

КОНСЕНСУСНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ИТОГАМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ПО ВОПРОСАМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ/МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ



© В.Е. Балан¹, С.В. Юренева², М.И. Ярмолинская³, Е.Н. Андреева^{4,5*}, О.М. Драпкина⁶, И.И. Баранов², А.Л. Хиршберг⁷,
А. Кано⁸, С.А. Бернс⁶, И.С. Явелов⁶, А.В. Сергеев⁸, С.В. Дора⁹, О.В. Дженина¹⁰, С.В. Акиншина¹¹, Я.Б. Скиба¹²,
О.Б. Талибов⁵

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», Москва, Россия

²ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия

⁴ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, Москва, Россия

⁵ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

⁶ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, Россия

⁷Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

⁸Севильский университет, Севилья, Испания

⁹ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

¹⁰ООО «Первый флебологический центр», Москва, Россия

¹¹Сеченовский Университет, Москва, Россия

¹²НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Санкт-Петербург, Россия

Значительное снижение уровня эстрогенов, обусловленное наступлением менопаузы, является причиной развития клинически значимых симптомов климактерического синдрома, существенно ухудшающих качество жизни, а также относится к факторам, повышающим долгосрочные кардиометаболические риски. Согласно действующим российским клиническим рекомендациям, менопаузальная гормональная терапия (МГТ) рассматривается в качестве наиболее эффективного метода коррекции климактерических расстройств.

Для проработки актуальных вопросов ведения пациенток в периодах пери- и постменопаузы и особенностей назначения МГТ в различных клинических ситуациях в последнем квартале 2025 г. был созван Междисциплинарный экспертный совет, основной задачей которого стала оптимизация научно обоснованных алгоритмов ведения пациенток с климактерическими/постовариоэктомическими синдромами. По итогам работы специалистами национального и международного уровня, представляющими различные области медицины, был утвержден консенсусный документ, регламентирующий принципы назначения заместительной/менопаузальной гормональной терапии женщинам с сопутствующей соматической патологией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: менопаузальная гормональная терапия; менопауза; климактерический синдром; сердечно-сосудистые заболевания; метаболические заболевания; междисциплинарный совет.

CONSENSUS STATEMENT ON THE RESULTS OF THE INTERDISCIPLINARY EXPERT COUNCIL MEETING WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION ON PERSONALIZED PRESCRIPTION OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY/MENOPAUSAL HORMONE THERAPY IN WOMEN AT DIFFERENT AGE PERIODS

© Vera E. Balan¹, Svetlana V. Yureneva², Mariya I. Yarmolinskaya³, Elena N. Andreeva^{4,5*}, Oksana M. Drapkina⁶,
Igor I. Baranov², Angelica L. Hirschberg⁷, A. Cano⁸, Svetlana A. Berns⁶, Igor S. Yavelov⁶, Alexey V. Sergeev⁸, Svetlana V. Dora⁹,
Olga V. Dzhenina¹⁰, Svetlana V. Akinshina¹¹, Yaroslav B. Skiba¹², Oleg B. Talibov⁵

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



¹Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow, Russia

²National Medical Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

³Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproductology named after D.O. Ott, Saint Petersburg, Russia

⁴Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

⁵Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

⁶National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

⁷Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁸University of Seville, Seville, Spain

⁹Pavlov University, Saint-Petersburg, Russia

¹⁰First Phlebological Centre» LLC, Moscow, Russia

¹¹Sechenov University, Moscow, Russia

¹²Raisa Gorbacheva Memorial Research Institute of Children Oncology, Hematology and Transplantation, Saint-Petersburg, Russia

A significant decrease in estrogen levels due to the onset of menopause is the cause of the development of clinically significant symptoms of climacteric syndrome, which significantly impair the quality of life, and also refers to factors that increase long-term cardiometabolic risks. According to the current Russian clinical recommendations, menopausal hormone therapy (MHT) is considered as the most effective method for the correction of climacteric disorders.

An Interdisciplinary Expert Council was convened in the last quarter of 2025 to study the topical issues of managing patients in the peri- and postmenopausal periods and the specifics of prescribing MHT in various clinical situations, the main task of which was to optimize scientifically based algorithms for the management of patients with climacteric/postovariectomy syndromes. Based on the results of work by national and international specialists representing various fields of medicine, a consensus document was approved regulating the principles for prescribing HRT/MHT to women with concomitant somatic pathology.

KEYWORDS: *menopausal hormonal therapy; menopause; climacteric syndrome; cardiovascular diseases; metabolic diseases; interdisciplinary expert council.*

ОРГАНИЗАЦИИ — УЧАСТНИКИ КОНСЕНСУСА

- Российское общество акушеров-гинекологов
- Российская ассоциация по менопаузе
- Междисциплинарная ассоциация специалистов по здоровому старению и антивозрастной медицине
- Международная ассоциация акушеров-гинекологов и эндокринологов
- Международная ассоциация гинекологов, эндокринологов и терапевтов
- Российское научное медицинское общество терапевтов
- Российская ассоциация эндокринологов
- Ассоциация флебологов России
- Национальная ассоциация по тромбозу и гемостазу
- Российское общество по изучению головной боли
- Международное общество по менопаузе
- Европейское общество по менопаузе и андропаузе
- Международное общество гинекологической эндокринологии
- Международная ассоциация по проблемам тромбоза и гемостаза
- Европейская и Средиземноморская лига против тромботических расстройств
- Международное общество по изучению головной боли

Продолжительность жизни продолжает расти во всем мире, что обуславливает большой процент женщин в климактерическом периоде [1]. Согласно заявлению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более одного миллиарда женщин перешагнули через этот порог [2].

Несмотря на то что менопауза является естественным процессом старения репродуктивной системы, дефицит эстрогенов имеет негативные последствия для общего здоровья (в виде повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), остеопороза и др.), а симптомы климактерического синдрома способны существенно снизить качество жизни [3].

Сегодня менопаузальная гормонотерапия (МГТ) является стандартом лечения климактерического синдрома и фигурирует в действующих отечественных и зарубежных клинических рекомендациях, однако среди врачей и пациенток все еще сохраняется гормонофобия: препараты этой группы используют лишь 4,6–6,5% женщин в возрастном периоде 45–59 лет [4, 5].

Пациентки сталкиваются с вариативностью симптомов, которые ошибочно связывают с другими заболеваниями, недостатком актуальной информации о течении климактерического периода, отсутствием индивидуального подхода при назначении обследования и лечения, а также с некорректной маршрутизацией и недостатком индивидуальных рекомендаций. Врачи также испытывают трудности при назначении МГТ, поскольку ее появление в России совпало с публикацией результатов исследования WHI (Women's Health Initiative, «Инициатива по охране здоровья женщин»), что усилило озабоченность клиницистов в аспекте безопасности назначения МГТ [5]. В связи с этим возникла необходимость

структуризации имеющихся научных данных о профиле не только эффективности, но и безопасности различных препаратов МГТ, а также разработки алгоритма выбора форм гормональных средств в зависимости от конкретной клинической ситуации.

ОТ СТАНДАРТА К ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ: ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К МГТ

В настоящее время накоплено достаточно научных данных об эффективности и безопасности применения МГТ в лечении климактерических расстройств у разных категорий женщин [6]. Систематизация имеющихся данных позволяет экспертам и клиницистам сегодня перейти от стандартизированного к персонализированному подходу при назначении МГТ, стремясь минимизировать риски и увеличить пользу от ее применения [7–10].

В октябре 2025 г. эксперты FDA (Food and Drug Administration, Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, США) выступили с заявлением о снятии серьезных предупреждений, включая кардиоваскулярные события, с лекарственных препаратов МГТ, что, безусловно, является новой вехой в гормональной терапии климактерических расстройств и улучшении качества жизни женщин.

Представители Европейского общества по менопаузе и андропаузе (European Menopause and Andropause Society, EMAS) поддерживают решение FDA, ключевым принципом которого является индивидуализация терапии, а именно смещение акцента с позиции «минимальная доза на минимальный срок» на индивидуальный подбор дозы, формы и длительности терапии. Это позволяет эффективно облегчить климактерические симптомы, минимизируя потенциальные риски. Таким образом, на смену парадигмы универсального подхода к назначению МГТ приходит персонализация, и лечение должно подбираться индивидуально с учетом возраста, тяжести симптомов, индивидуального и семейного профиля риска, сопутствующих заболеваний и предпочтений пациентки [11].

Джоанн Мэнсон, один из руководителей исследования WHI (Women's Health Initiative, «Инициатива по охране здоровья женщин»), отметила, что данные изменения следует рассматривать в первую очередь по отношению к трансдермальным эстрогенам ввиду благоприятного соотношения пользы и риска [12].

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ МГТ

1. Рекомендован персонализированный подбор МГТ женщинам в пери- и постменопаузе, а также заместительной гормональной терапии (ЗГТ) пациенткам с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) для эффективного купирования климактерического синдрома и профилактики отдаленных последствий дефицита эстрогенов, в том числе остеопороза (в соответствии с данными инструкции и общих характеристик лекарственных препаратов (ОХЛП) для МГТ/ЗГТ).

- Подбор МГТ/ЗГТ должен осуществляться с учетом возраста пациентки, стадии репродуктивного старения в соответствии с классификацией STRAW +10, наличия соматических и гинекологических коморбидных состояний, профиля безопасности препаратов, а также индивидуальных предпочтений и ожиданий женщины.
- Решение о выборе дозы, состава и формы введения компонентов МГТ/ЗГТ рекомендовано принимать на основе комплексной оценки индивидуального профиля здоровья пациентки с обязательным обсуждением потенциальных преимуществ и возможных рисков терапии. При инициации МГТ/ЗГТ рекомендовано учитывать преимущества трансдермального пути введения эстрогенов, характеризующегося более благоприятным профилем безопасности, особенно у женщин с кардиометаболическими факторами риска и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с последующей регулярной оценкой рисков, эффективности лечения и приверженности терапии.
- Рекомендовано назначение монотерапии метаболитически нейтральными прогестагенами женщинам в период менопаузального перехода для профилактики гиперпластических процессов эндометрия и регуляции менструального цикла.

ЭВОЛЮЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

Актуальной проблемой современной гинекологии является рост распространенности ПНЯ во всем мире. Спонтанная ПНЯ регистрируется у 3,5% мирового женского населения [13]. ПНЯ ассоциирована с большим числом долгосрочных неблагоприятных последствий для здоровья, обусловленных дефицитом эстрогенов. К ним относятся бесплодие, вазомоторные симптомы (ВМС), вульвовагинальная атрофия, сексуальная дисфункция, высокий риск депрессии и тревожных расстройств, а также увеличение частоты возраст-ассоциированных заболеваний (ССЗ, остеопороз, деменция, паркинсонизм и др.), развивающихся уже в молодом возрасте [14]. В связи с этим пациентки с ПНЯ относятся к группе высокого риска по ухудшению показателей здоровья и снижению качества жизни, что, как показали исследования, нередко наблюдается даже на фоне регулярного приема ЗГТ [15–17].

