

МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И КОНТРАЦЕПЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СОГЛАСНО АЛГОРИТМАМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (12-Й ВЫПУСК, ДОПОЛНЕННЫЙ)



© Е.Н. Андреева^{1,2}, О.Р. Григорян^{1*}

¹ГНЦ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

В данной статье представлена обновленная (по состоянию на 2026 год) информация по инициации и контролю эффективности менопаузальной гормональной терапии и контрацепции у женщин с сахарным диабетом. Настоящие данные приведены в соответствии с результатами крупных завершенных клинических исследований, последними международными и отечественными рекомендациями по лечению пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, а также многолетнему опыту коморбидных пациентов на базе ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова» Минздрава России.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: менопаузальная гормональная терапия; климактерий; менопауза; контрацепция; женщины; сахарный диабет; эндокринная гинекология

MENOPAUSAL HORMONAL THERAPY AND CONTRACEPTION FOR FEMALE WITH DIABETES MELLITUS. MODERN POSITIONS ACCORDING TO STANDARDS OF SPECIALIZED DIABETES CARE (12TH EDITION)

© Elena N. Andreeva^{1,2}, Olga R. Grigoryan^{1*}

¹Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

²Russian University of Medicine, Moscow, Russia

The present article contains the most actual (according to year 2026) information about initiation, providing and efficacy control of menopausal hormonal therapy and contraception among females with diabetes mellitus. The present data have been collected and presented according to results of completed medical researches, actual international and Russian national recommendations for treatment of diabetes mellitus type 1 and 2, many years of comorbidity treatment experience in the Endocrinology Research Centre (Moscow, Russia)

KEYWORDS: menopausal hormonal therapy; climacteria; menopause; contraception; females; diabetes mellitus; endocrine gynecology.

МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Общие принципы начала, подбора и коррекции менопаузальной гормональной терапии (МГТ) при СД (назначается врачом-гинекологом):

- Сахарный диабет не является противопоказанием к назначению МГТ, однако наличие данных заболеваний требует оценки рисков лечения для решения вопроса о возможности назначения, а также индивидуального подбора типа, режима, дозы и пути введения МГТ;
- Цель МГТ у женщин в перименопаузе и постменопаузе — частично восполнить дефицит половых гормонов, используя минимальные (оптимальные) дозы гормональных препаратов, способные улучшить общее состояние пациенток, купировать климактерические симптомы, обеспечить профи-

лактику поздних обменных нарушений. При наличии других клинических симптомов, указывающих на дефицит эстрогенов (включая артралгии, мышечные боли, снижение памяти, нарушения сна и психоэмоциональные нарушения), существенно снижающих качество жизни, возможно назначение МГТ после дообследования у профильных специалистов и исключения других причин для данных симптомов. По данным когортных и плацебо контролируемых исследований своевременный старт МГТ в перименопаузе или в первые 5 лет постменопаузы снижает риск развития субклинического атеросклероза, ИБС и когнитивных нарушений (при условии нормальной когнитивной функции на момент начала МГТ).

- Рекомендуется назначение МГТ женщинам в перименопаузе и постменопаузе для профилактики постменопаузального остеопороза

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



- В соответствии с «гипотезой терапевтического окна» начинать МГТ у всех пациенток независимо необходимо в возрасте моложе 60 лет и при длительности постменопаузы менее 10 лет.
- Всем пациенткам необходимо проводить тщательный сбор анамнестических данных для выявления факторов риска онкологических заболеваний органов репродуктивной системы и молочной железы, сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза и других коморбидных состояний для определения плана обследования и лечения

Существуют немедикаментозные и медикаментозные (гормональные и альтернативные) методы коррекции менопаузальных климактерических нарушений у женщин с СД [1,2,3,4,5]. Немедикаментозные и медикаментозные альтернативные методы в данном разделе не рассматриваются.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ

