Bouchard C. et al. Estetrol-drospirenone combination oral contraceptive: North American phase 3 efficacy and safety results // Contraception. — 2021. — Vol. 104. — №3. — P. 222–228. [PMID: 34000251]
30. Klipping C., Duijkers I., Mawet M. et al. Endocrine and metabolic effects of an oral contraceptive containing estetrol and drospirenone // Contraception. — 2021. — Vol. 103. — №4. — P. 213–221. [PMID: 33428907]
31. Pinkerton J.V. Selective estrogen receptor modulators in gynecology practice // Clin. Obstet. Gynecol. — 2021. — Vol. 64. — №4. — P. 803–812. [PMID: 34310353]
32. Douxfils J., Gaspard U., Taziaux M. et al. Impact of estetrol (E4) on hemostasis, metabolism and bone turnover in postmenopausal women // Climacteric. — 2023. — Vol. 26. — №1. — P. 55–63. [PMID: 36399023]
33. Caruso S., Caruso G., Iraci Sileri M. et al. Correlation of sexual desire with sexual hormone binding globulin and free androgen index in women using combined contraceptives // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. — 2024. — Vol. 29. — №3. — P. 103–108. [PMID: 38588444]
34. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Сексуальная функция и качество жизни женщин, использующих комбинированные оральные контрацептивы на основе эстетрола и дроспиренона // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2024. — Т. 12. — Спецвыпуск. — С. 59–68.
35. ОХЛП «Вендиол». — ЛП-№(000061)-(ПГ-РУ). — ГРЛС, 2025. — URL: [https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=4a83a013-a4fb-4b06-bb05-6a77dd157df1](https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4a83a013-a4fb-4b06-bb05-6a77dd157df1).
36. Genazzani A.R., Divakar H., Khadilkar S.S. et al. Counseling in menopausal women: How to address the benefits and risks of menopause hormone therapy: A FIGO position paper // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2024. — Vol. 164. — №2. — P. 516–530. [PMID: 38178609]
37. Kim Y., Cho M.K., Chung Y.J. et al. The 2025 menopausal hormone therapy guidelines: Korean society of menopause // J. Menopausal. Med. — 2025. — Vol. 31. — №2. — P. 53–84. [PMID: 40954991]
38. ОХЛП «Лензетто». — ЛП-№(000070)-(ПГ-РУ). — ГРЛС, 2025. — URL: [https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=-419c4ac3-9763-4af2-b820-afe73b09e8d2](https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=-419c4ac3-9763-4af2-b820-afe73b09e8d2).
39. Algin-Yapar E., Inal Ö. Transdermal spray in hormone delivery // Trop. J. Pharm. Res. — 2014. — Vol. 13. — №3. — P. 469–474.

*Научно-практическое издание*

**Оразов Мекан Рахимбердыевич, Долгов Евгений Денисович**

## **ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД**

### **Прогнозирование и персонифицированный менеджмент в пре- и перименопаузе**

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:* Дьяконов Сергей Александрович

*Ответственный редактор:* Мартынова Мила Алексеевна

*Ответственный секретарь редакции:* Тихонова Валентина Андреевна

*Арт-директор:* Латипов Абдулатип Абдуллаевич

*Препресс-директор:* Демкова Нелли Владимировна

*Выпускающий редактор:* Осипова Марина Владимировна

*Руководитель группы вёрстки:* Скуточкина Юлия Сергеевна

*Вёрстка:* Григорьева Елена Владимировна, Калинина Галина Вячеславовна

*Корректоры:* Соседова Елена Анатольевна, Фридовская Эльнара Умалатовна

*Дизайнер:* Ильина Анна Алексеевна

*Принт-менеджер:* Мащнева Елена Дмитриевна

Подписано в печать 08.04.2026. Бумага офсетная. Печать офсетная.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 15 000 экз.

Ответственность за содержание рекламы и публикаций «На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс»

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

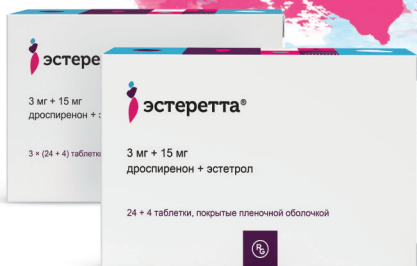
Тел.: +7 (499) 346 3902; e-mail: info@praesens.ru.

Отпечатано в типографии ООО «МИНИН»

603104, Нижний Новгород, ул. Краснозвёздная, д. 7а, оф. 3



9 785907 814349 >



## КОНТРАЦЕПЦИЯ БЕЗ КОМПРОМИССОВ

**Эстеретта®** – оригинальный гормональный контрацептив с натуральным селективным эстрогеном и дроспиреноном

- Контрацептивная эффективность 99,6%\* и восстановление овуляции в первом цикле у 97% женщин\*\*
- Минимальное влияние на прокоагуляционную активность\*\*
- Оптимальный контроль цикла\*\*
- Не влияет на липидный профиль и углеводный обмен\*\*

 **ГЕДЕОН РИХТЕР**  
Здоровье — наша миссия

\* Индекс Перля 0,23.

\*\* Общая характеристика лекарственного препарата.

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА», г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail: GPFarma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: centr@g-richter.ru, www.gedeonrichter.com/ru/ru. Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Эстеретта® ЛП-№(000350)-(PI-RU) от 03.09.2021 г. С общей характеристикой можно ознакомиться на сайте <https://portal.eaeunion.org>.

Реклама.

KEEP/DAR/RYA



**Лензетто®** —  
трансдермальный эстрадиол  
... в удобном формате спрея

*Облегчение симптомов  
дефицита эстрогенов*

**Лензетто®**

нажми и живи  
в своем ритме

*1,53 мг эстрадиола  
в одном нажатии*



**Лензетто® – удобная гормональная терапия**

- Минимальная зона нанесения
- Не требует мытья рук после применения
- Быстро впитывается
- Простота применения
- Точная дозировка



**ГЕДЕОН РИХТЕР**

Здоровье — наша миссия

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Лензетто®. Общая характеристика лекарственного препарата ЛП №000070-ГП РУ.  
ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА», г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.  
Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: BRPharma@richter.ru. Представительство ОАО «Геден Рихтер»  
(Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.  
Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail: centr@g-richter.ru, www.gedeonrichter.com/ru/ru.

РЕКЛАМА.