Для молодых женщин с ПНЯ основной целью ЗГТ является адекватное возмещение дефицита половых гормонов, соответствующее средним нормативным значениям фолликулярной фазы менструального цикла. ЗГТ следует назначать как можно раньше после постановки диагноза. Не следует делать перерывов, поскольку польза ЗГТ значительно превышает риски у этой категории женщин, а отмена лечения вызывает ребаунд-эффект в отношении как потери минеральной плотности костной ткани (МПК), так и симптомов генитоуринарного менопаузального синдрома, вазомоторных, психоэмоциональных и соматических симптомов. Следует учитывать, что у молодых женщин с ПНЯ риски венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЕО), рака молочной железы (РМЖ) значительно ниже, чем в переходном возрасте [13, 14].

**КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ
ПО ВОПРОСУ ПРИНЦИПОВ НАЗНАЧЕНИЯ ЗГТ ПРИ ПНЯ**

1. ЗГТ показана женщинам с ПНЯ с целью профилактики остеопороза, сердечно-сосудистых событий и метаболических осложнений, а также для снижения риска возраст-ассоциированных заболеваний и общей смертности.
2. Начинать ЗГТ следует как можно раньше после установления диагноза ПНЯ, независимо от наличия или отсутствия климактерических симптомов, при отсутствии противопоказаний и с обязательным учетом коморбидных состояний женщины.
3. При ПНЯ предпочтительно назначать ЗГТ в циклическом режиме, за исключением пациенток с эндометриозом в анамнезе, которым рекомендован комбинированный непрерывный режим. При старте гормональной терапии рекомендовано начинать со стандартных доз эстрогенов в составе ЗГТ. Дозу прогестерона необходимо титровать с учетом дозы эстрогенного компонента.
4. Женщинам с ПНЯ могут потребоваться более высокие, чем стандартные, дозы эстрогенов, идентичных натуральным. При интактной матке эстрогены необходимо комбинировать с прогестеронами для профилактики гиперплазии/рака эндометрия. Дозы прогестерона корректируют с учетом дозы эстрогена в составе ЗГТ. Индивидуальный подбор дозы эстрогена и прогестерона в составе ЗГТ следует осуществлять в соответствии с действующими ИМП/ОХЛП. При выборе ЗГТ следует учитывать оптимальный профиль безопасности трансдермального пути введения эстрогенов и метаболически нейтральных прогестеронов.
5. При назначении ЗГТ женщинам с ПНЯ следует стремиться к достижению физиологического уровня эстрадиола, характерного для женщин с нормальным менструальным циклом, примерно 200–400 пмоль/л (54,5–109 пг/мл).
6. Рутинное определение уровня эстрогенов рекомендовано у пациенток с ПНЯ, использующих трансдермальные эстрогены, при подборе терапии, динамической оценке МПК, наличии побочных явлений и недостаточной эффективности подобранного лечения, а также в индивидуальном порядке с последующей коррекцией дозы препаратов при необходимости. Ключевым моментом является применение рекомендуемой дозы (стандартной, а не низкой в случае геля).
7. Для женщин со сниженным сексуальным влечением (либидо) предпочтительно применение трансдермального эстрадиола, поскольку пероральные эстрогены повышают уровень глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), что может привести к снижению уровня свободного тестостерона.
8. Терапию рекомендуется продолжать как минимум до достижения возраста наступления естественной менопаузы (50–51 год) с возможной дальнейшей пролонгацией и переходом на непрерывный режим после индивидуальной оценки соотношения пользы и риска.
9. Следует информировать женщин с ПНЯ об отсутствии убедительных данных о повышении риска РМЖ на фоне ЗГТ в сравнении с их сверстницами.

10. Следует информировать женщин с ПНЯ о том, что приверженность ЗГТ важна для минимизации долгосрочных рисков для здоровья, и поэтому необходимы длительное лечение и наблюдение.

**ТАНДЕМ ГИНЕКОЛОГА И ТЕРАПЕВТА ПРИ ВЫБОРЕ
МГТ**

В соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по вопросам долголетия период с 2020 г. по 2030 г. был объявлен Десятилетием здорового старения. Центральное место в достижении улучшения качества жизни пожилых людей (в том числе женщин в периоды пери- и постменопаузы), по мнению экспертов, должно принадлежать согласованному и взаимодополняющему сотрудничеству правительств государств, международных учреждений, научных организаций, а также медицинских работников различных специальностей [18]. Положительные результаты данной совместной работы выражаются в создании организаций по поддержке женщин в пери- и постменопаузе, популяризации рекомендаций ведущих научных сообществ, а также обучении врачей общей практики принципам ведения женщин менопаузального периода [19].

В Российской Федерации (РФ), как и во многих других странах, женщины с климактерическими симптомами нередко первично обращаются за помощью именно к врачам общей практики (ВОП) и терапевтам [20]. Кроме того, оценка коморбидных состояний и их факторов риска является обязательной перед назначением МГТ в рамках акушерско-гинекологического приема [21]. В связи с этим существует необходимость в разработке алгоритмов междисциплинарного подхода к ведению пациенток в пери- и постменопаузе, в частности при совместном участии гинеколога и терапевта. В задачи последнего должны входить: координация медицинской помощи и маршрутизация пациенток с учетом их анамнеза, мониторинг и долгосрочное наблюдение с регулярной оценкой состояния пациентки в динамике, контролем эффективности проводимого лечения и своевременной коррекцией терапевтической тактики с учетом изменений состояния здоровья и результатов обследований.

**КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ
ПО ВОПРОСУ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА
К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

1. Необходимым представляется повышение осведомленности о периодах пери-/постменопаузы и МГТ/ЗГТ среди терапевтов/ВОП, предложение алгоритма и системы маршрутизации пациенток с целью ранней диагностики менопаузы и оценки/коррекции факторов риска для совместного принятия решения о ведении таких пациенток.
2. С целью комплексного подхода к ведению пациенток в периоды пери-/постменопаузы рекомендовано акцентировать внимание терапевтов/ВОП на своевременной оценке симптомов менопаузы, выявления и коррекции коморбидных состояний, наличия модифицируемых и немодифицируемых факторов риска и возможной их коррекции.

3. В своей практической деятельности терапевт может опираться на действующие клинические рекомендации МЗ РФ «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» 2025 г., где указаны цель, показания/противопоказания, алгоритмы (подбор типа, режима, дозы и пути введения препаратов МГТ на основании данных ИМП/ОХЛП с учетом российских критериев приемлемости назначения МГТ пациенткам с ССЗ и метаболическими нарушениями), а также сроки назначения МГТ. При этом назначение, коррекция или отмена МГТ, а также динамический контроль за эффективностью и переносимостью лечения находятся в зоне ответственности врача акушера-гинеколога.

МГТ — СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ

Результаты проведенных в последние десятилетия исследований у женщин в пери- и постменопаузе внесли существенный вклад в понимание взаимосвязи между менопаузальным периодом и риском ССЗ. Накопленные факты подтверждают, что наступление менопаузы связано с неблагоприятными изменениями в кардиометаболическом профиле, повышением средних цифр артериального давления (АД), увеличением риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), включая инфаркт миокарда (ИМ), и другой сердечно-сосудистой патологии [22]. Симптомы менопаузы являются самостоятельным фактором риска развития ССЗ [23]. В частности, продемонстрирована связь между выраженностью ВМС и повышенным риском сердечно-сосудистых событий в будущем [24]. Поэтому женщины среднего и пожилого возраста, страдающие частыми или постоянными приливами, требуют особого внимания как при оценке риска возникновения ССЗ, так и при их профилактике.

Есть свидетельства, что своевременно начатая МГТ может способствовать снижению сердечно-сосудистых рисков. Так, при совокупном анализе данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) отмечено снижение отношения рисков смерти и коронарных осложнений (суммы случаев сердечно-сосудистой смерти и нефатального ИМ) в случаях, когда срок между началом менопаузы и МГТ не превышал 10 лет [25]. В крупном исследовании WHI отношение рисков смерти в период МГТ снижалось только при ее начале у женщин в возрасте 50–59 лет [26]. При анализе данных рандомизированного исследования DOPS (Danish Osteoporosis Prevention Study) начало МГТ у женщин в среднем возрасте 50 лет при средней длительности менопаузы 7 месяцев обеспечивало снижение отношения рисков совокупной частоты смерти или госпитализации из-за сердечной недостаточности или ИМ как через 10, так и через 16 лет наблюдения при том, что сама МГТ продолжалась в среднем 11 лет [26].

Вместе с тем очевидно, что нельзя рассматривать МГТ в отрыве от ее состава, доз лекарственных средств и способов их введения. В проведенных рандомизированных исследованиях изучались формы МГТ, которые в настоящее время вытеснены более безопасными подходами (так, в исследовании WHI перорально назначались конъюгированные конские эстрогены (КЭЭ) с медроксипрогестерона ацетатом (МПА) или без него) [27–29].

Разобраться во влиянии многообразных форм современной МГТ на возникновение и прогрессирование ССЗ сложно из-за отсутствия рандомизированных контролируемых исследований. В итоге трудно отделить эффекты, связанные с МГТ, от воздействия других факторов, включающих сроки начала лечения, особенности исходного сердечно-сосудистого риска и коморбидности. Кроме того, часто нет данных о возможных эффектах конкретных форм МГТ, или при анализе объединяются подходы с потенциально разнородными эффектами.

По данным многочисленных наблюдательных исследований, достаточно безопасной и, возможно, потенциально полезной с точки зрения сердечно-сосудистого риска является МГТ с трансдермальным применением эстрогенов. В частности, по данным крупных наблюдательных исследований, трансдермальное применение эстрогенов не было связано с повышением риска артериальных сосудистых осложнений (сумма случаев ИБС, включая ИМ, инсульта) [27], могло способствовать снижению риска ИМ в монотерапии, не приводило к его увеличению в сочетании с прогестагенами [28] и по сравнению с пероральными формами было связано с меньшим риском возникновения артериальной гипертензии [29].

Другими преимуществами трансдермального применения эстрогенов является отсутствие негативного влияния на уровень триглицеридов и отсутствие связи концентрации действующего вещества в крови с курением (при пероральном приеме эффект эстрогенов может снижаться из-за влияния компонентов сигаретного дыма на их печеночный метаболизм) [30, 31]. При этом врачам следует настаивать на отказе от курения пациенток, получающих МГТ/ЗГТ [32].

