

АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ И МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИМENOПАЗЕ



© И.И. Баранов¹, Е.Н. Андреева^{1,2*}, С.В. Юренева¹, М.И. Ярмолинская⁴, В.Е. Балан⁵, Е.И. Абашова⁴, Н.В. Аганезова⁶, В.Ф. Беженарь⁷, Т.А. Густоварова⁸, Ю.Э. Доброхотова⁹, Е.В. Енькова¹⁰, Л.Ю. Карахалис¹¹, Н.Ю. Каткова¹², А.Э. Протасова¹³, И.В. Савельева¹⁴, Ю.А. Семенов¹⁵, Т.М. Соколова¹⁶, Л.С. Сотникова¹⁷, Н.И. Тапильская⁴, М.Б. Хамошина¹⁸, Е.В. Шереметьева²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

²ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, Москва, Россия

⁴ФГБУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия

⁵ФБУЗ МО МОНИИАГ, Москва, Россия

⁶ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁷ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁸ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

⁹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

¹⁰ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

¹¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

¹²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

¹³ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

¹⁴ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск, Россия

¹⁵ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹⁶ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия

¹⁷ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

¹⁸Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Настоящие алгоритмы разработаны и представлены благодаря коллаборации Российского общества акушеров-гинекологов, Российской ассоциации эндокринологов, Международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов, Национальной ассоциации акушеров-гинекологов и репродуктологов «Женское Здоровье», Междисциплинарной ассоциации специалистов по здоровому старению, Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины «МАРС», Общества акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона, Междисциплинарной ассоциации специалистов антивозрастной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: менопауза; менопаузальная гормональная терапия; контрацепция; перименопауза; репродукция; климактерий; старение.

ALGORITHM FOR PRESCRIBING HORMONAL CONTRACEPTION AND MENOPAUSAL HORMONE THERAPY IN PERIMENOPAUSE

© Igor I. Baranov¹, Elena N. Andreeva^{1,2*}, Svetlana V. Yureneva¹, Mariya I. Yarmolinskaya⁴, Vera E. Balan⁵, Elena I. Abashova⁴, Natalya V. Aganezova⁶, Vitaliy F. Bezhenar⁷, Tatyana A. Gustovarova⁸, Yulia E. Dobrokhotova⁹, Elena V. Yenkova¹⁰, Lyudmila Yu. Karakhalis¹¹, Natalya Yu. Katkova¹², Anna E. Protasova¹³, Irina V. Savelyeva¹⁴, Yuriy A. Semenov¹⁵, Tatyana M. Sokolova¹⁶, Larisa S. Sotnikova¹⁷, Natalya I. Tapliskaya⁴, Marina B. Khamoshina¹⁸, Ekaterina V. Sheremeteyeva²

¹National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia

²Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

³Russian University of Medicine, Moscow, Russia

⁴D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Saint-Petersburg, Russia

⁵MONIAG, Moscow, Russia

⁶North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.

© Endocrinology Research Centre, 2026

Received: 20.06.2026. Accepted: 20.06.2026.

Вестник репродуктивного здоровья 2026;5(2):27-39

doi: <https://doi.org/10.14341/brh12801>

Bulletin of Reproductive Health. 2026;5(2):27-39



⁷Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia

⁸Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

⁹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

¹⁰Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

¹¹Kuban State Medical University of Public Health Care of Russia, Krasnodar, Russia

¹²Privolzhsky Research Medical University, Nizhniy Novgorod, Russia

¹³Almazov National Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russia

¹⁴Omsk State Medical University, Omsk, Russia

¹⁵Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

¹⁶Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

¹⁷Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

¹⁸Medical Institute of RUDN University, Moscow, Russia

The present algorithm has been created and proposed for clinical using due to collaboration of Russian society of obstetricians and gynecologists, Russian Association Of Endocrinologists, International Association of Obstetricians-Gynecologists and Endocrinologists, National Association of Obstetricians-Gynecologists and Reproductologists "Women's Health", Interdisciplinary Association of Healthy Aging Specialists, Interdisciplinary Association of Reproductive Medicine Specialists "MARS", Society of Obstetricians and Gynecologists of St. Petersburg and the North-Western Region and Interdisciplinary Association of Specialists in Anti-Aging Medicine.

KEYWORDS: *menopause; menopausal hormonal therapy; contraception; perimenopause; reproduction; climacteria; aging.*

ВВЕДЕНИЕ

Период менопаузального перехода отражает процесс старения яичников и является важным периодом в жизни женщины, когда гормональные изменения провоцируют каскад симптомов, оказывающих существенное влияние на состояние здоровья, качество жизни, настроение, отношения, производительность труда и общее самочувствие [1]. При этом часто перименопауза остается незамеченным и плохо контролируемым этапом жизни женщины, а также отсутствуют четкие алгоритмы ведения пациенток в разные периоды менопаузального перехода [2].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 2024 г. N 17-6/И/2-6434 [3], женщины до 49 лет включительно относятся к репродуктивному возрасту, следовательно, имеют право на сохранение их репродуктивного и сексуального здоровья, а также право на доступ к информации о контрацепции и средствам для реализации такого выбора [4].

Врачи акушеры-гинекологи имеют возможность помочь женщинам сохранить привычное качество жизни, индивидуально подбирая оптимальный вариант ведения для пациенток в этот период. Ввиду отсутствия четких алгоритмов ведения женщин в период менопаузального перехода авторы документа предлагают расширить знания врачей об особенностях гормонально-метаболической перестройки женского организма в этот период и возможностях персонализации ведения женщин.

Опубликованные в декабре 2025 г. рекомендации Международной ассоциации по менопаузе поставили под сомнение актуальность стратегии определения репродуктивной стадии на основе менструальных характеристик, принятой в системе критериев Стадии репродуктивного старения STRAW +10 [5]. Результаты исследований последних лет независимо показали, что

женщины уже в позднем репродуктивном периоде могут испытывать симптомы, сходные с теми, о которых сообщают женщины, находящиеся в перименопаузе, согласно STRAW +10 [6, 7]. Женщины с регулярными циклами сообщали о наличии вазомоторных симптомов, неотличимых от тех, что наблюдались у женщин в период раннего менопаузального перехода [6, 7]. Эти данные свидетельствуют о том, что период менопаузального перехода возможно начинается до того, как продолжительность цикла изменится на 7 дней. В связи с этим поднимается вопрос о необходимости пересмотра Стадий репродуктивного старения 2010 г. [5].

Целью данного документа является анализ и обобщение современных научных данных о гормональных изменениях в соответствии со Стадиями репродуктивного старения (STRAW +10) и их связи с клиническими проявлениями в различные периоды менопаузального перехода, а также разработка рационального подхода к ведению женщин в различные периоды менопаузального перехода.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРИОДА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Результаты крупных исследований, таких как SWAN (Study of Women's Health Across the Nation), Melbourne Women's Health Study and the Penn Ovarian Aging study, помогли лучше понять нюансы гормонального старения яичников и состояние гормонального фона

в переходный период [8–10]. В совокупности эти данные показали, что период перименопаузы начинается за 4–8 лет до последней менструации, при этом средний возраст наступления менопаузы составляет 51 год, в то время как у 3,5–3,7% женщин наблюдается преждевременная недостаточность яичников в возрасте до 40 лет [11].

Перименопауза — переходный этап в жизни женщины, начинающийся с первых изменений менструального цикла, обусловленных постепенным угасанием

функциональной активности яичников, и продолжаясь до 12 месяцев после последней менструации в жизни женщины. Факт наступления постменопаузы устанавливается ретроспективно, через 12 месяцев отсутствия самостоятельных менструаций (аменореи).