- При инициации МГТ целесообразно подбирать минимальную эффективную дозу препарата. По мере увеличения возраста женщины и длительности постменопаузы рекомендуется рассмотреть возможность снижения дозировки.
- В перименопаузе используются стандартные и низкие дозы эстрогенов в составе МГТ.
- В постменопаузе используются низкие и ультранизкие дозы эстрогенов в составе МГТ. У женщин в постменопаузе старше 45 лет низкодозированные и ультранизкодозированные пероральные эстрогены в составе комбинированной монофазной МГТ эффективны для лечения вазомоторных симптомов, при этом имеют более благоприятный профиль безопасности и переносимости в сравнении со стандартными дозами эстрогенов.
- В РФ зарегистрированы комбинированные формы пероральных препаратов, содержащие стандартную дозу (2 мг) и низкую дозу (1 мг) 17 β -эстрадиола в сочетании с гестагеном, а также препарат перорального 17 β -эстрадиола (2 мг).
- Основная функция гестагена в составе МГТ: защитное действие на эндометрий. Важно учитывать свойства прогестагена в составе МГТ. Микронизированный прогестерон, дидрогестерон и ряд других прогестагенов, кроме защитного влияния на эндометрий могут обладать и другими эффектами. Например, дроспиренон в составе комбинации с эстрадиолом обладает антиминералокортикоидным и антиандрогенным эффектом, способностью препятствовать задержке жидкости, улучшать ряд метаболических параметров.
- Современная низкодозированная и ультранизкодозированная комбинированная пероральная МГТ с эстрадиолом, который используется в составе МГТ, и гестагенами (дидрогестерон, микронизированный прогестерон, дроспиренон, левоноргестрел и др.) представляется достаточно безопасной в отношении тромботических осложнений. Однако оценка пользы и риска назначения МГТ, выбор лекарственного препарата, его состава, и пути введения должны проводиться индивидуально, с учетом особенностей

клинической картины и наличия факторов риска венозных тромбозных осложнений (ВТЭО).

1. В качестве **эстрогенного** компонента трансдермальной МГТ могут использоваться при СД:
 - 0,75 мг/сут 17 β -эстрадиола 0,06% в составе накожного геля (1,25 г геля);
 - 0,5 мг/сут 17 β -эстрадиола 0,1% в составе накожного геля (0,5 г геля).
 - 17 β -эстрадиол терапевтическая система трансдермальная (50 мкг/сутки)
 - Эстриол (крем или суппозитории вагинальные) - 0,5 мг.

Трансдермальные формы эстрогенов вследствие отсутствия первичной стадии печеночного метаболизма имеют благоприятный профиль безопасности при высоких рисках ВТЭО.

2. В качестве **гестагенного** компонента трансдермальной МГТ могут дополнительно использоваться при СД:
 - микронизированный прогестерон (перорально или вагинально) в дозе 100 мг в сутки;
 - дидрогестерон 10 мг в сутки;
3. Внутриматочная система с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС52).

Не рекомендуется назначать препараты тестостерона для лечения женщин с когнитивными, сердечно-сосудистыми, метаболическими нарушениями и сексуальной дисфункцией.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ МГТ

- После назначения МГТ пациенткам оценка эффективности и переносимости терапии проводится через 1–2 месяца после начала лечения, далее — каждые 6 месяцев в течение первого года терапии, затем 1 раз в год на фоне приема МГТ.
- Решение о продолжении МГТ принимается совместно пациенткой (хорошо информированной) и врачом-акушером-гинекологом, с учетом конкретных целей лечения и объективной оценки текущих индивидуальных преимуществ и рисков терапии [1, 2, 3, 4, 5].

ТЕРАПИЯ ЭСТРОГЕНАМИ (табл. 1)

ТЕРАПИЯ ГЕСТАГЕНАМИ

Проводится женщинам в период менопаузального перехода для профилактики гиперпластических процессов эндометрия и регуляции менструального цикла, в постменопаузе в составе МГТ (табл. 2).

КОМБИНИРОВАННАЯ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Проводится женщинам с интактной маткой в перименопаузе, но не ранее, чем через 6 месяцев после последней менструации и в постменопаузе для лечения климактерических симптомов и профилактики остеопороза в циклическом и непрерывном режимах (табл. 3).