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ МГТ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РИСКОВ

1. При начале МГТ у женщин не старше 60 лет и не позднее 10 лет после наступления менопаузы можно ожидать снижения риска ССЗ и смертности. При этом наибольшая польза для сердечно-сосудистого здоровья ожидается при раннем старте МГТ.
2. Трансдермальные эстрогены, по всей видимости, не повышают риск развития артериальных тромботических осложнений.
3. Хорошо контролируемая артериальная гипертензия не является противопоказанием для МГТ. С учетом профиля безопасности для начала МГТ при повышенном АД разумно рассмотреть трансдермальный путь введения эстрогенов.
4. МГТ может оказывать положительное влияние на липидный профиль. При этом дислипидемия не является показанием для назначения МГТ. Повышенный уровень триглицеридов в крови — независимый фактор риска возникновения и прогрессирования атеросклероза, связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от всех причин. Трансдермальные эстрогены предпочтительны для женщин с гипертриглицеридемией, поскольку не оказывают негативного эффекта на показатели липидного обмена и не повышают уровень триглицеридов. При

уровне триглицеридов выше 4,5 ммоль/л в первую очередь следует начать гиполипидемическую терапию и после коррекции этого нарушения рассмотреть возможность применения МГТ.

5. Курение не является абсолютным противопоказанием для МГТ, однако решение о возможности и форме МГТ следует принимать с учетом совокупности всех факторов риска у конкретной женщины. При выборе формы МГТ стоит учитывать данные о возможном негативном влиянии компонентов табачного дыма на первичный печеночный метаболизм эстрогенов, в особенности при интенсивном курении, что может быть аргументом в пользу выбора трансдермальных форм эстрогенов. Во всех случаях необходимо настаивать на отказе пациентки от курения.

МГТ у пациенток с тромбофилиями

В многочисленных исследованиях было показано, что трансдермальные эстрогены не повышают риск ВТЭО в популяции здоровых женщин [33–35]. Отдельного внимания перед назначением МГТ/ЗГТ заслуживают женщины с исходно повышенным риском ВТЭО (например, с наличием тромбофилических мутаций, ожирения, недавно проведенных хирургических вмешательств, травм с длительной иммобилизацией и пр.).

Тромбофилии — это нарушения гемостаза и гемореологии, характеризующиеся повышенной склонностью к развитию тромботических состояний. В основе классификации тромбофилий лежит выделение наследственных и приобретенных факторов риска тромбоза [36].

Наследственная (врожденная, генетически обусловленная) тромбофилия является важным патогенетическим звеном развития ВТЭО [37]. В соответствии с влиянием на экспрессию и функциональную активность белка тромбофилические мутации делятся на усиливающие функцию белка (точечная замена G20210A в гене фактора II (протромбина)) и мутации с потерей функции и/или снижением экспрессии белка (мутации в генах антипротромбина, протеинов C и S). Вариант FV Leiden (фактор V Лейдена) связан с точечной мутацией G1691A в гене F5, которая делает фактор V резистентным к инактивации активированным протеином C, что приводит к повышенной генерации тромбина и увеличению рисков тромбообразования [38]. В соответствии с риском развития ВТЭО наследственные тромбофилические мутации делят на мутации высокого риска (дефицит антипротромбина III, дефицит протеина C, дефицит протеина S, гомозиготные варианты FV Leiden и протромбина G20210A, сочетание гетерозиготных вариантов FV Leiden и протромбина G20210A) и тромбофилии низкого риска (варианты FV Leiden и протромбина G20210A в гетерозиготной форме) [39].

По данным Американской коллегии акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), наблюдается высокая распространенность тромбофилических мутаций в Европейской популяции — гетерозиготный вариант FL Leiden выявляется примерно у 5%, а гетерозиготный вариант протромбина G20210A — у 2–3% населения [40]. Данные тромбофилии связаны с 2–3-кратным повышением риска первого эпизода ВТЭО [41].

Применение пероральной МГТ в монотерапии и в сочетании с прогестагенами при наследственных тромбофилиях, по данным систематического обзора и метаанализа, связано с 8-кратным повышением риска ВТЭО по сравнению с женщинами без тромбофилии, которые не использовали пероральную МГТ (ОШ 8,0; 95% ДИ 5,4–11,9), при этом было продемонстрировано отсутствие повышения риска ВТЭО при использовании трансдермальных эстрогенов при мутациях FV Leiden и протромбина G20210A [42]. По данным многоцентрового исследования по типу «случай-контроль», проведенного в 7 клинических центрах Франции с участием 235 пациентов с ВТЭО, наличие генетической тромбофилии (FV Leiden, протромбин G20210A) в сочетании с пероральной МГТ приводило к значительному увеличению риска тромбоза по сравнению с женщинами, не получавшими МГТ (ОШ 25,0; 95% ДИ 6,9–95,0). Анализ также показал, что применение трансдермальной МГТ не повышало риск ВТЭО по сравнению с базовым риском ВТЭО, который выявлялся у пациенток с той же тромбофилической мутацией (ОШ 4,4; 95% ДИ 2,0–9,9 при использовании трансдермальной МГТ и ОШ 4,1; 95% ДИ 2,3–7,4 у женщин, не использовавших МГТ) [33].

Данные по МГТ у женщин с другими, более редкими наследственными тромбофилиями высокого риска, значительно ограничены. В проспективном когортном исследовании бессимптомных носителей дефицита антипротромбина, протеина C или протеина S ежегодная частота венозного тромбоза составила 1,5% (95% ДИ 0,7–2,8), при этом примерно половина эпизодов были спровоцированными [43]. РКИ, оценивающие тромботический риск пероральной или трансдермальной МГТ у женщин с этими наследственными тромбофилиями, отсутствуют.

Бессимптомная тромбофилия низкого риска не является абсолютным противопоказанием к МГТ. Однако у пациенток с ранее диагностированной тромбофилией, а также при наличии дополнительных факторов риска ВТЭО, в том числе ожирения, отягощенного семейного тромботического анамнеза, последние опубликованные в 2024–2025 гг. рекомендации наиболее авторитетных международных сообществ, включая Международное общество по менопаузе (International Menopause Society, IMS), ACOG, Британское общество по менопаузе (British menopause society, BMS) и Европейское общество эндокринологов (European Society of Endocrinology, ESE), единогласно советуют делать выбор в пользу трансдермальной МГТ [6, 44–46].

В настоящее время вопрос скрининга на наследственные тромбофилии, в том числе перед назначением МГТ/ЗГТ, остается дискуссионным [47, 48]. Согласно рекомендациям IMS, опубликованным в декабре 2025 г., рутинное тестирование на тромбофилию перед назначением МГТ не требуется (уровень доказательности данной рекомендации отнесен к самой низкой категории — мнение экспертов) [6]. В рекомендациях Американского общества гематологов (American Society of Hematology, ASH) 2023 г. в вопросе принятия решения о возможности назначения эстрогенсодержащих препаратов (МГТ и комбинированных гормональных контрацептивов) тестирование на тромбофилию

перед стартом терапии предлагается только при наличии родственников первой линии родства, перенесших ВТЭО и имеющих подтвержденный дефицит протеина C, S или антитромбина. В случае выявления этих вариантов тромбофилии эстрогенсодержащих препаратов рекомендовано избегать (сила рекомендации, достоверность доказательств условная) [49].

В связи с отсутствием данных исследований с высоким уровнем доказательности относительно тестирования на тромбофилии при назначении МГТ актуальными являются результаты исследований по изучению влияния различных вариантов МГТ и способа доставки лекарственных веществ на развитие ВТЭО у пациенток с повышенным риском данного вида осложнений.

В многоцентровом исследовании «случай-контроль» среди женщин в постменопаузе (возраст от 45 до 70 лет) с зафиксированным впервые эпизодом ВТЭО (ESTHER) было показано, что отношение шансов развития ВТЭО у женщин, принимающих эстрогены перорально или трансдермально, по сравнению с теми, кто не принимал гормональную терапию, составило 4,2 (95% ДИ 1,5–11,6) и 0,9 (95% ДИ 0,4–2,1) соответственно [50]. Результаты систематического обзора и метаанализа также подтвердили существенную разницу во влиянии пероральных и трансдермальных эстрогенов на риски ВТЭО: в 9 РКИ наблюдалось увеличение риска ВТЭО у женщин, принимающих эстрогены в составе МГТ перорально (ОШ 2,1; 95% ДИ, 1,4–3,1) [42].

По данным крупного ретроспективного анализа базы данных QResearch и CPRD, выполненного с использованием метода «случай-контроль» (в анализ включены более 80 000 женщин с первичным диагнозом ВТЭО и более 390 000 женщин из контрольной группы), пероральная МГТ была связана со значительно повышенным риском ВТЭО по сравнению с отсутствием воздействия (скорректированное ОШ 1,58; 95% ДИ 1,52–1,64) как для препаратов, содержащих только эстроген (1,40; 1,32–1,48), так и для комбинированных препаратов (1,73; 95% ДИ 1,65–1,81), и этот эффект был дозозависимым. Пероральный эстрадиол был связан с более низким риском по сравнению с КЭЭ, как в форме монотерапии (0,85; 95% ДИ 0,76–0,95), так и для комбинированных препаратов (0,83; 95% ДИ 0,76–0,91). По сравнению с отсутствием МГТ, сочетание КЭЭ с МПА характеризовалось самым высоким риском (2,10; 95% ДИ 1,92–2,31), а сочетание эстрадиола с дидрогестероном — самым низким риском (1,18; 95% ДИ 0,98–1,42). Трансдермальные препараты не были связаны с риском венозной тромбоэмболии, и это было справедливо для разных режимов терапии и доз эстрадиола (общее скорректированное ОШ 0,93; 95% ДИ 0,87–1,01). По сравнению с трансдермальной МГТ пероральная ассоциировалась с 70% повышением риска ВТЭО (1,70; 95% ДИ 1,56–1,85). Авторы сделали заключение о том, что в данном исследовании трансдермальная МГТ была самым безопасным типом МГТ в отношении риска ВТЭО [51].

В опубликованном в 2025 г. систематическом обзоре 10 исследований с оценкой безопасности МГТ у женщин, имеющих повышенный риск ВТЭО, включая женщин с ожирением и генетической тромбофи-

лией (FV Leiden, протромбин G20210A), были получены данные об отсутствии дополнительного влияния трансдермальных эстрогенов как в монорежиме, так и в комбинации с микронизированным прогестероном, на риск тромботических событий [52].