В соответствии с российскими и международными рекомендациями [5, 12] для определения этапов репродуктивного старения следует использовать клинико-гормональную характеристику стадий старения репродуктивной системы – систему критериев Стадии репродуктивного старения STRAW +10, которая впервые была разработана в 2001 г. (STRAW) и пересмотрена в 2011 г. с учетом результатов крупных когортных исследований, проведенных в течение последующих 10 лет (STRAW +10).

Рекомендовано у женщин старше 40 лет, имеющих исходно регулярный менструальный цикл, при изменении его длительности, появлении вазомоторных симптомов, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений, провести клиническую оценку

стадии репродуктивного старения и обеспечить оказание соответствующей медицинской помощи [5].

«Золотым стандартом» определения стадии репродуктивного старения являются характеристики менструального цикла и дополнительные критерии, которые следует использовать у женщин при невозможности использования характеристик менструального цикла (пациентки с синдромом поликистозных яичников, преждевременной недостаточностью яичников, после гистерэктомии, абляции эндометрия или использующие в настоящее время гормональные препараты: гестагены (левоногестрел-содержащие внутриматочные системы (ВМС-ЛНГ), импланты и пероральные формы), комбинированные гормональные контрацептивы и др. [5].

Определение уровней эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и антимюллерова гормона (АМГ) рекомендовано выполнять только в качестве дополнительных критериев, а также в клинических ситуациях, когда невозможно определить стадию репродуктивного старения иным образом [5].

В соответствии со STRAW +10, перименопауза включает период менопаузального перехода плюс 12 месяцев после последней самостоятельной менструации. Период менопаузального перехода начинается в конце репродуктивного периода и заканчивается с наступлением менопаузы, продолжительность данного периода различна [13]. Период менопаузального перехода включает следующие этапы.

Ранний менопаузальный переход (стадия -2 по STRAW +10), характеризующийся сохраненным менструальным циклом с наличием стабильных колебаний его продолжительности (≥ 7 дней) [13].

Продолжительность данного периода может быть различной, в среднем составляет 6–8 лет. Данный период отражает постепенное угасание функции яичников вследствие снижения овариального резерва. Период раннего менопаузального перехода характеризуется увеличением частоты ановуляторных циклов, атрезии фолликулов или их персистенции, формированием неполноценного желтого тела, что приводит к постепенному снижению концентрации прогестерона. Важно отметить, что функция яичников в этот период непред-

сказуема, поскольку качество фолликулов меняется от цикла к циклу [14].

Особенностью периода раннего менопаузального перехода является вариабельность уровня ФСГ. В норме секреция эстрадиола развивающимися фолликулами способствует регулированию ФСГ по принципу отрицательной обратной связи.

Яичниковая секреция ингибина В и ингибина А обеспечивает дополнительный уровень контроля за счет селективного торможения секреции ФСГ в гипофизе. По мере уменьшения количества фолликулов снижается и синтез ингибина В, что, в свою очередь, приводит к периодическому повышению и колебаниям уровня ФСГ [15–18].

Не менее важной особенностью периода раннего менопаузального перехода является отсутствие снижения уровней эстрогенов. Результаты крупных исследований, таких как SWAN, Melbourne Women's Health Study and the Penn Ovarian Aging study, показали, что при сравнении средних уровней эстрадиола у женщин в раннем менопаузальном переходе и в позднем репродуктивном периоде их уровни аналогичны или даже выше показателей, характерных для молодых женщин репродуктивного возраста [8–10, 13, 19, 20].

Высокие, но в пределах нормальных референсных значений уровни эстрадиола в период раннего менопаузального перехода из-за десинхронизации контроля роста фолликулов и выработки эстрогенов яичниками часто сочетаются с их резкими колебаниями в течение цикла, которые описываются как «гормональные американские горки» или «гормональный хаос» [8, 14].

В условиях снижения уровня прогестерона вследствие чередования овуляторных циклов и ановуляции/недостаточности лютеиновой фазы и относительно высоких, но, как правило, в пределах нормальных референсных значений уровней эстрогенов наблюдаются важные изменения гормонального фона женщины в период раннего менопаузального перехода – формирование состояния относительной гиперэстрогении.

Поздний менопаузальный переход (стадия -1 по STRAW +10), начинается примерно за 1–3 года до последней менструации, заканчивается с наступлением менопаузы и характеризуется отсутствием менструаций ≥ 60 дней [13]. Данный период характеризуется постепенным снижением функции яичников, развитием дефицита эстрогенов. Для формирующегося в результате этого состояния гипергонадотропного гипогонадизма характерны изменение функции лимбической системы, нарушение секреции нейrogормонов, развитие инволютивных и атрофических процессов в репродуктивных и нерепродуктивных органах-мишенях.

Уменьшение числа фолликулов, снижение синтеза овариальных стероидов и пептидов по мере старения яичников приводит к устойчивому повышению показателей ФСГ. В свою очередь, повышение ФСГ приводит к стимуляции роста оставшихся ооцитов, внося вклад в дальнейшее снижение овариального резерва.

Прогрессирующее снижение количества фолликулов связано с дальнейшим увеличением числа ановуляторных циклов. Если за 5 лет до последней менструации примерно 88% циклов являются овуляторными, то за 1 год до наступления менопаузы данный показатель

не превышает 23%. Это способствует формированию дефицита прогестерона [15–18].

До момента критического снижения числа фолликулов в яичниках постоянное повышение уровня ФСГ стимулирует фолликулогенез и, соответственно, синтез и секрецию эстрогенов. У части женщин даже в период позднего менопаузального перехода в исследованиях наблюдались высокие уровни эстрогенов, которые могли превышать те, что когда-либо наблюдались в репродуктивном возрасте [8, 14].

Однако в большинстве исследований показана стойкая тенденция постепенного снижения уровней эстрогенов, начинающегося примерно за 1–3 года до наступления менопаузы [8, 10, 20].

Ключевые выводы

- Для определения этапов репродуктивного старения у женщин с исходно регулярным менструальным циклом следует использовать систему критериев Стадии репродуктивного старения STRAW +10 (Приложение 1).
- Рекомендовано у женщин старше 40 лет при изменении длительности менструального цикла, появлении вазомоторных симптомов, психоэмоциональных и обменно-эндокринных нарушений провести клиническую оценку стадии репродуктивного старения и назначить соответствующую медицинскую помощь.
- «Золотым стандартом» определения стадии репродуктивного старения являются характеристики менструального цикла и дополнительные критерии (Приложение 2), которые следует применять у женщин при невозможности использования характеристик менструального цикла.
- Определение уровней эстрадиола, ФСГ и АМГ в сыворотке крови рекомендовано только в качестве вспомогательных критериев или в качестве основных критериев, если невозможно определить стадию репродуктивного старения иным образом.
- Ранний менопаузальный переход характеризуется сохраненным менструальным циклом с наличием стабильных колебаний его продолжительности (≥ 7 дней).
- Ранний менопаузальный переход характеризуется снижением уровня прогестерона, низким АМГ, вариабельными уровнями ФСГ и отсутствием снижения уровней эстрогенов. Высокие, но в пределах нормальных референсных значений уровни эстрадиола в период раннего менопаузального перехода часто сочетаются с их резкими колебаниями в течение цикла.
- В условиях снижения уровня прогестерона и сохранения высоких, но в пределах нормальных референсных значений уровней эстрогенов формируются важные изменения гормонального фона женщины в период раннего менопаузального перехода — состояние относительного преобладания эстрогенов на фоне снижения уровня прогестерона или относительной гиперэстрогении.
- Поздний менопаузальный переход начинается примерно за 1–3 года до последней менструации, характеризуется отсутствием менструаций ≥ 60 дней

и заканчивается с наступлением менопаузы. Он характеризуется постепенным снижением функции яичников, прогрессирующим дефицитом прогестерона и развитием дефицита эстрогенов.

