



Стратегии назначения менопаузальной гормонотерапии у пациенток переходного возраста

М.Р. Оразов^{✉1}, В.Е. Радзинский¹, В.Е. Балан², Е.Д. Долгов¹

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

[✉]omekan@mail.ru

Аннотация

Менопаузальный переход – особенный период репродуктивного взросления, ассоциированный с целым спектром эндокринно-метаболических изменений, способствующих полному ремоделированию физиологических паттернов функционирования организма. Варибельные изменения уровня гонадотропных и стероидных гормонов с последующим прогрессирующим снижением уровня эстрогенов ассоциированы с реализацией ряда нарушений, начиная от варибельности менструального цикла (в раннем переходном периоде) и заканчивая манифестацией менопаузальных расстройств (в позднем переходном периоде). В настоящем обзоре освещены реалии, риски и перспективы, сопровождающие период менопаузального перехода, а также персонифицированные стратегии назначения и превентивные свойства менопаузальной гормональной терапии.

Ключевые слова: менопаузальный переход, перименопауза, риски перименопаузы, менопаузальная гормональная терапия, эстрадиол гемигидрат, спрей, микронизированный прогестерон.

Для цитирования: Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Балан В.Е., Долгов Е.Д. Стратегии назначения менопаузальной гормонотерапии у пациенток переходного возраста. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (2): 45–49. DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00768

Menopausal hormone therapy prescription strategies in patients of transitional age

Mekan R. Orazov^{✉1}, Viktor E. Radzinskiy¹, Vera E. Balan², Evgeniy D. Dolgov¹

¹Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

²Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

[✉]omekan@mail.ru

Abstract

Menopausal transition is a special period of reproductive aging associated with a broad spectrum of endocrine and metabolic alterations contributing to the complete remodeling of the physiological body functioning patterns. Variable alteration of the gonadotropic and steroid hormone levels followed by progressive decrease in estrogen levels is associated with realization of a number of abnormalities, starting from the menstrual cycle variability (in the early transition period) and ending with the menopausal disorder manifestation (in the late period). The review highlights the realities, risk, and prospects associated with the menopausal transition period, as well as personalized prescription strategies and preventive properties of menopausal hormone therapy.

Keywords: menopausal transition, perimenopause, perimenopausal risk, menopausal hormone therapy, estradiol hemihydrate, spray, micronized progesterone.

For citation: Orazov M.R., Radzinskiy V.E., Balan V.E., Dolgov E.D. Menopausal hormone therapy prescription strategies in patients of transitional age. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 45–49 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00768

Менопаузальный переход: реалии и потенциальные риски

Течение человеческой жизни и ее цикличность остается важным философским вопросом, который поднимается во всех мировых религиях. Не обходит стороной данную тему и классическая литература. В знаменитой трилогии «Детство. Отрочество. Юность» Л.Н. Толстой попытался раскрыть особенности становления человека в различные периоды жизни, при этом изначально в рамках данной литературной серии планировалось и четвертое произведение под названием «Молодость», которое, увы, не увидело свет. Но неужели за молодостью в ее классическом понимании ничего нет? Современные демографические тенденции успешно опровергают это: продолжительность жизни стремительно растет, как и численность населения планеты [1, 2]. Развитие медицины XXI в. привело к тому, что женщины практически половину своей жизни будут проживать в

зрелом возрасте (понятие старости в настоящее время активно заменяется на «взросление» или «активное долголетие»). И эти годы она хочет проживать активно, в полном здравии, социальном и ментальном благополучии, что определяется нашей авторской концепцией «здорового взросления». Однако наиболее важным и волнующим многих рубежом женского взросления является менопаузальный переход от «репродуктивного лета» к «репродуктивной осени». Согласно общепринятой классификации STRAW+10, переходный период делится на две стадии – раннюю и позднюю, а также составляет основу периода перименопаузы, также включающей 1 год после наступления менопаузы [3]. Поскольку перименопауза является более широким понятием, далее речь пойдет именно о ней.