Согласно рекомендациям IMS 2025 г., пациенткам из группы риска ВТЭО (включая пациенток с ожирением, наследственной тромбофилией, анамнезом ВТЭО) требуются оценка риска и консультирование относительно индивидуальной вероятности ВТЭО. Пероральная терапия эстрогенами увеличивает риск ВТЭО и не рекомендуется женщинам с повышенным риском данных осложнений. В отличие от пероральной, трансдермальная терапия эстрогенами не повышает риск ВТЭО даже при наличии дополнительных факторов риска, таких как ожирение и наследственная тромбофилия. Трансдермальная терапия эстрогенами рекомендуется для женщин с высоким риском, которым требуется МГТ. Для комбинированной терапии важен выбор прогестагена; рекомендуется использовать подходящие прогестагены, такие как микронизированный прогестерон, дидрогестерон или внутриматочная система с левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ) [6].

Достоверных данных о безопасности МГТ при антифосфолипидном синдроме (АФС) недостаточно. Потенциально возможность назначения МГТ не исключена в случаях с невысокой активностью заболевания или бессимптомными изменениями отдельных лабораторных показателей, при отсутствии дополнительных факторов риска тромбозов. Пероральная МГТ, как в монотерапии, так и в комбинации с прогестагенами, не рекомендована при АФС, при применении трансдермальных эстрогенов в монотерапии и в комбинации с прогестагенами возможные риски превышают пользу [32].

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ МГТ И ТРОМБОФИЛИЙ

1. При назначении МГТ и выборе формы введения эстрогенов следует учитывать их влияние на риск тромботических событий.
2. Трансдермальные эстрогены не повышают риск ВТЭО у женщин с тромбофилией.
3. Желательно отдавать предпочтение трансдермальным эстрогенам при назначении МГТ женщинам с высоким риском ВТЭО, но при отсутствии тромботических событий в анамнезе.
4. Трансдермальные эстрогены практически не влияют на синтез в печени протромботических факторов и провоспалительных маркеров, включая С-реактивный белок (СРБ), белок-активатор протромбина и антитромбиновую активность.
5. При наличии состояний, ассоциированных с риском тромботических событий (артериальная гипертензия, мигрень с аурой, ожирение/гиподинамия, курение, тромбофилия низкого риска, отягощенный семейный анамнез по ВТЭО, повышение уровня триглицеридов, системная красная волчанка и др.), следует назначать МГТ с осторожностью и рассмотреть трансдермальные эстрогены в качестве терапии предпочтительного выбора.

МГТ И РИСКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Традиционно существенное внимание экспертов в области менопаузы уделяется рискам ВТЭО при применении МГТ/ЗГТ. Результаты метаанализа 19 РКИ с общим количеством участниц 40 410 показали, что назначение гормональной терапии в период «терапевтического окна» (первые 10 лет менопаузы) снижает риски только артериальных тромбозов. В то же время риски венозных тромбозов остаются повышенными вне зависимости от времени старта МГТ (ОР 1,74; 95% ДИ 1,11–2,7) при старте до 10 лет, ОР 1,96; 95% ДИ 1,37–2,80 при старте после 10 лет) [28]. В отличие от временных параметров назначения МГТ, различные комбинации и способы доставки гормональных препаратов показали в исследованиях существенные различия по влиянию на ВТЭО, особенно в группах риска с наличием тромбофилических мутаций [48]. В частности, в исследованиях было продемонстрировано, что риск ВТЭО при применении трансдермальных эстрогенов не повышается как в монотерапии, так и в комбинации с прогестином и не превышает исходный популяционный риск [50, 53–55]. Выбор гестагена также играет немаловажную роль: так, синтетические прогестагены могут повышать риск ВТЭО, тогда как микронизированный прогестерон, в свою очередь, представляется безопасным в отношении ВТЭО, не увеличивая риск тромботических событий [50, 56, 57].

В настоящее время исследования по изучению влияния различных схем МГТ на риск развития ВТЭО у женщин, а также систематизация полученных данных продолжаются. Индивидуальный подход к выбору МГТ с позиции тромботических осложнений позволит минимизировать их риски.

Международные сообщества, как акушерско-гинекологические, так и кардиологические, солидарны в отношении наименьшего влияния трансдермальных эстрогенов на уровень протромботических факторов в связи с отсутствием первичного печеночного метаболизма, в отличие от пероральных эстрогенов, которые могут повышать уровни триглицеридов, факторов свертывания крови, СРБ и ГСПГ, и рассматривают трансдермальные эстрогены как предпочтительные с позиции оптимальной безопасности в отношении ВТЭО, особенно при наличии факторов риска сердечно-сосудистых событий, включая ожирение [58–61].

Согласно данным IMS 2025 г., в отличие от пероральной эстрогенной терапии, трансдермальная эстрогенная терапия не повышает риск ВТЭО даже при наличии дополнительных факторов риска, таких как ожирение, наследственная тромбофилия и анамнез ВТЭ. При комбинированной терапии рекомендуется рассмотреть микронизированный прогестерон, дидрогестерон или ВМС-ЛНГ [6].

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ МГТ И РИСКОВ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

1. При принятии решения о назначении, составе и форме МГТ следует учитывать все возможные факторы риска ВТЭО совместно с риском иных тромботических событий.

2. В настоящее время отсутствуют прямые рандомизированные сравнительные исследования, подтверждающие эквивалентную безопасность трансдермального и перорального эстрадиола.
3. Согласно большинству актуальных международных рекомендаций профессиональных сообществ акушеров-гинекологов, эндокринологов и кардиологов, следует отдавать предпочтение трансдермальным формам эстрогенов в сочетании, при необходимости, с метаболически нейтральными прогестагенами — микронизированным прогестероном или дидрогестероном.
4. Назначение трансдермального эстрадиола не связано с увеличением риска ВТЭО как при монотерапии, так и в составе комбинированной МГТ. Для перорального эстрадиола в монотерапии отмечено достоверное повышение риска ВТЭО с дозозависимым эффектом, при комбинации с прогестагеном риск может меняться как в большую, так и меньшую сторону. Микронизированный прогестерон, по-видимому, не приводит к увеличению риска ВТЭО в сочетании с эстрогенами.

МИГРЕНЬ, КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И МГТ: БАЛАНС ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ

Мигрень является одной из наиболее распространенных форм головной боли, которой страдают 20,7% населения РФ [62]. В период менопаузального перехода возможно ухудшение течения мигрени в виде увеличения частоты приступов и их степени тяжести [63]. Пациентки в пери- и постменопаузе, страдающие мигренью, заслуживают особого внимания с учетом повышения риска инсульта при наличии данной формы головной боли [64].

Вопрос назначения гормональной терапии женщинам с мигренью обсуждается во многих рекомендациях, посвященных ведению пациенток в периоды пери-/постменопаузы. Эксперты сходятся во мнении, что мигрень не является противопоказанием для назначения МГТ. В Руководстве Европейского общества эндокринологов по клинической практике для оценки и ведения менопаузы постулируется, что женщинам с показаниями к МГТ и мигренью с аурой в анамнезе рекомендуется трансдермальное введение эстрогена [46]. Специалисты Британского общества по менопаузе рекомендуют к применению непероральные формы эстрогенов, идентичные натуральному гормону (в виде пластыря или геля) [65]. В Российских критериях приемлемости назначения МГТ пациенткам с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями 2025 г. указано: 1) при мигрени с аурой следует использовать минимальную дозу эстрогенного компонента, идентичного натуральному, которая эффективно контролирует вазомоторные симптомы; 2) возможно использование в качестве монотерапии трансдермальных эстрогенов, которые обеспечивают стабильную плазменную концентрацию эстрадиола без резких пиковых суточных колебаний в сыворотке крови и позволяют минимизировать риски возникновения приступов мигрени, или в комбинации с внутриматочной системой, содержащей 52 мг левоноргестрела [32].

Трансдермальные эстрогены и более низкие дозы МГТ могут быть связаны с меньшим риском инсульта по сравнению с пероральным путем введения и более высокими дозами, согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе [6].

Еще одной неврологической проблемой являются когнитивные нарушения, которые часто возникают в периоды пери-/постменопаузы. Дефицит эстрогенов напрямую связан с механизмами формирования когнитивной дисфункции у женщин [66]. В отношении назначения МГТ международная позиция следующая: 1) МГТ не рекомендуется назначать ни в каком возрасте для лечения когнитивных нарушений в периоды пери-/постменопаузы либо предотвращения снижения когнитивных способностей или деменции; 2) применение МГТ в начале постменопаузы, по-видимому, безопасно для когнитивных функций; 3) применение терапии эстрогенами, идентичными натуральным, у женщин с ранней менопаузой может быть полезным для поддержания когнитивных функций и снижения риска развития деменции; 4) применение терапии эстрогенами даже на поздних стадиях постменопаузы, по-видимому, безопасно для когнитивных функций [67]. Назначение МГТ продемонстрировало положительный эффект на качество сна у женщин с ВМС, в частности, при использовании трансдермальных эстрогенов; микронизированный прогестерон, принимаемый перед сном, также позволяет добиться положительного эффекта в отношении сна у женщин в постменопаузе [6].

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ МГТ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

1. Женщины с головной болью должны быть проконсультированы неврологом и дообследованы согласно рекомендациям специалиста для подтверждения точного диагноза.
2. Мигрень, включая мигрень с аурой, не является противопоказанием к МГТ.
3. Мигрень является фактором риска инсульта.
4. Трансдермальные эстрогены в меньшей степени ассоциированы с ухудшением течения мигрени, реже вызывают развитие головной боли при циклическом режиме применения, в сравнении с пероральными формами эстрогенов.
5. Рекомендовано применять трансдермальные, идентичные натуральным, эстрогены в минимальных дозах, достаточных для купирования ВМС, оптимально в непрерывном режиме, с учетом благоприятного профиля сердечно-сосудистой безопасности.
6. Если необходимо применение прогестагена, следует рассмотреть микронизированный прогестерон, ди-дрогестерон, ВМС-ЛНГ.
7. Женщинам с подозрением на когнитивные нарушения рекомендованы консультация невролога для уточнения их наличия, характера и степени выраженности, а также оценка факторов риска развития ССЗ с последующим принятием решения о приемлемости назначения МГТ и выбора конкретной формы препарата.
8. Наличие когнитивных нарушений само по себе не является противопоказанием для МГТ. Использование трансдермальных эстрогенов не ассоциировано с повышенным риском деменции.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МГТ

В мире наблюдается высокая распространенность эндокринологической патологии с гендерными различиями по частоте встречаемости отдельных нозологий. Так, болезни щитовидной железы (ЩЖ) регистрируются у женщин примерно в 20 раз чаще, чем у мужчин [68]. При этом более чем в 30% случаев дебют заболеваний ЩЖ происходит в периоды пери-/постменопаузы. Как показали исследования, особенности клинических проявлений патологии ЩЖ и менопаузы могут иметь схожие черты, что необходимо учитывать при оценке состояния женщины и перед назначением терапии [69].