- Факт наступления постменопаузы устанавливается ретроспективно, через 12 месяцев отсутствия самостоятельных менструаций (аменореи).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА И ИХ СВЯЗЬ С ГОРМОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Клинические проявления в различные периоды менопаузального перехода определяются состоянием гормонального фона.

Обильные менструальные кровотечения

Ановуляторные циклы и снижение концентрации прогестерона проявляются в виде нарушений менструального цикла, при этом может наблюдаться как его укорочение, так и удлинение. Менструальные циклы с высоким уровнем эстрадиола связаны с удлинением продолжительности времени между менструациями и более обильными кровотечениями отмены.

Формирование относительной гиперэстрогении на фоне снижения уровня прогестерона и относительно высоких сывороточных концентраций эстрогенов приводит к пролиферации эндометрия и является фактором риска развития гиперплазии эндометрия, а также может объяснять увеличение частоты аномальных маточных кровотечений (АМК) в перименопаузе более чем в 2 раза в сравнении с репродуктивным возрастом [21, 22].

Состояние относительной гиперэстрогении также может усиливать пролиферацию тканей молочных желез, увеличивая риски формирования доброкачественной дисплазии молочных желез (ДДМЖ), что клинически проявляется масталгией.

Вазомоторные симптомы

Приливы являются распространенным симптомом во время менопаузального перехода, однако причина их формирования в зависимости от периода репродуктивного старения различна.

Приливы жара в период раннего менопаузального перехода формируются на фоне резких колебаний уровней эстрогенов с очень высоких до более низких в течение менструального цикла [8, 14, 19, 23, 24]. Выраженные колебания уровня эстрогенов в отсутствие истинного дефицита эстрогенов провоцируют формирование первых приливов и ряда психоэмоциональных нарушений, которые также оказывают значительное негативное влияние на качество жизни женщин в период раннего менопаузального перехода.

Резкие колебания уровня эстрогенов в период менопаузального перехода приводят к гиперактивации кинесептин-нейрокинин-динорфин (KNDy) нейронов — эстроген-чувствительных нейронов в аркуатном ядре гипоталамуса, управляющих работой гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси путем регуляции пульсирующей секреции гонадотропин-рилизинг-гормона и связанных

с центром терморегуляции. Гиперактивация KNDy нейронов приводит к дисрегуляции терморегуляторного центра и формированию приливов при относительно высоком уровне эстрогенов [25–27].

Интенсивность приливов в период раннего менопаузального перехода индивидуальна. Предполагается, что она может зависеть от выраженности колебаний эстрогенов, а также быть связана с сужением «термонеutralной зоны», в связи с чем даже незначительное изменение активности нейротрансмиттерных систем приводит к возникновению «классической» картины прилива [28].

В период позднего менопаузального перехода вазомоторные симптомы связаны с постепенным формированием дефицита эстрогенов.

Психоэмоциональные симптомы

В ряде последних научных публикаций, посвященных психоэмоциональным нарушениям у женщин в период перименопаузы, встречается новый термин «не чувствую себя прежней». Этот термин объединяет ряд наиболее часто встречающихся симптомов: усталость, чувство подавленности, беспокойство, раздражительность, ощущение невозможности «успокоиться внутри, трудности с концентрацией внимания и принятием решений, «туман в голове» [29].

Эти жалобы, по данным крупных исследований, таких как Penn Ovarian Aging Study, являются весьма распространенными (встречаемость симптомов сильной тревоги в период менопаузального перехода составила 19%) и SWAN Study (распространенность проявлений тревоги в период менопаузального перехода составила 24%) [10, 19].

Более поздние исследования продемонстрировали, что перечисленные симптомы связаны так называемым «эффектом домино», когда в результате колебаний уровней эстрогенов в период перименопаузы и влиянием этих изменений на нейроэндокринную систему происходит изменение привычной реакции на стресс. Это описывается женщинами как «незначительные вещи становятся основными стрессорами» и «снижение толерантности к стрессу». Стресс, особенно длительный, связан с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и увеличением синтеза глюкокортикоидов. Исследования показали повышение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при депрессии и последующую ее нормализацию после длительного приема антидепрессантов. Аналогичные изменения были зафиксированы у женщин в период перименопаузы на фоне колебаний уровней эстрогенов [30, 31].

Психоэмоциональные изменения в период перименопаузы формируют состояние «не чувствую себя прежней», оказывая значительное негативное влияние на качество жизни женщины.

Изменения композиционного состава тела и прибавка массы тела

Увеличение веса является распространенным явлением среди женщин среднего возраста, его прирост составляет в среднем 0,7 кг в год [5, 32, 33]. Имеющиеся данные свидетельствуют о преобладающей роли воз-

растного снижения мышечной массы тела и физической активности: уменьшение мышечной массы с возрастом, приводящее к снижению энергозатрат в состоянии покоя, в сочетании с низким уровнем физической активности приводит к снижению общих энергетических затрат и увеличению веса. Кроме того, другие симптомы менопаузального перехода (приливы, нарушения сна, подавленное настроение), также могут способствовать увеличению массы тела и развитию абдоминального ожирения [5].

В свою очередь, увеличение массы тела в период менопаузального перехода связано с рядом неблагоприятных последствий, в том числе увеличением рисков гиперплазии эндометрия, метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа, венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и др. [5, 34, 35].

В связи с этим необходимо тщательно контролировать симптомы менопаузального перехода, чтобы помочь женщинам повысить приверженность к здоровому образу жизни, а также рекомендовать изменение образа жизни, ограничение потребления калорий, регулярную физическую активность, здоровый сон и контроль стресса как наиболее важные меры для предотвращения увеличения веса в среднем возрасте и борьбы с ожирением [5].

Вазомоторные, психоэмоциональные симптомы и обменно-эндокринные нарушения в период менопаузального перехода в свою очередь могут быть ассоциированы с формированием синдрома сниженного либидо и сексуальной дисфункции [36–38].

Ключевые выводы

Клинические проявления в различные периоды менопаузального перехода определяются состоянием гормонального фона.

- Формирование относительной гиперэстрогении на фоне снижения уровня прогестерона и высоких уровней эстрогенов приводит к пролиферации эндометрия и является фактором риска развития гиперплазии эндометрия, а также может объяснять увеличение частоты АМК в перименопаузе более чем в 2 раза в сравнении с репродуктивным возрастом.
- Состояние относительной гиперэстрогении может усиливать пролиферацию тканей молочных желез, увеличивая риски формирования ДДМЖ, и обуславливать возникновение масталгии.
- Приливы жара в период раннего менопаузального перехода формируются на фоне выраженных колебаний уровня эстрогенов, в отсутствие истинного дефицита эстрогенов. В период позднего менопаузального перехода вазомоторные симптомы связаны с формированием дефицита эстрогенов.
- Увеличение массы тела является распространенным явлением среди женщин среднего возраста и может быть связано с рядом неблагоприятных последствий, в том числе изменением композиционного состава тела и развитием абдоминального ожирения, увеличением рисков гиперплазии эндометрия и рака эндометрия, метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа, МАЗБП, ВТЭО и др.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Выбор тактики ведения пациентки в период перименопаузы требует персонализированного подхода и тщательного подбора терапии с учетом стадии репродуктивного старения, клинических проявлений и потребностей конкретной пациентки, а также должен учитывать необходимость не только коррекции симптомов менопаузального перехода, но и профилактики их отдаленных последствий.

Ведение женщин в период раннего менопаузального перехода может включать применение комбинированных гормональных контрацептивов и гестаген-содержащих препаратов, в том числе ЛНГ-ВМС.