В 2024 г. в крупнейшей поисковой системе отмечалось более 5 млн запросов по теме менопаузы и перименопаузы, что свидетельствует о том, что женщины по-

прежнему мало осведомлены о данной проблеме, а большинство из них вряд ли обращаются за квалифицированной медицинской помощью [4]. Анализ обращений со стороны женщин показал, что самым важным/тревожным запросом была фраза «я не чувствую себя собой», которая отражает всю растерянность женщины, столкнувшейся с проблемами перименопаузы, которых, увы, крайне много. В настоящее время доказано, что частота обращения за медицинской помощью по поводу симптомов перименопаузы увеличивается с возрастом, однако лишь 51,5% женщин в возрасте 56 лет и старше обращаются к специалисту, при этом с возрастом у женщин отмечаются наиболее выраженные симптомы, согласно Шкале оценки менопаузы (MRS) [5]. Главным маркером переходного периода являются нарушения менструального цикла: укорочение, пролонгирование, задержки, снижение или увеличение объема менструаций. Однако наряду с данным критерием отмечаются и другие признаки перименопаузы [5]:

- аменорея в течение 12 мес или в течение 60 дней хотя бы единожды ($p < 0,001$);
- вазомоторный синдром ($p < 0,001$);
- сухость в области вульвовагинальной зоны ($p < 0,001$);
- диспареуния ($p < 0,001$);
- частое мочеиспускание ($p = 0,019$).

Важно помнить, что кроме очевидных указанных атрибутов перименопаузы, снижающих качество жизни женщины, отмечаются и другие полисоматические дисфункции:

- Эндокринно-метаболические нарушения: доказано, что у пациенток в перименопаузе отмечаются как клинические (более высокие показатели индекса массы тела и соотношения объема талии к бедрам), так и биохимические (более низкие показатели липопротеинов высокой плотности, более высокие показатели глюкозы) предикторы эндокринно-метаболической дисфункции [6].

- Сердечно-сосудистые нарушения: у пациенток в перименопаузе отмечаются повышение сосудистого сопротивления, ригидности стенок сосудов и средних цифр артериального давления, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, а также воспалительные изменения стенок артерий [7].

- Депривация сна: у пациенток в перименопаузе отмечаются полисомнологические нарушения, включая бессонницу, снижение качества и продолжительности сна, а также повышение риска обструктивного апноэ во сне [7].

- Когнитивные нарушения: у пациенток в перименопаузе отмечаются более высокие риски депрессии, тревожных расстройств, хронической усталости, нарушений памяти и когнитивной дисфункции [7].

- Костно-мышечные нарушения: доказано, что в течение жизни женщина теряет около 50% трабекулярной и 30% кортикальной костной ткани, причем половина этого объема теряется в течение первых 10 лет после наступления менопаузы [8]. При этом у пациенток с более

поздней менопаузой отмечаются наиболее высокие показатели минеральной плотности костной ткани [9]. Кроме того, у женщин в пери- и постменопаузе отмечается значимое снижение мышечной массы (саркопении) в связи со снижением активности миосателлитов, пролиферативного потенциала миоцитов, а также повышением экспрессии провоспалительных цитокинов [10].

- Эстетические нарушения: у пациенток в пери- и постменопаузе отмечаются нарушения структуры волос (снижение их качества, выпадение, снижение густоты, сухость, избыточная ломкость), ногтей (истончение, расслоение ногтевых пластин, снижение скорости роста), а также состояния кожи (сухость, повышенная жирность, дряблость, снижение упругости и тургора, появление мимических морщин) [11, 12].

Таким образом, переходный период – «критическая точка» в репродуктивном взрослении женщины, что обусловлено реализацией гипоэстроген-индуцированных полисоматических нарушений. Кроме того, по-прежнему остаются недостаточными показатели обращаемости за квалифицированной медицинской помощью и частоты назначения (а самое главное – использования) менопаузальной гормональной терапии (МГТ). В этой связи необходимо рассмотреть современные тенденции назначения МГТ у пациенток данной когорты с точки зрения не только эмпирических показаний, но и превентивных возможностей терапии.

МГТ сегодня: превентивные возможности и резервы снижения рисков

Важно помнить, что МГТ не превентивная, а в первую очередь лечебная мера. Совсем недавно, в 2025 г., были обновлены федеральные клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», согласно которым легитимными показаниями для назначения МГТ являются [13]:

- лечение вазомоторного синдрома;
- лечение генитоуринарного менопаузального синдрома;
- лечение сексуальной дисфункции;
- профилактика постменопаузального остеопороза у пациенток групп высокого риска;
- восполнение дефицита эстрогенов при преждевременной недостаточности яичников, ранней и хирургической менопаузе.