Согласно мнению отечественных и зарубежных специалистов в области гинекологии и эндокринологии, при назначении МГТ пациенткам с заболеваниями ЩЖ, в частности гипотиреозом, необходимо учитывать влияние ее компонентов на эффективность терапии основного заболевания. Пероральный эстрадиол у женщин с гипотиреозом может приводить к повышению концентрации тиреоидсвязывающего глобулина (ТСГ), вызывая клинические изменения концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) и необходимость увеличения дозы L-тироксина. При этом трансдермальные эстрогены не влияют на функцию ЩЖ [70, 71].

Период наступления менопаузы связан с высоким риском формирования менопаузального метаболического синдрома (ММС), основными маркерами которого являются инсулинорезистентность (ИР), дислипидемия, артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение [72]. ММС повышает риски развития ССЗ и сахарного диабета 2 типа (СД2). Сахарным диабетом страдают, по имеющимся на сегодняшний день данным, 589 млн взрослых в мире в возрасте от 20 до 79 лет [73], при этом СД2 чаще регистрируется у женщин. По данным отечественных авторов, частота СД2 в популяции российских женщин растет пропорционально возрасту и составляет: в 40–44 года — 1,2%, в 45–49 лет — 2,4%, в 50–54 года — 4,2%, в 55–59 лет — 9,4% [74].

Влияние МГТ на заболеваемость СД2 изучалось в ряде исследований. При сравнении применения 17β-эстрадиола у женщин в постменопаузе в течение почти 4 лет и отсутствия МГТ в группе контроля были получены результаты, свидетельствующие о значимом снижении заболеваемости СД2 в популяции здоровых женщин в постменопаузе на фоне применения гормональной терапии [75]. Данные метаанализа 107 исследований по влиянию МГТ на метаболический профиль показали снижение ИР в среднем на 13% (НОМА-IR), гликемии натощак — на 11%, риска СД2 — в среднем на 30% у применявших МГТ [76]. В вышедших в 2025 г. Клинических рекомендациях Европейского общества эндокринологии по ведению менопаузы и перименопаузы особое внимание уделено применению МГТ у женщин с СД2. Главными тезисами стали: 1) хорошо контролируемый СД2 не является противопоказанием для МГТ и 2) предпочтительным выбором при назначении МГТ являются трансдермальные эстрогены [46].

Коморбидные эндокринологические заболевания и состояния у женщин требуют тщательного анализа данных на приеме гинеколога и единых подходов к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению менопаузальных расстройств у данной категории пациенток.

КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ПО ВОПРОСУ МГТ И ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

1. МГТ ассоциирована со снижением риска развития СД2 у женщин с эугликемией и улучшением гликемического контроля у женщин с СД2.
2. Контролируемый СД2 не является противопоказанием для назначения МГТ, при этом предпочтительным выбором являются трансдермальные эстрогены.
3. Ряд прогестагенов, включая пероральный микронизированный прогестерон, оказывают нейтральное воздействие на метаболизм глюкозы и показаны при необходимости в качестве компонента МГТ женщинам с СД2.
4. Клиническая симптоматика менопаузальных симптомов и заболеваний ЩЖ может быть схожей. Требуется проведение дифференциальной диагностики (определение уровня ТТГ).
5. МГТ — безопасный вариант лечения женщин с климактерическими симптомами и заболеваниями ЩЖ.
6. Отсутствие лечения заболеваний ЩЖ у женщин в период менопаузы может увеличить риск метаболических нарушений, включая увеличение массы тела и неалкогольную жировую болезнь печени, сердечно-сосудистых событий, привести к снижению МПК.
7. Пероральный эстрадиол у женщин с гипотиреозом приводит к повышению концентрации ТСГ, что может вызвать клинические изменения концентрации ТТГ и необходимость увеличения дозы левотироксина, тогда как трансдермальный эстрадиол не оказывает влияния на данные показатели ввиду отсутствия первичного печеночного метаболизма.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ НАЗНАЧЕНИЯ МГТ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Согласно заявлению ВОЗ от 8 декабря 2025 г., ожирение относится к одному из пяти основных глобальных факторов риска смертности и способствует развитию 230 вариантов осложнений [77]. С 1990 г. распространенность ожирения среди взрослых во всем мире выросла более чем в 2 раза, тенденция сохраняется и на сегодняшний день [78].

Менопауза — период в жизни женщины, который связан с целым рядом факторов, негативно воздействующих на метаболические параметры здоровья. Менопаузальный переход ассоциирован с быстрым ростом жировой массы и перераспределением жировой ткани по абдоминальному типу, что, в свою очередь, тесно коррелирует с развитием АГ, дислипидемии, ИР и факторов риска ССЗ и ВТЭО [79–81]. Одновременно с увеличением массы жировой ткани в период менопаузы активно снижается масса мышечной ткани, что может привести к развитию саркопенического ожирения, повышающего риски переломов, низкой трудоспособности и смерти [82].

С другой стороны, ожирение неблагоприятно влияет на течение менопаузального периода. Женщины с выраженным абдоминальным ожирением чаще сообщают о более тяжелых ВМС и нередко сталкиваются с психосоциальными последствиями, включая снижение качества жизни, физической активности, уровня энергии и жизненной силы [21, 83].

Ожирение является самостоятельным фактором риска ВТЭ [79]. Повышенный индекс массы тела (ИМТ) ассоциирован с более высокими уровнями протромботических факторов, в частности, фибриногена и фактора VII. Таким образом, как пероральные эстрогены, так и ожирение, могут оказывать синергетическое действие на дисбаланс между прокоагулянтными факторами и антитромботическими механизмами гемостаза. В связи с этим согласованная позиция международных экспертов заключается в том, что трансдермальные эстрогены, практически не влияя на систему гемостаза и не усиливая синтез прокоагулянтных факторов в печени, не приводят к увеличению риска ВТЭО. Применение трансдермальных эстрогенов ассоциировано с более низким риском тромбоза глубоких вен, инсульта и ИМ и рассматривается как предпочтительный путь введения эстрогенов у женщин с повышенным тромботическим риском, включая пациенток с ожирением и курящих женщин, но при отсутствии тромботических событий в анамнезе [32, 79].

Применение различных схем МГТ у женщин с ожирением I–II ст. ранее изучалось в клинических исследованиях. Было показано, что трансдермальный эстрадиол оказывает положительное влияние на композиционный состав тела (снижает жировую и повышает мышечную массу), а также предупреждает развитие ССЗ и метаболических нарушений за счет влияния на соотношение адипокинов (лептин/адипонектин) [84].

С учетом широкого внедрения современных фармакологических методов лечения ожирения, в частности препаратов на основе агонистов инкретинов, Британское общество по менопаузе в 2025 г. опубликовало рекомендации по их применению у женщин, получающих МГТ [85].

В документе подчеркивается, что терапия на основе агонистов инкретинов замедляет опорожнение желудка и, как следствие, может снижать абсорбцию любых пероральных компонентов МГТ. В связи с этим при одновременном применении агонистов инкретинов и МГТ рекомендуется следующее: 1) трансдермальный путь введения эстрогенов не зависит от сопутствующего приема пероральных лекарственных средств; в случае если женщине, получающей пероральную МГТ с эстрогенами, планируется назначение терапии агонистами инкретинов, целесообразно рассмотреть переход на трансдермальную форму МГТ; 2) общий вывод по применению МГТ у женщин с ожирением: у женщин с ожирением/избыточным весом с сопутствующими заболеваниями и СД2 предпочтителен трансдермальный путь введения эстрогенов, особенно на фоне сопутствующего применения терапии на основе агонистов инкретинов, учитывая отсутствие влияния на риск ВТЭО.

При назначении гормональной терапии женщинам с ИМТ 30–34,9 кг/м² рекомендован индивидуальный подбор режима и состава МГТ: в отсутствие кардиометаболических заболеваний, связанных с ожирением, или при нахождении под наблюдением у профильного специалиста, а также при заболевании в стадии компенсации польза от применения МГТ превышает риски; при наличии одного или нескольких кардиометаболических заболеваний, ассоциированных с ожирением, возможные риски могут превышать пользу [32].

**КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ
ПО ВОПРОСУ МГТ И ОЖИРЕНИЯ**

1. Ожирение является независимым фактором риска развития ВТЭО.
2. Пациентки с ожирением должны в первую очередь направляться к профильным специалистам для комплексного обследования, коррекции гликемического профиля, дислипидемии и мероприятий, направленных на снижение массы тела.
3. Женщинам с ИМТ 30–34,9 кг/м² рекомендуется назначение индивидуально подобранного режима и состава МГТ с учетом коморбидных состояний, а также рисков сердечно-сосудистых, метаболических и онкологических заболеваний.
4. При ИМТ ≥ 35 кг/м² вопрос безопасности назначения МГТ остается дискуссионным и требует особенно тщательной оценки соотношения пользы и риска.
5. С учетом того, что ожирение является фактором риска тромботических событий, при инициации МГТ рекомендуется рассматривать трансдермальные эстрогены в сочетании с активной коррекцией массы тела.
6. У женщин с ожирением или избыточной массой тела, особенно при наличии сопутствующих заболеваний и СД2, предпочтительным является трансдермальный путь введения эстрогенов, в том числе на фоне одновременного применения терапии на основе агонистов инкретина.

**РИСКИ ПОЛИПРАГМАЗИИ У КОМОРБИДНЫХ
ПАЦИЕНТОК В МЕНОПАУЗЕ И ВЫБОР ФОРМЫ МГТ**

Понятие полипрагмазии подразумевает одновременный прием пяти и более лекарственных средств или использование потенциально не подходящих препаратов [86]. Для современной амбулаторной практики зачастую характерна высокая степень полипрагмазии: около 40% пациентов пожилого возраста принимают пять и более лекарственных препаратов [87]. Это значительно повышает риск развития нежелательных лекарственных реакций и межлекарственных взаимодействий [88]. В этой связи при выборе терапии, в частности МГТ, критически важно учитывать фармакокинетические особенности препаратов, в первую очередь эффект первичного прохождения через печень, который определяет пресистемную элиминацию, биодоступность и характер печеночного метаболизма.

Трансдермальный эстрадиол, создавая депо в коже, обеспечивает непрерывную пассивную диффузию гормона в системный кровоток. Ключевым преимуществом такого пути введения является отсутствие первичного печеночного метаболизма, характерного для пероральных форм. Это позволяет минимизировать негативное влияние терапии на липидный и углеводный профиль, систему гемостаза, обеспечивает близкое к физиологическому соотношение эстрогенных метаболитов, а также минимизирует риск межлекарственных взаимодействий, что особенно значимо в условиях полипрагмазии. Речь идет прежде всего об ингибиторах/индукторах печеночных ферментов и влиянии на печеночный синтез белков (липиды, факторы коагуляции).