Ключевые выводы

У женщин старше 40 лет наблюдается естественное снижение фертильности, однако вероятность наступления незапланированной беременности сохраняется до наступления менопаузы. Беременность в старшем возрасте сопряжена с повышенными рисками, включая самопроизвольный выкидыш, внематочную беременность, врожденные аномалии развития плода. Кроме того, с возрастом у женщин повышается риск развития сопутствующих хронических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета 2 типа, что может значительно осложнить течение беременности и родов [5]. Таким образом, желанная беременность должна быть планируемой.

В случае отсутствия необходимости реализации репродуктивной функции, согласно критериям ВОЗ, возраст женщины в качестве единственного фактора не может служить противопоказанием для использования доступных контрацептивных методов [4].

Надежная контрацепция должна быть использована в течение 2 лет после последней менструации у женщин в возрасте до 50 лет и в течение 1 года после менопаузы в возрасте старше 50 лет (до 55 лет при необходимости) [1, 2, 4, 39].

Международное общество по менопаузе рекомендует применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в период перименопаузы, кроме того, в рекомендациях 2025 г. подчеркивается возможность применения КОК для женщин, желающих использовать их дополнительные преимущества, не связанные с контрацепцией [2, 5]. Указывается, что распространенные в период перименопаузы симптомы, включая нерегулярные и обильные менструальные кровотечения (ОМК), вазомоторные симптомы и снижение минеральной плотности костной ткани, могут быть устранены с помощью приема гормональной контрацепции.

Американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) рекомендует рассматривать КОК в качестве метода ведения пациенток в период перименопаузы, если наблюдаются вазомоторные или генитоуринарные симптомы, повышенный риск остеопороза, а также подчеркивает преимущества в лечении других специфических для менопаузального перехода состояний, таких как АМК, и важность контрацептивного эффекта для женщин, у которых еще есть менструации [1]. Как ACOG, так

и NAMS поддерживают идею о том, что женщины могут продолжать прием КОК до 55 лет при отсутствии противопоказаний, прежде чем переходить на менопаузальную гормональную терапию (МГТ) [1, 39].

Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (2023) также подчеркивают преимущества применения КОК в перименопаузе [4]:

- высокая контрацептивная эффективность;
- регуляция менструального цикла;
- сохранение минеральной плотности костной ткани и снижение риска переломов в последующем (только для КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным);
- лечение ОМК (только КОК с эстрадиола валератом (Е2В)/дигеногестом (ДНГ)) и/или дисменореи;
- профилактика гиперплазии эндометрия;
- купирование вазомоторных симптомов;
- первая линия терапии предменструального синдрома (КОК с этинилэстрадиолом (ЭЭ)/дросперином (ДРСП));
- профилактика рака эндометрия и рака яичника;
- профилактика колоректального рака.

Женщинам в перименопаузе рекомендовано отдавать предпочтение КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным (эстрадиолом, эстрадиола валератом или эстетролом), так как они обладают более благоприятным метаболическим профилем и менее выраженным влиянием на систему гемостаза по сравнению с препаратами, содержащими этинилэстрадиол. КОК, содержащие эстрадиола валерат и эстрадиол, являются наиболее приемлемыми методами контрацепции для женщин в перименопаузе с точки зрения их метаболических эффектов и профиля рисков ССЗ и ВТЭО [5, 40].

Комбинация эстрадиола валерат+диеногест оказывает подтвержденное минимальное влияние на метаболизм (увеличение уровней липопротеинов высокой плотности и снижение уровней липопротеинов низкой плотности) и гемостаз (на 60% снижение риска венозных тромбозов) по сравнению с ЭЭ-содержащими КОК; помимо контрацептивного эффекта, эстрадиола валерат в динамическом режиме дозирования ассоциируется с относительно стабильными уровнями эстрогенов на всем протяжении цикла, что позволяет положительно влиять на вазомоторные симптомы, лабильность настроения и другие проявления перименопаузы [4].

Короткий безгормональный интервал (режим 26/2) при применении КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования помогает решить проблему как с приливами, так и с нарушениями менструального цикла [41], а также стабилизирует уровень эстрогенов, что благоприятно влияет на минеральную плотность костей [4] и снижает выраженность симптомов безгормонального интервала (головные и тазовые боли, колебания настроения) [4, 42, 43].

КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования — единственный КОК, имеющий зарегистрированное показание «терапия обильных и/или длительных менструальных кровотечений без органических причин у женщин, желающих применять пероральные контрацептивы» [44], и включен в клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения» [22]. При этом

указано, что монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40–50%, тогда как КОК с эстрадиола валератом и диеногестом с динамическим режимом дозирования — до 88%. Благодаря содержанию диеногеста в качестве гестагенного компонента и уникальному динамическому режиму дозирования достигается значимое снижение кровопотери [22].

КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования способствует сохранению композиционного состава тела (доказано снижение массы тела, уменьшение соотношения талия/бедро и процента жировой массы по сравнению с контрольной группой) и благоприятно влияет на метаболические показатели крови [40, 45]. В сравнительном исследовании при применении КОК с Э2В/ДНГ не отмечалось изменений метаболических параметров, включая углеводный обмен, в отличие от комбинации Э2/номегестрола ацетат в режиме 24/4 [40].

Эстрадиола валерат в составе КОК метаболизируется до 17-β эстрадиола и его естественных метаболитов, эстриола и эстрона, которые способствуют поддержанию благоприятного состояния слизистой влагалища и физиологического биоценоза [46]. В наблюдательном исследовании на фоне приема КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования женщины отмечали такую же цикличность сексуального поведения, как в естественном цикле [47]. В совокупности это способствует поддержанию либидо и сохранению сексуальной функции у женщин в период менопаузального перехода.

Комбинация эстетрол/дроспиренон в режиме 24/4 может оказывать более нейтральное воздействие на липиды и гемостаз, чем КОК, содержащие этинилэстрадиол. Однако требуется больше данных исследований, прежде чем можно будет начать широко применять препарат у женщин в перименопаузе [5].

17-β эстрадиол (1,5 мг) + номегестрола ацетат (2,5 мг) в режиме 24/4 обеспечивает высокую контрацептивную надежность, однако с учетом его влияния на некоторые метаболические параметры, предпочтительно его использование у женщин с нормальным индексом массы тела [40].

Непрерывный прием КОК может быть полезен женщинам с менструальной мигренью или предменструальным дисфорическим расстройством, предпочтительным гестагеном в этом случае является дроспиренон [5].

Выбор гестагенного компонента в составе КОК в период перименопаузы также имеет значение.

Рекомендовано при выборе КОК отдавать предпочтение препаратам, содержащим метаболически нейтральные гестагены без андрогенного эффекта [48].

Ключевые выводы

Надежная контрацепция должна быть использована в период перименопаузы в течение 2 лет после последней менструации у женщин в возрасте до 50 лет и в течение 1 года после наступления менопаузы в возрасте старше 50 лет (до 55 лет при необходимости), так как риск незапланированной беременности сохраняется до наступления менопаузы.

КОК могут быть использованы в качестве метода коррекции симптомов менопаузального перехода и про-

филактики отдаленных последствий для женщин, желающих использовать их дополнительные преимущества, не связанные с контрацепцией.

Рекомендовано отдавать предпочтение КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным (эстрадиолом, эстрадиола валератом или эстетролом), так как они обладают более благоприятным метаболическим профилем и менее выраженным влиянием на систему гемостаза по сравнению с препаратами, содержащими этинилэстрадиол.

Рекомендовано при выборе КОК отдавать предпочтение препаратам, содержащим метаболически нейтральные гестагены без андрогенного эффекта.

КОК обеспечивают коррекцию симптомов, связанных с колебаниями уровней эстрогенов, включая вазомоторные симптомы и психоэмоциональные нарушения.

КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования и коротким безгормональным интервалом (режим 26/2) ассоциируется с относительно стабильными уровнями эстрогенов на всем протяжении цикла, что позволяет положительно влиять на вазомоторные симптомы, лабильность настроения и другие проявления перименопаузы.