Таблица 1. Схемы терапии эстрогенами

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Эстрадиола валерат 2 мг, драже	По 1 драже в день в течение 21 дня в месяц	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
17β-эстрадиол 0,06% — гель трансдермальный	Максимальная суточная доза — 3 мг 17β-эстрадиола (5,0 г геля), стандартная суточная доза — 1,5 мг 17β-эстрадиола (2,5 г геля), низкая суточная доза — 0,75 мг 17β-эстрадиола (1,25 г геля) в непрерывном режиме	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
17β-эстрадиол 0,1% гель трансдермальный	Максимальная суточная доза — 1,5 мг 17β-эстрадиола (1,5 г геля), стандартная суточная доза — 1 мг 17β-эстрадиола (1,0 г геля), низкая суточная доза — 0,5 мг 17β-эстрадиола (0,5 г геля); в непрерывном режиме	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
17β-эстрадиола терапевтическая система трансдермальная	Стандартная суточная доза — 50 мкг/сут	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
Эстриол — 2 мг таблетированный препарат	В непрерывном режиме	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
Эстриол (суппозитории вагинальные) — 0,5 мг. эстриол (крем вагинальный) — 1 мг/г.	В начале лечения ежедневно в течение 2 недель (максимально до 4 недель), по мере улучшения 2 раза в неделю длительно	В течение 1 года, далее длительность терапии определяется индивидуально
Лактобактерии ацидофильные + эстриол	По 1 вагинальной таблетке ежедневно на протяжении 6–12 дней, далее поддерживающая доза составляет 1 вагинальную таблетку 1–2 раза в неделю	При необходимости возможно повторение курсов терапии

Таблица 2. Схемы терапии гестагенами

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Дидрогестерон	10–20 мг на срок 10–14 дней во вторую фазу цикла. В составе МГТ: 10–20 мг внутрь в течение 14 дней в рамках 28-дневного цикла	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Прогестерон (микронизированный)	200–400 мг в течение 10–14 дней во вторую фазу цикла. В составе МГТ в перименопаузе: 200 мг в течение 12–14 дней. В составе МГТ в постменопаузе: 100–200 мг ежедневно	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Левоноргестрел внутриматочная система	Т-образный стержень с контейнером, содержащим 52 мг левоноргестрела; поддерживает выделение левоноргестрела в полость матки на уровне 20 мкг/сут); ввести в полость матки однократно	Устанавливается на 5 лет

Таблица 3. Схемы лечения комбинированными эстроген-гестагенными препаратами

Наименование ЛС	Дозы и кратность назначения ЛС	Длительность применения
Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в циклическом режиме		
17β-эстрадиол 2 мг/дидрогестерон 10 мг	28 таблеток в месяц, по 1 таблетке в день	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиол 2 мг/левоноргестрел 150 мкг	По 1 таблетке в день в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Эстрадиола валерат 2 мг/норгестрел 500 мкг (не ранее 12 месяцев после последней менструации)	По 1 таблетке в день в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиол 2 мг/ ципротерон 1 мг	По 1 таблетке в день в течение 21 дня с последующим 7-дневным перерывом	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиол 1мг/дидрогестерон 10 мг (не ранее 6 месяцев после последней менструации или в постменопаузе)	28 таблеток в месяц, по 1 таблетке в день	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиола 0,06% — накожный гель, 17β-эстрадиола 0,1% накожный гель, Эстрадиола накожный пластырь + микронизированный прогестерон (перорально или вагинально)/ дидрогестерон перорально	Трансдермальные формы эстрогенов назначаются в максимальной, стандартной или низкой дозе. Микронизированный прогестерон (перорально или вагинально) в дозе 200–300 мг в сутки в зависимости от ИМТ; дидрогестерон перорально 10–20 мг в сутки на срок не менее 12–14 дней	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в непрерывном режиме (в постменопаузе)		
17β-эстрадиол 1мг/дидрогестерон 5 мг	28 таблеток в месяц, по 1 таблетке в день непрерывно	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиол 1мг/дроспиренон 2 мг	28 таблеток в месяц, по 1 таблетке в день непрерывно	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям
17β-эстрадиола 0,06% — накожный гель, 17β-эстрадиола 0,1% накожный гель, 17β-эстрадиола накожный пластырь + микронизированный прогестерон (перорально или вагинально)/ дидрогестерон перорально	Используется стандартная доза — 1,5 мг 17β-эстрадиола 0,06% на кожного геля (2,5 г); 1,0 мг эстрадиола 0,1% на кожного геля (1,0 г). Прогестерон используется перорально или вагинально в дозе 100 мг в сутки; дидрогестерон в дозе 10 мг непрерывно ежедневно, может использоваться внутриматочная система с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС)	В течение 1 года, в дальнейшем по показаниям

**КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ САХАРНОМ
ДИАБЕТЕ**

(табл. 4, 5, 6, 7, 8)

Таблицы 4, 5, 6. Классификация категорий и использование шкал категорий на практике

Категория	Описание
1	Состояние/заболевание, при котором нет никаких противопоказаний к использованию данного метода контрацепции
2	Состояние/заболевание, при котором ожидаемая польза от применяемого метода контрацепции в целом превосходит теоретические и доказанные риски
3	Состояние/заболевание, при котором теоретические и доказанные риски в целом превосходят ожидаемую пользу от применения данного метода контрацепции
4	Состояние/заболевание, при котором использование данного метода контрацепции абсолютно противопоказано

Категория	Клиническое обследование проведено в полном объеме	Провести клиническое обследование в полном объеме не представляется возможным
1	Использование метода допускается при любых обстоятельствах	Да (метод допускается использовать)
2	В большинстве случаев нет противопоказаний к использованию метода	
3	Использовать метод, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда более подходящее средство контрацепции или его использование является неприемлемым для клиента	Нет (использовать метод не рекомендуется)
4	Использование метода абсолютно противопоказано	

Категория	Примечания
A	Операция возможна
C	Операцию можно провести, но с осторожностью
D	Операцию следует отложить
S	Необходимы особые условия

Больным СД не рекомендуются следующие методы контрацепции:

- чистые прогестагены у больных СД 1 типа (кроме гормональных рилизинг-систем (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг));
- влажная диафрагма;
- ритмический метод контрацепции.

НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ СД

- Больные СД могут успешно и безопасно применять барьерные методы контрацепции.
- Хирургическая стерилизация у больных СД представляет собой эффективный метод контрацепции, однако само оперативное вмешательство у больных СД даже в отсутствие сосудистых осложнений чре-

вато более медленным заживлением операционной раны, а наличие таких осложнений повышает риск осложненного течения послеоперационного периода (в частности, инфекционных осложнений). В связи с этим, в случае решения использовать этот метод контрацепции рекомендуется назначение профилактических курсов антибиотиков.

В период лактации рекомендуются следующие методы контрацепции:

- дезогестрел, таблетки;
- металлосодержащие ВМС – не ранее, чем через 6 недель после родов;
- гормональные рилизинг-системы (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг) — не ранее, чем через 4 недели после родов;
- барьерные (презерватив, спермициды и др.) [6, 7, 8].

Таблица 7. Допустимость применения методов контрацепции по категориям в зависимости от состояния пациентки

Категория больных	КОК	КГКП	КГКВК	КГИК	ППП	МПАД/НЭСЭ	ЛНГ/ЭГ	КОКЭ	ЛНГЭ	УА	Сп-ВМС	ЛНГ-ВМС	БМ	ХС
Гестационный СД в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1	нд	нд	нд	1	1	1	А
СД 1 типа БЕЗ сосудистых осложнений	2	2	2	2	2	2	2	нд	нд	нд	1	2	1	С
СД 2 типа БЕЗ сосудистых осложнений	2	2	2	2	2	2	2	нд	нд	нд	1	2	1	С
СД в сочетании с нейропатией/ретинопатией/нефропатией	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	нд	нд	нд	1	2	1	С
СД продолжительностью более 20 лет либо наличие макрососудистых осложнений	3/4	3/4	3/4	3/4	2	3	2	нд	нд	нд	1	2	1	С