Трансдермальный путь введения может быть предпочтительным не только с точки зрения профиля безопасности, но и при нарушении всасывания в желудочно-кишечном тракте или повышенном риске развития заболеваний желчного пузыря, что дополнительно обосновывает его выбор в сложных клинических ситуациях у полиморбидных пациенток. В целом метаболизм трансдермальных эстрогенов существенно ближе к эндогенному физиологическому процессу по сравнению с пероральными формами [6, 89].

Среди заболеваний желчного пузыря у женщин наиболее часто встречается желчнокаменная болезнь (ЖКБ) [90]. Данные эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют о том, что эстрогены — как эндогенные, так и экзогенные — способны повышать риск формирования желчных конкрементов [91]. Вместе с тем выраженность данного эффекта при введении МГТ во многом определяется путем введения эстрогенов.

Трансдермальные эстрогены, вследствие отсутствия эффекта первичного прохождения через печень, не оказывают клинически значимого влияния на функцию желчного пузыря. Напротив, пероральные эстрогены при первичном печеночном метаболизме способствуют изменению состава желчи и образованию метаболитов, потенциально повреждающих эпителий желчного пузыря [92]. Пероральная МГТ ассоциирована с увеличением концентрации холестерина в желчи и повышением ее литогенности, что способствует формированию желчных камней. В отличие от этого, трансдермальная МГТ не влияет на степень насыщения желчи холестерином и, соответственно, не увеличивает риск ЖКБ [93].

**КОНСОЛИДИРОВАННОЕ МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ
ПО ВОПРОСУ МГТ И РИСКОВ ПОЛИПРАГМАЗИИ**

1. Полиморбидность сопровождается увеличением числа назначаемых препаратов, что существенно повышает вероятность возникновения нежелательных лекарственных реакций.
2. Эффект первичного прохождения пероральных эстрогенов через печень может оказывать влияние на величину пресистемной элиминации, биодоступность и характер печеночного метаболизма лекарственных средств.
3. Трансдермальный эстрадиол, в отличие от пероральных форм, не подвергается первичному печеночному метаболизму, что позволяет минимизировать неблагоприятное воздействие на липидный и углеводный обмен, систему гемостаза, а также обеспечить более физиологичное соотношение метаболитов эстрогенов с минимальным риском нежелательных межлекарственных взаимодействий.
4. При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции, предпочтение следует отдавать трансдермальным формам эстрогенов.
5. Применение трансдермальных эстрогенов ассоциировано с меньшим риском развития заболеваний желчного пузыря.

БЕЗОПАСНОСТЬ МГТ: ПОЗИЦИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Период пери- и постменопаузы ассоциирован с увеличением массы тела и ожирением, в том числе абдоминальным, развитием СД2, а также повышением риска возникновения остеопороза и переломов. При этом ожирение и сахарный диабет сопровождаются повышенным риском ВТЭО, что требует особого внимания при выборе тактики ведения пациенток и назначении гормональной терапии.
2. Ожирение и хорошо контролируемый СД2 не рассматриваются в качестве противопоказаний к применению МГТ, а у пациенток с этими заболеваниями следует отдавать предпочтение трансдермальным формам эстрогенов, что обусловлено их более благоприятным профилем безопасности.
3. Если по результатам обследования женщин с ИМТ более 35 кг/м², а также курящих выявлена необходимость назначения трансдермальных эстрогенов, стоит начинать с минимальных доз, а также отдавать предпочтение микронизированному прогестерону. Применение трансдермальных эстрогенов в низкой дозе рекомендовано и в случае, если по результатам индивидуальной оценки соотношения пользы и риска назначение МГТ признается обоснованным у женщины с ВТЭО в анамнезе. Имеются данные об отсутствии увеличения риска рецидива ВТЭО при трансдермальной МГТ на фоне лечения антикоагулянтами. При тяжелых менопаузальных симптомах во время лечения антикоагулянтами у отдельных больных можно рассмотреть трансдермальную или ультранизкодозированную МГТ.
4. Системная МГТ противопоказана женщинам с анамнезом РМЖ. По данным исследований, назначение комбинированной МГТ у женщин без анамнеза РМЖ ассоциировано с небольшим, но значимым повышением риска заболевания, при этом на фоне монотерапии трансдермальными формами эстрогенов повышение риска РМЖ является недостоверным либо значительно менее выраженным.
5. В целом МГТ, начатая в период менопаузального перехода (в течение первых 10 лет) и оптимизированная с учетом индивидуальных особенностей организма (низкие дозы трансдермального эстрадиола и микронизированного прогестерона), может сопровождаться благоприятным влиянием на сердечно-сосудистый риск и не сопровождается повышением частоты тромбоэмболических событий или РМЖ.
6. При выборе препаратов МГТ важно обращать внимание на молекулу прогестагенов: метаболически нейтральные прогестагены в меньшей степени влияют на эстрогенный компонент.
7. Современные препараты МГТ отличаются улучшенным профилем безопасности и открывают новые возможности для индивидуализированной терапии.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ МГТ: КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ

В современных условиях индивидуализированный подход к ведению женщин в пери- и постменопаузальном периоде, а также к коррекции климактерических

расстройств рассматривается как один из краеугольных принципов клинической практики [6].

В связи с этим экспертами совета и группы по разработке рекомендаций Международного общества по менопаузе обозначены следующие ключевые принципы персонализации МГТ.

1. Оптимальными периодами для начала МГТ считаются перименопауза и ранняя постменопауза при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, при этом возраст не является ограничением для локальной терапии эстриолом при наличии генитоуринарного менопаузального синдрома.
2. Основной терапевтической целью МГТ является решение конкретных клинических задач с использованием оптимальной лекарственной формы и минимальной эффективной дозы. Выбор компонентов МГТ должен основываться на профиле их безопасности.
3. Индивидуализация МГТ, включающая подбор дозы, лекарственной формы, состава и режима терапии, должна базироваться на комплексной оценке возраста пациентки, стадии репродуктивного старения, гинекологического и соматического статуса, а также личных предпочтений женщины. Клиническое решение принимается с учетом индивидуального профиля здоровья после обсуждения потенциальных рисков и ожидаемых преимуществ терапии. На этапе инициации лечения целесообразно учитывать благоприятный профиль безопасности трансдермальных эстрогенов, особенно у пациенток с кардиометаболическими факторами риска или заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с последующей оценкой эффективности и приверженности терапии. В период менопаузального перехода для регуляции менструального цикла и защиты эндометрия от пролиферативных процессов может быть показано применение прогестагенов.
4. МГТ требует динамического подхода: дозы и режим терапии подлежат периодической коррекции в зависимости от возраста пациентки, стадии пери- и постменопаузы, клинической эффективности и переносимости лечения.
5. По мере увеличения возраста пациентки и длительности постменопаузы рекомендуется постепенное снижение дозы как эстрогенного, так и прогестагенного компонентов.
6. Необходимым условием безопасности терапии является ежегодный клинический мониторинг с повторной оценкой соотношения пользы и рисков, который также определяет целесообразность и общую продолжительность лечения.
7. Назначение МГТ, коррекция, отмена терапии и динамическое наблюдение относятся к зоне ответственности врача акушера-гинеколога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понимание значимости индивидуального подхода к ведению женщин в пери- и постменопаузе в настоящее время приводит к смене парадигмы назначения МГТ. Существенную роль в этом играют доступность обновляемой информации, обучение и повышение уровня подготовки врачей акушеров-гинекологов, а также

междисциплинарное взаимодействие на этапах диагностики, выбора тактики лечения и динамического наблюдения за пациентками.

В соответствии с современными доказательными научными и практическими данными трансдермальные эстрогены представляются оптимальным выбором для безопасного старта и проведения МГТ/ЗГТ. Помимо этого, они обладают рядом дополнительных преимуществ. Так, трансдермальные эстрогены обеспечивают возможность расширенной титрации дозы, а также комбинации с гестагоновым компонентом в различных дозировках и путях введения (перорально, вагинально, внутриматочно). С учетом метаболической нейтральности и биоидентичности микронизированного прогестерона, эксперты рекомендуют его для применения в комбинации с трансдермальными эстрогенами. Свободная комбинация эстрогенного и прогестагенного компонентов в составе гормональной терапии позволяет индивидуально подойти к подбору дозы и пути введения эстрогенного и гестагенного компонентов как для циклического, так и непрерывного режимов терапии.

Результаты проведенного совета позволили расставить ключевые акценты, касающиеся процесса персонализации МГТ, на основании актуальных рекомендаций

ведущих международных и российских обществ и консолидированного мнения приглашенных к дискуссии экспертов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Данная статья является репринтом ранее изданной статьи, размещенной по нижеприведенной ссылке: Консенсусное заключение по итогам междисциплинарного экспертного совета с международным участием по вопросам персонализированного назначения заместительной гормональной терапии/менопаузальной гормональной терапии у женщин в различные возрастные периоды. // *Акушерство и гинекология*. — 2026. — №1. — С. 130-146 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2026.15>