КОК обеспечивают коррекцию нерегулярных и обильных менструальных кровотечений и/или дисменореи (лечение ОМК только для КОК с Э2В/ДНГ в динамическом режиме дозирования), способствуют профилактике гиперплазии эндометрия.

КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным, способствуют сохранению минеральной плотности кости и снижению риска развития остеопороза и переломов в последующей жизни.

Прием КОК обеспечивает профилактику рака эндометрия и рака яичника, а также колоректального рака.

При наличии противопоказаний к приему эстрогенов в качестве альтернативы КОК для лечения АМК при ановуляторных кровотечениях с целью обеспечения полноценной секреторной трансформации эндометрия могут быть рекомендованы гестаген-содержащие препараты в пролонгированном циклическом/непрерывном режиме.

ЛНГ-ВМС 52 мг обеспечивает надежную контрацепцию в течение 8 лет, а также имеет зарегистрированные показания «ОМК без органической патологии и профилактика гиперплазии эндометрия при проведении заместительной гормональной терапии эстрогенами (в течение 5 лет)».

ЛНГ-ВМС 52 мг рекомендована для снижения величины менструальной кровопотери у взрослых пациенток с ОМК, не заинтересованных в беременности, как наиболее эффективное лекарственное средство для уменьшения менструальной кровопотери, эффективность которого достигает 90%, и может применяться в течение длительного времени.

Ведение женщин в период позднего менопаузального перехода может включать применение КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным, в режиме 26/2, 24/4, ЛНГ-ВМС 52 мг (в том числе с добавлением эстроген-содержащих препаратов), МГТ в циклическом режиме (фиксированные или свободные комбинации). Назначение КОК возможно как в период раннего, так и в период позднего менопаузального перехода пациенткам до 55 лет включительно, вплоть до наступления

ранней постменопаузы [1, 2, 4, 39, 41]. Далее пациентки могут быть переведены на непрерывную монофазную МГТ в низкой или ультранизкой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Прием МГТ можно начинать на следующий день после принятой последней в упаковке таблетки КОК.

Для перехода с КОК на МГТ достаточно одного из предлагаемых критериев.

Пациенткам в возрасте 55 лет или старше, которые продолжают принимать КОК, показан перевод на непрерывную монофазную МГТ в низкой или ультранизкой дозе.

Прекращение менструальноподобной реакции в течение 6 и более циклов при отсутствии беременности.

Климактерический синдром и генитоуринарный менопаузальный синдром на фоне применения КОК, в том числе в безгормональном периоде.

Климактерический синдром на фоне отмены КОК при включении «масок климактерического синдрома».

ФСГ выше 30 мМЕд/л при двукратном измерении в безгормональный период.

Перед назначением эстроген-содержащих препаратов и препаратов для циклической МГТ важно убедиться в наличии дефицита эстрогенов и необходимости их восполнения. Назначение МГТ в циклическом режиме в соответствии с инструкцией возможно не ранее, чем через 6 месяцев после последней менструации [52, 53]. По согласованию с врачом акушером-гинекологом возможно назначение МГТ не ранее, чем через 3 месяца после последней менструации [12]. Назначение МГТ в непрерывном режиме возможно не ранее, чем через 12 месяцев после последней менструации [12].

Ключевые выводы

- Ведение женщин в период позднего менопаузального перехода может включать применение КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным, в режиме 26/2, 24/4, ЛНГ-ВМС 52 мг (в том числе с добавлением эстроген-содержащих препаратов), МГТ в циклическом режиме (фиксированные или свободные комбинации).
- Назначение КОК с эстрогенами, биоидентичными натуральным, возможно как в период раннего, так

и в период позднего менопаузального перехода пациенткам в возрасте до 55 лет. Далее пациентки могут быть переведены на непрерывную монофазную МГТ в низкой или ультранизкой дозе при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.

- Назначение МГТ в циклическом режиме в соответствии с инструкцией возможно не ранее, чем через 6 месяцев после последней менструации. По согласованию с врачом акушером-гинекологом возможно назначение МГТ не ранее, чем через 3 месяца после последней менструации. Назначение МГТ в непрерывном режиме возможно не ранее, чем через 12 месяцев после последней менструации.

Все женщины в период менопаузального перехода должны быть информированы о необходимости ведения здорового образа жизни, значимости таких факторов, влияющих на здоровье, как регулярная физическая активность, правильное питание, здоровый сон, отказ от вредных привычек и контроль стресса.

Экспертами рекомендовано внесение принципов ведения пациенток в период перименопаузы в текущие регламентирующие документы: Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», Клинические рекомендации «Контрацепция. Наблюдение за применением противозачаточных средств» (проект).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Данная статья является репринтом, первоначальная версия размещена ранее по ссылке: Алгоритм назначения гормональной контрацепции и менопаузальной гормональной терапии в перименопаузе. Акушерство и гинекология. 2026; 5: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2026.136>

Источники финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Менархе					ПМ (0)					
Стадия	-5	1-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Терминология	РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД				ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД		ПОСТМЕНОПАУЗА			
	Ранний	Расцвет	Поздний		Ранний	Поздний	Ранний			Поздний
					Перименопауза					
Продолжитель- ность	Различная				Различная	1–3 года	2 года (1+)		3–6 лет	Остальной период жизни
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ										
Менструальный цикл	Различный или регулярный характер	Регулярный	Регулярный	Незначительные изменения обильности / продолжительности	Различная продолжительность Стабильные колебания длительности последовательных циклов ≥ 7	Период аменореи ≥ 60 дней				
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ КРИТЕРИИ										
Эндокринные										
ФСГ			Низкий	Различный*	↑ Различный*	↑ >25 МЕ/л **	↑ Различный*		Стабильный*	
АМГ			Низкий	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий		Очень низкий	
Ингибин В				Низкий	Низкий	Низкий	Низкий		Очень низкий	
Количество антральных фолликулов			Низкое	Низкое	Низкое	Низкое	Очень низкое		Очень низкое	
ОПИСАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ										
Симптомы						Вазомоторные симптомы Вероятно	Вазомоторные симптомы: Весьма вероятно			Усугу- бление: симптомов урогени- тальной атрофии

Рисунок 1. Стадии репродуктивного старения (STRAW+10).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