Примечания: КОК — комбинированные оральные контрацептивы; КГКП — комбинированные гормональные контрацептивные пластыри; КГКВК — комбинированное гормональное контрацептивное вагинальное кольцо; КГИК — комбинированный гормональный инъекционный контрацептив; ППП — пероральные прогестагенные препараты; МПАД — медроксипрогестерона ацетата депо; НЭСЭ — норэтистерона энантат в инъекционной форме; ЛНГ/ЭГ — имплант, содержащий левоноргестрел или этоноргестрел; КОКЭ — КОК для экстренной контрацепции; ЛНГЭ — левоноргестрел для экстренной контрацепции; УА — улипристала ацетат для экстренной контрацепции; нд — нет данных; Сп-ВМС — медь-содержащее внутриматочное средство; ЛНГ-ВМС — левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная контрацептивная система; БМ — барьерные методы контрацепции (презервативы, спермициды, диафрагмы); ХС — хирургическая стерилизация.

Таблица 8. Выбор метода контрацепции

Состояние здоровья женщины с СД	Метод контрацепции	
	Таблетированные препараты	Механические, местные
Больные СД 1 типа, достигшие целей гликемического контроля, без выраженных сосудистых осложнений	• Эстрадиола валерат/диеногест (контрацептив с динамическим режимом дозирования и эстрадиолом, идентичным эндогенному); • 17β-эстрадиол/номегестрол (контрацептив с монофазным режимом дозирования, содержащий 17β-эстрадиол идентичный натуральному эндогенному эстрогену); • КОК с этинилэстрадиолом, низко- и микродозированные КОК.	• Гормональные рилизинг-системы: а) имплантационные (этоногестрел), б) внутриматочные (19.5 мг), в) вагинальные (этинилэстрадиол + этоногестрел) — кольца интравагинальные прогестаген- и эстрогенсодержащие), г) трансдермальные (этинилэстрадиол + норэлгестромин) • Металлосодержащие ВМС
Больные СД 2 типа, достигшие целей гликемического контроля, без выраженных сосудистых осложнений	• Эстрадиола валерат/диеногест (контрацептив с динамическим режимом дозирования и эстрадиолом идентичным эндогенному); • 17β-эстрадиол/номегестрол (контрацептив с монофазным режимом дозирования, содержащий эстрадиол идентичный натуральному эндогенному эстрогену); • 20 мкг этинилэстрадиола/дроспиренон (+кальция левомефолат 0,451 мг); • 30 мкг этинилэстрадиола/дроспиренон (+кальция левомефолат 0,451 мг); • КОК с 17β-эстрадиолом, низко- и микродозированные КОК, чистые прогестагены, содержащие 15–30 мкг этинилэстрадиола).	а) металлосодержащие ВМС: б) гормональные рилизинг-системы (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг)
Больные СД 2 типа с гипертриглицеридемией и нарушениями функции печени	Не показаны	а) металлосодержащие ВМС: б) гормональные рилизинг-системы (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг)
Больные СД 1 типа и СД 2 типа, не достигшие целей гликемического контроля и/или с выраженными сосудистыми осложнениями	Не показаны КОК и чистые прогестагены.	а) металлосодержащие ВМС: б) гормональные рилизинг-системы (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг) в) барьерные метода (спермициды, презерватив и др.)
Больные СД 1 типа, имеющие 2 и более детей и/или тяжелое течение основного заболевания	Не показаны	а) металлосодержащие ВМС; б) гормональные рилизинг-системы (система внутриматочная терапевтическая, 19.5 мг; система внутриматочная терапевтическая, 52 мг) в) барьерные метода (спермициды, презерватив и др.), г) добровольная хирургическая стерилизация

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Исследование проводится в рамках Государственного задания: «Изучение фундаментальных механизмов овариальной гиперандрогении, оптимизация комплексной диагностики и персонализация лечения для снижения кардиометаболических рисков и активного долголетия», регистрационный номер 126022417901-3.