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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Delanerolle G, Phiri P, Elneil S, Talaulikar V, Eleje GU, Kareem R, et al.; MARIE collaborative. Menopause: a global health and wellbeing issue that needs urgent attention. *Lancet Glob. Health*. 2025;13(2):e196-e198. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00528-X](https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00528-X)
2. WHO. Menopause. 2024. Available at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause
3. Burki T, Rossella Nappi: taking the stigma out of menopause. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2023;11(4):232. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00057-8](https://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00057-8)
4. Thavabalan K, Ovenell A, Pierce P, Sutar A, Parkhouse A, Baydemir N, et al. Barriers to the safe discussion of the experience and management of menopausal symptoms: A systematic literature review. *Maturitas*. 2025;201:108683. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2025.108683>
5. Сметник А.А., Иванов И.А., Ермакова Е.И., Табеева Г.И. Особенности использования менопаузальной гормональной терапии в России: результаты масштабного опроса женщин в пери- и постменопаузе. // *Акушерство и гинекология*. — 2025. — № 8. — С. 196-208. [Smetnik A.A., Ivanov I.A., Ermakova E.I., Tabeeva G.I. Characteristics of menopausal hormone therapy use in Russia: results of a large-scale survey of peri- and postmenopausal women. *Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2025; (8): 196-208 (in Russian)]. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.200>
6. Panay N, Fenton A, Hamoda H, Hillard T, Islam R, Pedder H, et al.; (IMS Publication Steering Committee) and The IMS Recommendations Writing Group; IMS Recommendations Writing Group; With valuable support provided by. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. *Climacteric*. 2025;28(6):634-656. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2025.2585487>
7. Johansson T, Karlsson T, Bliuc D, Schmitz D, Ek WE, Skalkidou A, et al. Contemporary menopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease: Swedish nationwide register based emulated target trial. *BMJ*. 2024;387:e078784. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-078784>
8. Xia W, Khalil RA. Hormone replacement therapy and cardiovascular health in postmenopausal women. *Int. J. Mol. Sci*. 2025;26(11):5078. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijms26115078>
9. Kim Y, Cho MK, Chung YJ, Hong SH, Hwang KR, Jeon GH, 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>
10. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>
11. European Menopause and Andropause Society (EMAS) statement on the FDA decision to remove "Black Box" warnings from Menopausal Hormone Therapy (MHT). Available at: <https://www.linkedin.com/pulse/emas-statement-fda-decision-remove-cpmgmf>
12. <https://edition.cnn.com/2025/10/02/health/menopause-hrt-warning-change-makary>
13. ESHRE, ASRM, CREWHIRL and IMS Guideline Group on POI; Panay N, Anderson RA, 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>
14. Panay N, Anderson RA, Nappi RE, Vincent AJ, Vujovic S, Webber L, et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020;23(5):426-46. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2020.1804547>
15. Li XT, Li PY, Liu Y, Yang HS, He LY, Fang YG, et al. Health-related quality-of-life among patients with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. 2020;29(1):19-36. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02326-2>
16. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Finneran P, Klarin D, Bhatt DL, et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease. *JAMA*. 2019;322(24):2411-21. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.19191>
17. Аверкова В.Г., Юренева С.В. Оценка качества жизни пациенток с преждевременной недостаточностью яичников, принимающих заместительную гормональную терапию. // *Акушерство и гинекология*. — 2023. — №5. — С. 50-8. [Averkova V.G., Yureneva S.V. Quality of life in patients with premature ovarian insufficiency treated with hormone replacement therapy. *Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2023; (5): 50-58 (in Russian)]doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.16>

18. <https://www.who.int/ru/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
19. Mansour D, Barber K, Chalk G, Noble N, Diggall AAS, Talaulikar V, et al. The evolving perspective of menopause management in the United Kingdom. *Womens Health (Lond)*. 2024;20:17455057241288641]. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/17455057241288641>
20. Наделяева Я.Г., Данусевич И.Н. Особенности менопаузы, осведомленность и качество жизни женщин, проживающих в городской и сельской местности. // *Доктор.Ру*. — 2025. — Т. 24. — №1. — С. 81–7. [Nadeliaeva Ia.G., Danusevich I.N. Specifics of menopause, awareness and quality of life of women living in urban and rural areas. *Doctor.Ru*. 2025;24(1):81–87]. doi: <https://dx.doi.org/10.31550/1727-2378-2025-24-1-81-87>
21. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Менопауза и климактерическое состояние у женщины 2025. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical recommendations "Menopause and female climacteric conditions". Version of 2025 year]
22. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al.; American Heart Association Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Menopause transition and cardiovascular disease risk: Implications for timing of early prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;142(25):e506–e532. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912>
23. Stuenkel CA. Reproductive milestones across the lifespan and cardiovascular disease risk in women. *Climacteric*. 2024;27(1):5–15. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2023.2259793>
24. Thurston RC, Aslanidou Vlachos HE, Derby CA, Jackson EA, Brooks MM, Matthews KA, et al. Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in SWAN. *J. Am. Heart Assoc*. 2021;10(3):e017416. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/JAHA.120.017416>
25. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015;2015(3): CD002229. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002229.pub4>
26. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, Stilgren L, Eiken P, Mosekilde L, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ*. 2012;345:e6409. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6409>
27. Johansson T, Karlsson T, Blüch D, Schmitz D, Ek WE, Skalkidou A, et al. Contemporary menopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease: Swedish nationwide register based emulated target trial. *BMJ*. 2024;387:e078784. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-078784>
28. Oliver-Williams C, Glisic M, Shahzad S, Brown E, Pellegrino Baena C, Chadni M, et al. The route of administration, timing, duration and dose of postmenopausal hormone therapy and cardiovascular outcomes in women: a systematic review. *Hum. Reprod. Update*. 2019;25(2):257–71. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmy039>
29. Kalenga CZ, Metcalfe A, Robert M, Nerenberg KA, MacRae JM, Ahmed SB. Association between the route of administration and formulation of estrogen therapy and hypertension risk in postmenopausal women: a prospective population-based study. *Hypertension*. 2023;80(7):1463–73. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19938>
30. Cho L, Kaunitz AM, Faubion SS, Hayes SN, Lau ES, Pristera N, et al.; ACC CVD in Women Committee. Rethinking menopausal hormone therapy: For whom, what, when, and how long? *Circulation*. 2023;147(7):597–610. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061559>
31. Mueck AO, Seeger H. Smoking, estradiol metabolism and hormone replacement therapy. *Curr. Med. Chem. Cardiovasc. Hematol. Agents*. 2005;3(1):45–54. doi: <https://dx.doi.org/10.2174/156801605016052773270>
32. 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 пациенткам 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. — С. 211–32
33. Straczek C, Oger E, Yon de Jonage-Canonico MB, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, et al.; Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration. *Circulation*. 2005;112(22):3495–500. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.565556>
34. Olié V, Canonico M, Scarabin PY. Risk of venous thrombosis with oral versus transdermal estrogen therapy among postmenopausal women. *Curr. Opin. Hematol*. 2010;17(5):457–63. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/MOH.0b013e32833c07bc>
35. Mohammed K, Abu Dabrh AM, Benkhadra K, Al Nofal A, Carranza Leon BG, Prokop LJ, et al. Oral vs Transdermal estrogen therapy and vascular events: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2015;100(11):4012–20. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/jc.2015-2237>
36. Зотова И.В., Затеищikov Д.А. Наследственная тромбофилия и венозные тромбозэмболические осложнения: правила тестирования в клинической практике. Российский кардиологический журнал. 2020;25(35):4024 [Zotova I.V., Zateyshchikov D.A. Inherited thrombophilia and venous thromboembolism: testing rules in clinical practice. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(35):4024. doi: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4024>]
37. Dicks AB, Moussallem E, Stanbro M, Walls J, Gandhi S, Gray BH. A comprehensive review of risk factors and thrombophilia evaluation in venous thromboembolism. *J. Clin. Med*. 2024;13(2):362. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/jcm13020362>
38. Rovinski D, Ramos RB, Figuera TM, Casanova GK, Spritzer PM. Risk of venous thromboembolism events in postmenopausal women using oral versus non-oral hormone therapy: A systematic review and meta-analysis. *Thromb. Res*. 2018;168:83–95. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2018.06.014>
39. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium: Acute management. Green-top Guideline No. 37b. London: RCOG; 2015
40. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 197: Inherited thrombophilias in pregnancy. *Obstet. Gynecol*. 2018;132(1):e18–e34. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002703>
41. Alnor AB, Gils C, Vinholt PJ. Venous thromboembolism risk in adults with hereditary thrombophilia: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Hematol*. 2024;103(10):4285–94. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00277-024-05926-2>
42. Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008;336(7655):1227–31. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.39555.441944.BE>
43. Folsom AR, Aleksic N, Wang L, Cushman M, Wu KK, White RH. Protein C, antithrombin, and venous thromboembolism incidence: a prospective population-based study. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol*. 2002;22(6):1018–22. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/01.atv.0000017470.08363.ab>
44. ACOG committee opinion no. 556: Postmenopausal estrogen therapy: route of administration and risk of venous thromboembolism. *Obstet. Gynecol*. 2013;121(4):887–90. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000428645.90795.d9>
45. <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2025/04/09-BMS-TFC-NICE-Menopause-Menopause-identification-and-management-%E2%80%93-from-guideline-to-practice-MARCH2025-D.pdf>
46. Lumsden MA, Dekkers OM, Faubion SS, Lindén Hirschberg A, Jayasena CN, 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–G81. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/ajeendo/lvaf206>
47. Asmis L, Hellstern P. Thrombophilia testing - a systematic review. *Clin. Lab*. 2023;69(4). doi: <https://dx.doi.org/10.7754/Clin.Lab.2022.220817>
48. Douketis JD, Julian JA, Kearon C, Anderson DR, Crowther MA, Bates SM, et al. Does the type of hormone replacement therapy influence the risk of deep vein thrombosis? A prospective case-control study. *J. Thromb. Haemost*. 2005;3(5):943–8. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2005.01268.x>