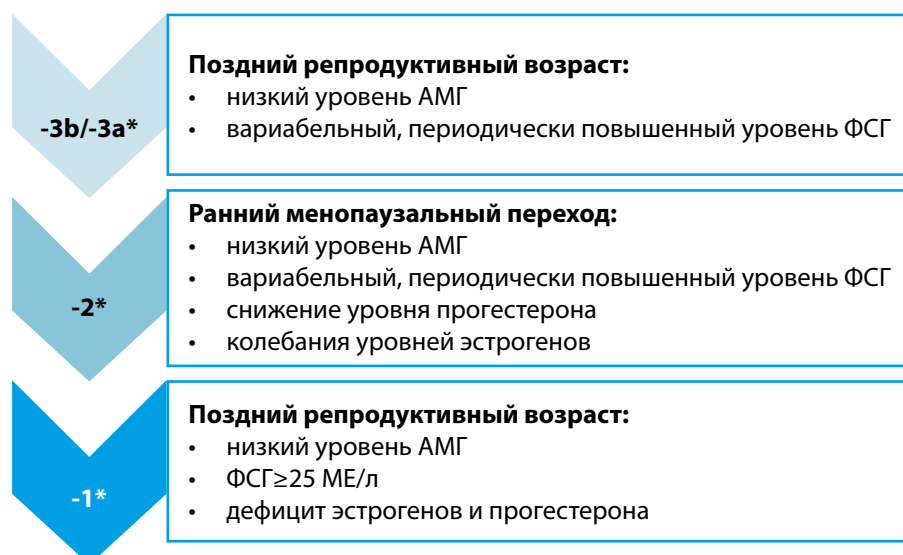
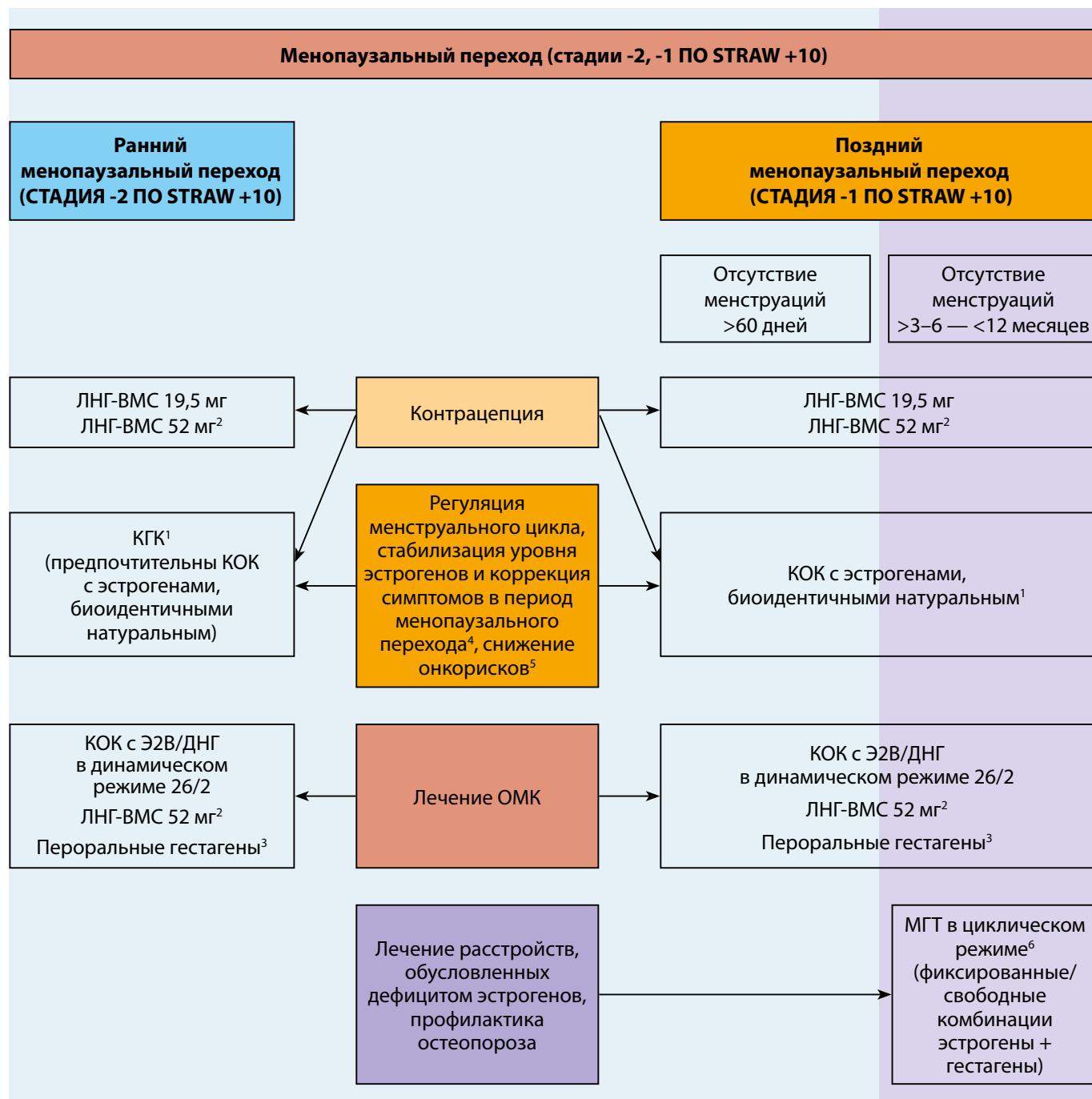


Рисунок 2. Подтверждающие критерии для определения стадии репродуктивного старения. Адаптировано из стадии репродуктивного старения (STRAW +10).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.



¹ Контрацепция — КОК — до 55 лет, пластырь трансдермальный — безопасность и эффективность подтверждены при применении у женщин в возрасте от 18 до 45 лет

² ЛНГ-ВМС 52 мг — контрацепция, лечение ОМК, профилактика рака эндометрия

³ Пероральные гестагены в пролонгированном циклическом/непрерывном режиме при наличии противопоказаний к приему эстрогенов, в том числе для лечения ОМК