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».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2025. ID_841_1. <https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/117-3>
2. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Шляхто Е.В., Дедов И.И., и др. Менопаузальная гормональная терапия у пациенток с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями: междисциплинарный дельфийский консенсус среди российских гинекологов, кардиологов, эндокринологов, геронтологов и гериатров, флебологов, клинических фармакологов // *Терапевтический архив*. - 2026. - Т. 98. - №1. - С. 6-27. [Sukhikh G.T., Serov V.N., Shlyakhto E.V., Dedov I.I., et al. Menopausal hormone therapy in patients with cardiovascular and metabolic diseases: an interdisciplinary Delphi consensus among Russian gynecologists, cardiologists, endocrinologists, gerontologists and geriatricians, phlebologists, and clinical pharmacologists // *Terapevticheskii arkhiv*. - 2026. - Vol. 98. - N. 1. - P. 6-27]. doi: <https://doi.org/10.26442/00403660.2026.01.203470>
3. Zhang K, Ma Y, Luo Y, et al. Metabolic diseases and healthy aging: identifying environmental and behavioral risk factors and promoting public health. *Front Public Health*. 2023;11:1253506. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1253506>
4. Panay N, Ang SB, Cheshire R, et al. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies – an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2024;27(5):441-57. doi: <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2394950>
5. Шляхто Е.В., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Дедов И.И., и соавт. Российские критерии приемлемости назначения менопаузальной гормональной терапии пациенткам с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями. Согласительный документ РКО, РОАГ, РАЭ, ЕАТ, РАФ. *Проблемы Эндокринологии*. 2023;69(5):115-136. <https://doi.org/10.14341/probl13394>
6. Клинические рекомендации «Контрацепция. Наблюдение за применением противозачаточных средств» (проект), 2024. <https://drive.google.com/file/d/17x4DcHeYuY9qS7zzXvMzyV5MkIC1tvN/view>
7. Panou T, Gouveri E, Gereade A, Tsikouras P, Papazoglou D, Papanas N. Contraception and Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2025;133(5):268-277. doi: 10.1055/a-2561-9460
8. Abushamat LA, Sayres L, Jeffers R, Nielsen C, Barbour LA, Zaman A. Unmasking Barriers in the Delivery of Preconception Counseling and Contraception Provision for Patients With Type 1 or Type 2 Diabetes. *Clin Diabetes*. 2023;41(4):567-572. doi: <https://doi.org/10.2337/cd23-0008>

Рукопись получена: 24.06.2026. Одобрена к публикации: 24.06.2026. Опубликовано online: 30.06.2026.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Григорян Ольга Рафаэлевна**, д.м.н., профессор [Olga R. Grigoryan, MD, Doctor of Sciences, professor];
адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036, Moscow, Russia];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4979-7420>; SPIN-код: 3060-8242; e-mail: iceberg1995@mail.ru

Андреева Елена Николаевна, д.м.н., профессор [Elena N. Andreeva, MD, PhD, Professor];
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8425-0020>; SPIN-код: 1239-2937; e-mail: endogin@mail.ru

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ:

Андреева Е.Н., Григорян О.Р. Менопаузальная гормональная терапия и контрацепция при сахарном диабете. Основные положения согласно Алгоритмам специализированной помощи больным с сахарным диабетом (12-й выпуск, дополненный) // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2026. — Т. 5. — №2. — С. 53-60. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12802>

TO CITE THIS ARTICLE:

Andreeva EN, Grigoryan OR. Menopausal hormonal therapy and contraception for female with diabetes mellitus. Modern positions according to standards of specialized diabetes care (12th edition). *Bulletin of Reproductive health*. 2026;5(2):53-60. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12802>