49. Middeldorp S, Nieuwlaar R, Baumann Kreuziger L, Coppens M, Houghton D, James AH, et al. American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing. *Blood Adv.* 2023;7(22):7101-38. doi: <https://dx.doi.org/10.1182/bloodadvances.2023010177>
50. Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al.; Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation.* 2007;115(7):840-5. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>
51. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ.* 2019;364: k4810. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4810>
52. Hicks A, Robson D, Tellis B, Smith S, Dunkley S, Baber R. Safety of menopause hormone therapy in postmenopausal women at higher risk of venous thromboembolism: a systematic review. *Climacteric.* 2025;28(5):497-509. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2025.2503874>
53. Renoux C, Dell'Aniello S, Suissa S. Hormone replacement therapy and the risk of venous thromboembolism: a population-based study. *J. Thromb. Haemost.* 2010;8(5):979-86. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.03839.x>
54. Canonico M, Fournier A, Carcaillon L, Olié V, Plu-Bureau G, Oger E, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of idiopathic venous thromboembolism: results from the E3N cohort study. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2010;30(2):340-5. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/ATVBAHA.109.196022>
55. Sweetland S, Beral V, Balkwill A, Liu B, Benson VS, et al.; Million Women Study Collaborators. Venous thromboembolism risk in relation to use of different types of postmenopausal hormone therapy in a large prospective study. *J. Thromb. Haemost.* 2012;10(11):2277-86. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2012.04919.x>
56. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause management—getting clinical care back on track. *N. Engl. J. Med.* 2016;374(9):803-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1514242>
57. Mirkin S. Evidence on the use of progesterone in menopausal hormone therapy. *Climacteric.* 2018;21(4):346-54. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2018.1455657>
58. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric.* 2016;19(2):109-50. doi: <https://dx.doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>
59. Lambrinoudaki I, Armeni E, Goulis D, Bretz S, Ceausu I, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas.* 2022;163:1-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.04.008>
60. Menopause: identification and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2024 Nov 7
61. Genazzani AR, Divakar H, Khadilkar SS, Monteleone P, Evangelisti B, 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;164(2):516-30. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.15278>
62. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, et al.; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012;32(5):373-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0333102412438977>
63. Welch KM, Brandes JL, Berman NE. Mismatch in how oestrogen modulates molecular and neuronal function may explain menstrual migraine. *Neurol. Sci.* 2006;27 Suppl 2: S190-2. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s10072-006-0599-6>
64. Ravi V, Osouli Meinagh S, Bavarsad Shahripour R. Reviewing migraine-associated pathophysiology and its impact on elevated stroke risk. *Front. Neurol.* 2024;15:1435208. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fneur.2024.1435208>
65. Scottish Government Women's Health and Heart Health Policy Teams with thanks to the numerous clinicians who helped and in collaboration with the medical advisory council of the British Menopause Society. Management of menopause for women with cardiovascular disease. *Post Reprod. Health.* 2024;30(4):280-4. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/20533691241302040>
66. Ali N, Sohail R, Jaffer SR, Siddique S, Kaya B, Atowaju I, et al. The role of estrogen therapy as a protective factor for Alzheimer's disease and dementia in postmenopausal women: a comprehensive review of the literature. *Cureus.* 2023;15(8):e43053. doi: <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.43053>
67. Maki PM, Jaff NG. Brain fog in menopause: A health-care professional's guide for decision-making and counseling on cognition. *Climacteric.* 2022;25(6):570-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/13697137.2022.2122792>
68. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, et al.; American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid.* 2012;22(12):1200-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1089/thy.2012.0205>
69. Mintziori G, Veneti S, Poppe K, Goulis DG, Armeni E, Erel CT, et al. EMAS position statement: Thyroid disease and menopause. *Maturitas.* 2024;185:107991. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.107991>
70. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Гипотиреоз. 2025. [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical recommendations "Hypothyroidism". Version of 2025 year]
71. Kaminski J, Junior CM, Pavesi H, Drobrzenski B, Amaral GMD. Effects of oral versus transdermal estradiol plus micronized progesterone on thyroid hormones, hepatic proteins, lipids, and quality of life in menopausal women with hypothyroidism: a clinical trial. *Menopause.* 2021;28(9):1044-52. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001811>
72. Grundy SM. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(2):399-404. doi: <https://dx.doi.org/10.1210/jc.2006-0513>
73. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 11th Edition – 2025. Available at: https://diabetesatlas.org/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025-1.pdf
74. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021. // Сахарный диабет. — 2021. — Т. 24. — №3. — С. 204-21. [Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K., Zheleznyakova A.V., Isakov M.A. Epidemiological characteristics of diabetes mellitus in the Russian Federation: clinical and statistical analysis according to the Federal diabetes register data of 01.01.2021. *Diabetes mellitus.* 2021;24(3):204-221. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12759>
75. Rossi R, Origliani G, Modena MG. Transdermal 17-beta-estradiol and risk of developing type 2 diabetes in a population of healthy, nonobese postmenopausal women. *Diabetes Care.* 2004;27(3):645-9. doi: <https://dx.doi.org/10.2337/diacare.27.3.645>
76. Salpeter SR, Walsh JM, Ormiston TM, Greyer E, Buckley NS, Salpeter EE. Meta-analysis: effect of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women. *Diabetes Obes. Metab.* 2006;8(5):538-54. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1326.2005.00545.x>
77. WHO. Obesity and overweight. 8 December 2025. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
78. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2024;403(10431):1027-50. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
79. Giannini A. Menopause, hormone replacement therapy (HRT) and obesity. *Curr. Res. Diab. Obes. J.* 2018;7(1):555704. doi: <https://dx.doi.org/10.19080/CRDOJ.2018.07.555704>
80. Powell-Wiley TM, Poirier P, Burke LE, Després JP, Gordon-Larsen P, et al.; American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; and Stroke Council. Obesity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021;143(21):e984-e1010. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000973>

81. Hotoleanu C. Association between obesity and venous thromboembolism. *Med. Pharm. Rep.* 2020;93(2):162-8. doi: <https://dx.doi.org/10.15386/MPR-1372>
82. Beaudart C, Zaaria M, Pasleau F, Reginster JY, Bruyère O. Health outcomes of sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169548. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0169548>
83. Palacios S, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Coronado P, Nappi RE. Obesity and menopause. *Gynecol. Endocrinol.* 2024;40(1):2312885. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/09513590.2024.2312885>
84. O'Sullivan AJ, Crampton LJ, Freund J, Ho KK. The route of estrogen replacement therapy confers divergent effects on substrate oxidation and body composition in postmenopausal women. *J. Clin. Invest.* 1998;102(5):1035-40. doi: <https://dx.doi.org/10.1172/JCI2773>
85. Mukherjee A, Ghaem-Maghani S, Syed AA. Use of incretin-based therapies in women using hormone replacement therapy (HRT). *Post Reprod. Health.* 2025;31(2):127-31. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/20533691251343069>
86. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
87. Суджаева О.А. Проблема полипрагмазии при лечении сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого возраста: обзор Консенсуса экспертов рабочей группы Европейского общества кардиологов. // *Медицинские новости*. — 2022. — № 5. — С. 20-6. [Sujayeva V.A. The problem of polypharmacy in the treatment of cardiovascular diseases in the elderly: a review of the expert consensus of the working group of the European Society of Cardiology. *Meditsinskie novosti*. — 2022. — N5. — P. 20–26.]
88. Gosselin M, Talbot D, Simard M, Chiu YM, Mésidor M, Boiteau V, et al. Classifying polypharmacy according to pharmacotherapeutic and clinical risks in older adults: a latent class analysis in Quebec, Canada. *Drugs Aging.* 2023;40(6):573-83. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s40266-023-01028-2>
89. Юренева С.В. Менопаузальная гормональная терапия – индивидуализированный подход с позиции эффективности и безопасности: обзор международных рекомендаций. // *Акушерство и гинекология*. — 2024. — № 9. — С. 36–46
90. Rodriguez S, Gaunt TR, Guo Y, Zheng J, Barnes MR, Tang W, et al. Lipids, obesity and gallbladder disease in women: insights from genetic studies using the cardiovascular gene-centric 50K SNP array. *Eur. J. Hum. Genet.* 2016;24(1):106-12. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/ejhg.2015.63>
91. Cirillo DJ. Effect of estrogen therapy on gallbladder disease. *JAMA.* 2005;293:330. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.293.3.330>
92. Liu B, Beral V, Balkwill A, Green J, Sweetland S, Reeves G; Million Women Study Collaborators. Gallbladder disease and use of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopausal women: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;337:a386. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a386>
93. Saddique MN, Saleem S, Shahid I, Javid S, Hamza Khan M, Iqbal J. The estrogen-gallstone connection: uncovering the pathways. *Discov. Public Health.* 2024;21:113. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12982-024-00232-8>

Рукопись получена: 30.06.2026. Одобрена к публикации: 01.07.2026. Опубликовано online: 31.07.2026.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Андреева Елена Николаевна**, д.м.н., профессор [Elena N. Andreeva, MD, PhD, Professor]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. 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

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

Юренева Светлана Владимировна, д.м.н., профессор [Svetlana V. Yureneva, MD, PhD, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2864-066X>; SPIN-код: 3623-9149; e-mail: syureneva@gmail.com

Ярмолинская Мария Игоревна, д.м.н., профессор [Maria I. Yarmolinskaya, MD, PhD, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6551-4147>; SPIN-код: 3686-3605; e-mail: m.yarmolinskaya@gmail.com

Драпкина Оксана Михайловна, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор [Oksana M. Drapkina, MD, PhD, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4453-8430>; e-mail: drapkina@bk.ru

Баранов Игорь Иванович, д.м.н., профессор [Igor I. Baranov, MD, Dr. Sc. (Med.)];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9813-2823>; SPIN-код: 4224-0437; e-mail: I_baranov@oparina4.ru

Хиршберг Анжелика Линден, д.м.н., профессор, академик [Angelica Lindén Hirschberg, MD, PhD, Professor, Academician]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6481-6277>; e-mail: angelica.hirschberg.linden@ki.se

Кано Антонио, д.м.н., профессор [Cano Antonio, MD, PhD, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8046-0303>; e-mail: Antonio.cano@uv.es

Бернс Светлана Александровна, д.м.н., профессор [Svetlana A. Berns, MD, PhD, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-00031002-1895>; SPIN-код: 4283-3303; e-mail: sberns@gnmicpm.ru

Явелов Игорь Семенович, д.м.н., профессор [Igor S. Yavelov, MD, PhD, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2816-1183>; e-mail: yavelov@yahoo.com

Сергеев Алексей Владимирович, д.м.н., профессор [Alexey V. Sergeev, Doctor of Sciences, Professor];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7142-3719>; e-mail: sergeev.neuro@gmail.com

Дора Светлана Владимировна, д.м.н., профессор [Svetlana V. Dora, PhD, Doctor of Sciences];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8249-6075>; SPIN-код: 9845-0065; e-mail: doras2001@mail.ru

Дзенина Ольга Вадимовна, к.м.н. [Olga V. Dzhenina, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3811-5156>; SPIN-код: 4021-2107; e-mail: dzhenina@rambler.ru

Акиншина Светлана Владимировна, к.м.н. [Svetlana V. Akinshina, MD, PhD];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1388-5827>; SPIN-код: 2896-6986; e-mail: svetlana_akin@mail.ru.

Скиба Ярослав Богданович, к.м.н. [Yaroslav B. Skiba, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1955-1032>;

SPIN-код: 1273-0742; e-mail: yaver-99@mail.ru

Талибов Олег Букарович, к.м.н., доцент [Oleg B. Talibov, MD, PhD, Docent];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6381-2450>; e-mail: oleg.talibov@gmail.com

ЦИТИРОВАТЬ:

Балан В.Е., Юренева С.В., Ярмолинская М.И., Андреева Е.Н., Драпкина О.М., Баранов И.И., Хиршберг А.Л., Кано А., Бернс С.А., Явелов И.С., Сергеев А.В., Дора С.В., Дженина О.В., Акиншина С.В., Скиба Я.Б., Талибов О.Б. Консенсусное заключение по итогам междисциплинарного экспертного совета с международным участием по вопросам персонализированного назначения заместительной гормональной терапии/менопаузальной гормональной терапии у женщин в различные возрастные периоды. // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2026. — Т. 5. — №2. — С. 10-26. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12804>

TO CITE THIS ARTICLE:

Balan VE, Yureneva SV, Yarmolinskaya MI, Andreeva EN, Drapkina OM, Baranov II, Hirschberg AL, Cano A, Berns SA, Yavelov IS, Sergeev AS, Dora SV, Dzhenina OV, Akinshina SV, Skiba YB, Talibov OB. Consensus statement on the results of the interdisciplinary expert council meeting with international participation on personalized prescription of hormone replacement therapy/menopausal hormone therapy in women at different age periods *Bulletin of Reproductive Health*. 2026;5(2):10-26. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12804>