⁴ Вазомоторных, психоэмоциональных симптомов

⁵ Рака эндометрия, рака яичников, колоректального рака

⁶ При отсутствии потребности в контрацепции

STRAW +10 — система критериев Стадии репродуктивного старения

ЛНГ-ВМС — левоноргестрел-содержащая внутриматочная система

КГК — комбинированные гормональные контрацептивы

КОК — комбинированные оральные контрацептивы

Э2В — эстрадиола валерат

ДНГ — диеногест

ОМК — обильные маточные кровотечения

МГТ — менопаузальная гормональная терапия

Рисунок 3. Алгоритм назначения гормональной контрацепции и менопаузальной гормональной терапии в перименопаузе с учетом доминирующей клинической проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- Bartz D., Tadikonda A., Manson J.E. Opportunity for improved menopausal hormone therapy prescribing. *JAMA*. 2026; 335(15): 1297-99. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2026.1891>
- Panay N., Ang S.B., Cheshire R., Goldstein S.R., Maki P., Nappi R.E. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies - an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2024; 27(5): 441-57. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2024.2394950>
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 2024 г. № 17-6/И/2-6434 «О направлении методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья». Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408788357>
- Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., ред. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5 издание, 2015». М.; 2023. 272 с.
- Panay N., Fenton A., Hamoda H., Hillard T., Islam R., Pedder H. et al. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. *Climacteric*. 2025; 28(6): 634-56. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2025.2585487>
- Greendale G.A., Huang M., Cauley J.A., Matthews K.A., Gold E.B., Sowers M. et al. Trabecular bone score declines during the menopause transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2019; 105(5): 1872-82. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgz056>
- Islam R.M., Bond M., Ghalebeigi A., Wang Y., Walker-Bone K., Davis S.R. Prevalence and severity of symptoms across the menopause transition: cross-sectional findings from the Australian Women's Midlife Years (AMY) Study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025; 13(9): 765-76. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00138-X](https://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00138-X)
- Gold E.B., Crawford S.L., Avis N.E., Crandall C.J., Matthews K.A., Waetjen L.E. et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses from SWAN. *Am. J. Epidemiol.* 2013; 178: 70-83. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/aje/kws421>
- Herber-Gast G.C., Mishra G.D., van der Schouw Y.T., Brown W.J., Dobson A.J. Risk factors for night sweats and hot flashes in midlife: results from a prospective cohort study. *Menopause*. 2013; 20(9): 953-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GME.0b013e3182844a7c>
- Freeman E.W., Sammel M.D., Sanders R.J. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause*. 2014; 21(9): 924-32. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000000196>
- Panay N., Anderson R.A., Bennie A., Cedars M., Davies M., Ee C. et al. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency. *Climacteric*. 2024; 27(6): 510-20. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2024.2423213>
- Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. 2025.
- Harlow S.D., Gass M., Hall J.E., Lobo R., Maki P., Rebar R.W. et al. Executive summary of the Stages of reproductive aging workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*. 2012; 19(4): 387-95. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Verrilli L., Berga S.L. What every gynecologist should know about perimenopause. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2020; 63(4): 720-34. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GRF.0000000000000578>
- Davis S.R., Taylor S., Hemachandra C., Magraith K., Ebeling P.R., Jane F. et al. The 2023 Practitioner's toolkit for managing menopause. *Climacteric*. 2023; 26(6): 517-36. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2023.2258783>
- Prior J.C. Perimenopause: the complex endocrinology of the menopausal transition. *Endocr. Rev.* 1998; 19(4): 397-428. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/edrv.19.4.0341>
- Hall J.E. Endocrinology of the menopause. *Endocrinol. Metab. Clin. N. Am.* 2015; 44(3): 485-96. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.010>
- Lumsden M.A., Dekkers O.M., Faubion S.S., Hirschberg A.L., Jayasena C.N., Lambrinoudaki I. et al. European Society of Endocrinology clinical practice guideline for evaluation and management of menopause and the perimenopause. *Eur. J. Endocrinol.* 2025; 193(4): G49-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/ajendo/lfaf206>
- Santoro N., Lasley B., McConnell D., Allsworth J., Crawford S., Gold E.B. et al. Body size and ethnicity are associated with menstrual cycle alterations in women in the early menopausal transition: the Study of Women's Health across the Nation (SWAN) daily hormone study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2004; 89(6): 2622-31. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/jc.2003-031578>
- Perry J.R.B., Murray A., Day F.R., Ong K.K. Molecular insights into the aetiology of female reproductive ageing. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2015; 11(12): 725-34. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2015.167>
- Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Гиперплазия эндометрия. 2025.
- Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Аномальные маточные кровотечения. 2024.
- Santoro N., Brown J.R., Adel T., Skurnick J.H. Characterization of reproductive hormonal dynamics in the perimenopause. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1996; 81(4): 1495-501. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/jcem.81.4.8636357>
- Gordon J.L., Girdler S.S., Meltzer-Brody S.E., Stika C.S., Thurston R.C., Clark C.T. et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids, and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: a novel heuristic model. *Am. J. Psychiatry.* 2015; 172(3): 227-36. doi: <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070918>
- Conklin M., Santoro N. Neurokinin receptor antagonists as potential non-hormonal treatments for vasomotor symptoms of menopause. *Ther. Adv. Reprod. Health.* 2023; 17: 26334941231177611. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/26334941231177611>
- Young Moss S., Lee A., Simon J.A. Advances in pharmacotherapy for menopausal vasomotor symptoms. *Drugs*. 2025; 85(11): 1363-79. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s40265-025-02231-8>
- Santoro N., Epperson C.N., Mathews S.B. Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* 2015; 44(3): 497-515. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>
- Davis S.R., Lambrinoudaki I., Lumsden M., Mishra G.D., Pal L., Rees M. et al. Menopause. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2015; 1: 15004. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Coslov N., Richardson M.K., Woods N.F. «Not feeling like myself» in perimenopause - what does it mean? Observations from the Women Living Better survey. *Menopause*. 2024; 31(5): 390-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GME.00000000000002339>
- Bremer E., Jallo N., Rodgers B., Kinser P., Dautovich N. Anxiety in menopause: a distinctly different syndrome? *J. Nurse Pract.* 2019; 15(5): 374-8. doi: <https://dx.doi.org/doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.01.018>
- Gordon J.L., Girdler S.S., Meltzer-Brody S.E., Stika C.S., Thurston R.C., Clark C.T. et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids, and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: a novel heuristic model. *Am. J. Psychiatry.* 2015; 172(3): 227-36. doi: <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070918>
- Zheng Y., Manson J.E., Yuan C., Liang M.H., Grodstein F., Stampfer M.J. et al. Associations of weight gain from early to middle adulthood with major health outcomes later in life. *JAMA*. 2017; 318(3): 255-69. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.7092>
- Greendale G.A., Sternfeld B., Huang M., Han W., Karvonen-Gutierrez C., Ruppert K. et al. Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight.* 2019; 4(5): e124865. doi: <https://dx.doi.org/10.1172/jci.insight.124865>
- Шляхто Е.В., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Дедов И.И., Арутюнов Г.П., Сучков И.А. Российские критерии приемлемости назначения менопаузальной гормональной терапии пациентам с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями. Согласительный документ Российского кардиологического общества, Российского общества акушеров-гинекологов, Российской ассоциации эндокринологов, Евразийской ассоциации терапевтов, Ассоциации флебологов России. *Акушерство и гинекология*. 2023; 11: 211-32. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.267> [Shlyakhto E.V., Dedov I.I., Serov V.N., Sukhikh G.T., Arutyunov G.P., Suchkov I.A. Russian eligibility criteria for prescription of menopausal hormone therapy to patients with cardiovascular and metabolic diseases. Agreement document of RKO, ROAG, RAE, EAT, AFR2023; 11: 211-32. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.267> (In Russ.)]

35. Объединенная позиция российских экспертов по вопросу клинического значения гиперандрогении у женщин в ранней пост-менопаузе. Акушерство и гинекология. 2025; 5: 201-6. [Joint position of Russian experts on the clinical significance of hyperandrogenism in early postmenopausal women. Obstetrics and gynecology. 2025;5:201-6 (In Russ.)] doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.118>
36. Ling J., Wang Y.H. Association between depressive mood and body image and menopausal symptoms and sexual function in perimenopausal women. World J. Clin. Cases. 2023; 11(32): 7761-9. doi: <https://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v11.i32.7761>
37. Saleh S.A., Almadani N., Mahfouz R., Nofal H.A., El-Rafey D.S., Seleem D.A. Exploring the intersection of depression, anxiety, and sexual health in perimenopausal women. Int. J. Womens Health. 2024; 16: 1315-27. doi: <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S464129>
38. Tiwari M., Acharya N., Mahakarkar M. Navigating the vaginal milieu during perimenopause: a narrative review of physiological changes and clinical implications. J. Pharm. Bioallied Sci. 2025; 17(Suppl 1): S92-5. doi: https://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1493_24
39. North American Menopause Society. Menopause practice. Clinician's guide. 6th ed.; 2025. Available at: <https://menopause.org/professional-resources/menopause-practice-textbook>. Yureneva S., Komedina V., Kuznetsov S. COCs with estradiol valerate/dienogest vs 17 β estradiol/nomegestrol acetate: effects on metabolism and body composition in menopausal transition women. Maturitas. 2023; 173: 76-7.
40. Kim Y., Cho M.K., Chung Y.J., Hong S.H., Hwang K.R., Jeon G.H. et al.; Publication Committee on Clinical Guidelines of the Korean Society of Menopause. The 2025 Menopausal Hormone Therapy Guidelines - Korean Society of Menopause. J. Menopausal Med. 2025; 31(2): 53-84. doi: <https://dx.doi.org/10.6118/jmm.25103>
41. Fruzzetti F., Trémollières F., Bitzer J. An overview of the development of combined oral contraceptives containing estradiol: focus on estradiol valerate /dienogest. Gynecol. Endocrinol. 2012; 28(5): 400-8. doi: <https://dx.doi.org/10.3109/09513590.2012.662547>
42. Macias G., Merki-Feld G.S., Parke S., Mellinger U., Serrani M. Effects of a combined oral contraceptive containing oestradiol valerate/ dienogest on hormone withdrawal-associated symptoms: results from the multicentre, randomised, double-blind, active-controlled HARMONY II study. J. Obstet. Gynaecol. 2013; 33(6): 591-6. doi: <https://dx.doi.org/10.3109/01443615.2013.800851>
43. Общая характеристика лекарственного препарата Клайра® от 31.05.2023. Доступно по: <https://www.rlsnet.ru/drugs/klaira-40216>
44. Paoletti A.M., Lello S., Di Carlo C., Orrù M., Malune M.E., Neri M. et al. Effect of estradiol valerate plus dienogest on body composition of healthy women in the menopausal transition: a prospective one-year evaluation. Gynecol. Endocrinol. 2016; 32(1): 61-4. doi: <https://dx.doi.org/10.3109/09513590.2015.1079175>
45. Davis S.R., Bitzer J., Giraldo A., Palacios S., Parke S., Serrani M. et al. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparation is associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. J. Sex. Med. 2013; 10(12): 3069-79. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jsm.12310>
46. Caruso S., Agnello C., Romano M., Cianci S., Lo Presti L., Malandrino C. et al. Preliminary study on the effect of four-phasic estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) oral contraceptive on the quality of sexual life. J. Sex. Med. 2011; 8(10): 2841-50. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02409.x>
47. Караченцев А.П., Мельниченко Г.А. Выбор оптимального гестагена для комбинированной заместительной гормонотерапии в пери- и постменопаузе. Проблемы эндокринологии. 2006; 52(2): 7-16. [Karachentsev A.N., Melnichenko G.A. Choice of optimal gestagen for combined hormonal replacement therapy in the peri- and postmenopause. Problems of Endocrinology. 2006;52(2):7-16. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/probl20065227-16>
48. Общая характеристика лекарственного препарата Евра® от 22.08.2025. Доступно по: https://www.vidal.ru/drugs/evra__6659?ysclid=mo086xvxdz170506629
49. Общая характеристика лекарственного препарата Мирена® от 03.02.2026. Доступно по: https://www.vidal.ru/drugs/mirena__440?ysclid=mo080kzi4u749067901
50. Общая характеристика лекарственного препарата Кайлина® ЛНГ от 15.04.2024. Доступно по: <https://www.vidal.ru/drugs/kailina-lng?ysclid=mo08u35u2u368165087>
51. Общая характеристика лекарственного препарата Фемостон® 1 от 16.09.2025. Доступно на: https://www.vidal.ru/drugs/femoston_1_10__1276?ysclid=mo08yj965j547226292
52. Общая характеристика лекарственного препарата Фемостон® 2 от 18.09.2025. Доступно по: https://www.vidal.ru/drugs/femoston_2_10__1275?ysclid=mo092s7tyw957576857

Рукопись получена: 20.06.2026. Одобрена к публикации: 20.06.2026. Опубликовано online: 30.03.2026.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Андреева Елена Николаевна**, д.м.н., профессор [Elena N. Andreeva, MD, Doctor of Sciences, professor];
адрес: 117036, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8425-0020>; SPIN-код: 1239-2937; e-mail: endogin@mail.ru

Баранов Игорь Иванович, д.м.н., профессор [Igor I. Baranov, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9813-2823>; SPIN-код: 4224-0437; e-mail: i_baranov@oparina4.ru

Юренина Светлана Владимировна, д.м.н. [Svetlana V. Yureneva, MD, PhD];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2864-066X>; SPIN-код: 3623-9149; e-mail: syureneva@gmail.com

Ярмолинская Мария Игоревна, д.м.н. [Mariya I. Yarmolinskaya, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6551-4147>; SPIN-код: 3686-3605; e-mail: m.yarmolinskaya@gmail.com

Балан Вера Ефимовна, д.м.н., профессор [Vera E. Balan, MD, PhD, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2364-6838>; SPIN-код: 5817-7331; e-mail: balanmed@gmail.com

Абашова Елена Ивановна, к.м.н. [Elena I. Abashova, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2399-3108>;
eLibrary SPIN: 2133-0310; e-mail: abashova@yandex.ru

Аганезова Наталия Владимировна, д.м.н. [Nataliya V. Aganezova, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9676-1570>; SPIN-код: 2961-5377; e-mail: aganezova@mail.ru

Беженарь Виталий Федорович, д.м.н., профессор [Vitaliy F. Bezhenar, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7807-4929>; SPIN-код: 8626-7555; e-mail: bez-vitaly@yandex.ru

Густоварова Татьяна Анатольевна, д.м.н., профессор [Tatyana A. Gustovarova, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8447-223X>; SPIN-код: 3134-4760; e-mail: tanya.prof@yandex.ru

Доброхотова Юлия Эдуардовна, д.м.н., профессор [Yulia E. Dobrokhotova, MD, Doctor of Sciences, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2786-6181>; SPIN-код: 2925-9948; e-mail: pr.dobrohotova@mail.ru

Енькова Елена Владимировна, д.м.н., профессор [Elena V. Yenkova, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8885-1587>; SPIN-код: 5672-9615; e-mail: enkova@bk.com

Карахалис Людмила Юрьевна, д.м.н., профессор [Lyudmila Yu. Karakhalis, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1040-6736>; SPIN-код: 9745-8697; e-mail: lomela@mail.ru

Каткова Надежда Юрьевна, д.м.н., профессор [Nadezhda Yu. Katkova, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6188-9769>; SPIN-код: 7967-5759; e-mail: katkova_nu@inbox.ru

Протасова Анна Эдуардовна, д.м.н., профессор [Anna E. Protasova, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7930-8048>; SPIN-код: 4097-0969; e-mail: protasova1966@yandex.ru

Савельева Ирина Вячеславовна, д.м.н. [Irina V. Savelyeva, MD, Doctor of Sciences];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0464-4084>; e-mail: rector@omsk-osma.ru

Семёнов Юрий Алексеевич, д.м.н. доцент [Yuriy A. Semenov, MD, Doctor of Sciences, Docent];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3268-7981>; e-mail: u-sirius@mail.ru

Соколова Татьяна Михайловна, д.м.н., профессор [Tatyana M. Sokolova, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3435-3536>; SPIN-код: 9416-1221; e-mail: tatyana3965@mail.ru

Сотникова Лариса Степановна, д.м.н., профессор [Larisa S. Sotnikova, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5237-2963>; SPIN-код: 5495-6697; e-mail: sotnikova.ls@ssmu.ru

Тапильская Наталья Игоревна, д.м.н. [Natalya I. Tapilskaya, MD, Doctor of Sciences];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5309-0087>; SPIN-код: 3605-0413; e-mail: tapnatalia@yandex.ru

Хамошина Марина Борисовна, д.м.н., профессор [Marina B. Hamoshina, MD, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1663-5265>; SPIN-код: 6790-4499; e-mail: khamoshina@mail.ru

Шереметьева Екатерина Викторовна, к.м.н. [Ekaterina V. Sheremetyeva, MD, PhD];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7177-0254>; e-mail: s1981k@yandex.ru

ЦИТИРОВАТЬ:

Баранов И.И., Андреева Е.Н., Юренева С.В., Ярмолинская М.И., Балан В.Е., Абашова Е.И., Аганезова Н.В., Беженарь В.Ф., Густоварова Т.А., Доброхотова Ю.Э., Енькова Е.В., Карахалис Л.Ю., Каткова Н.Ю., Протасова А.Э., Савельева И.В., Семёнов Ю.А., Соколова Т.М., Сотникова Л.С., Тапильская Н.И., Хамошина М.Б., Шереметьева Е.В. Алгоритм назначения гормональной контрацепции и менопаузальной гормональной терапии в перименопаузе // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2026. — Т. 5. — №2. — С. 27-39. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12801>

TO CITE THIS ARTICLE:

Baranov II, Andreeva EN, Yureneva SV, Yarmolinskaya MI, Balan VE, Abashova EI, Aganezova NV, Bezhenar VF, Gustovarova TA, Dobrokhotova YuE, Yenkova EV, Karakhalis LYu, Katkova NYu, Protasova AE, Savelyeva IV, Semenov YuA, Sokolova TM, Sotnikova LS, Tapilskaya NI, Khamoshina MB, Sheremetyeva EV. Algorithm for prescribing hormonal contraception and menopausal hormone therapy in perimenopause. *Bulletin of Reproductive health*. 2026;5(2):27-39. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12801>