Важным вопросом является выбор времени назначения МГТ. Согласно отечественным рекомендациям 2025 г., старт МГТ в перименопаузе или в первые 5 лет после менопаузы способствует реализации наибольшего превентивного эффекта в отношении субклинического атеросклероза, ишемической болезни сердца и когнитивных нарушений [13]. В этой связи важно отметить, что перименопауза – идеальное время для назначения МГТ при наличии показаний, позволяющее достичь максимального превентивного эффекта. Нельзя не отметить и «полисоматические» преимущества использования МГТ:

- Поддержание здоровья сердечно-сосудистой системы: доказано, что МГТ обладает комплексным протективным и патогенетически направленным действием в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости. Так, например, использование 17β -эстрадиола было ассоциировано со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний на 52% (относительный риск 0,48, 95% доверительный интервал 0,26–0,87). Даже у пациенток группы высокого риска сердечно-сосудистой заболеваемости может быть назначена МГТ при наличии императивных показаний (врачебная комиссия с включением кардиолога). Преимущественным и единственно безопасным вариантом МГТ в таком случае будет использование трансдермального эстрадиола в сочетании с прогестагеном [14].

- Поддержание эндокринно-метаболического здоровья: доказано, что МГТ обладает позитивным влиянием на эндокринно-метаболические параметры [15].

- Поддержание здоровья костно-мышечной системы: доказано, что комбинированная МГТ в сочетании с адекватной физической активностью (сочетание аэробных и анаэробных тренировок) способствует поддержанию минеральной плотности костной ткани [16]. Кроме того, использование МГТ также ассоциировано с увеличением мышечной массы и повышением физической работоспособности [17].

- Поддержание когнитивной функции: доказано, что МГТ эффективно предотвращает когнитивное старение [18].

Вместе с тем клиницисту также необходимо придерживаться современных тенденций в консультировании пациенток в перименопаузе, которые отражены в международных рекомендациях Национального института здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE, 2024) [19]. Согласно данному протоколу, в ходе клинического менеджмента пациенток данной когорты необходимо придерживаться 11 ключевых шагов.

Основные положения и принципы консультирования пациенток по вопросам МГТ (NICE):

1. Поддерживайте женщин в принятии обоснованных индивидуальных решений по менеджменту перименопаузы.

2. Предоставляйте научно обоснованную информацию о менопаузальных расстройствах и вариантах их лечения.

3. Не используйте анализы крови на фолликулостимулирующий гормон и эстрадиол для диагностики перименопаузы у женщин в возрасте 45 лет и старше.

4. Предлагайте МГТ в качестве терапии «первой линии» при симптомах, связанных с менопаузой, и понимайте роль специфической для менопаузы когнитивно-поведенческой терапии. Не назначайте клонидин или антидепрессанты на регулярной основе и не используйте флуоксетин или пароксетин у женщин, принимающих тамоксифен.

5. Предлагайте длительный курс вагинальных эстрогенов при наличии генитоуринарного менопаузального синдрома, даже при приеме системной МГТ.

6. Рассмотрите возможность использования трансдермальной, а не пероральной МГТ у женщин с менопаузальными расстройствами, которые подвержены повышенному риску венозной тромбоэмболии или сердечно-сосудистых заболеваний, включая тех, у кого индекс массы тела превышает 30 кг/м².

7. Для людей с высоким риском рака молочной железы или с раком молочной железы в анамнезе использование вагинального эстрогена для облегчения симптомов со стороны мочеполовой системы является приемлемым.

8. Периодически пересматривайте лечение и рассматривайте возможность направления к профильному специалисту, если лечение не улучшает симптомы, связанные с менопаузой, или вызывает постоянные побочные эффекты.

9. Используйте вспомогательные средства для обсуждения долгосрочных преимуществ и рисков МГТ.

10. Не устанавливайте временных ограничений в отношении длительности использования МГТ.

11. После верификации преждевременной недостаточности яичников предлагайте заместительную гормональную терапию, по крайней мере до среднего возраста наступления менопаузы.

В рамках протокола NICE 2024 г. отражена важная тенденция: МГТ с использованием трансдермальных эстрогенов – рискредуцирующий инструмент в руках думающего клинициста. В отечественных рекомендациях 2025 г. также отмечается, что трансдермальная доставка эстрогенов рекомендуется пациенткам с высоким риском тромбоэмболических осложнений, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сопровождающимся нарушением всасывания, а также при наличии желчнокаменной болезни [14]. Международные данные свидетельствуют о более широких превентивных свойствах трансдермальной эстрогенотерапии, включая положительное влияние на артериальное давление у женщин с нормальным давлением и отсутствие влияния на артериальное давление у пациенток с артериальной гипертензией, а также отсутствие повышения риска нарушений мозгового кровообращения. В этой связи даже пациенткам с факторами риска инсульта (артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение и сахарный диабет) может быть рекомендовано использование именно трансдермальных форм эстрогенов [20]. Позиция корейских коллег (2025 г.) по спектру использования трансдермальной эстрогенотерапии за исключением выше отмеченных ситуаций подразумевает ее использование у пациенток с сексуальной дисфункцией, факторами риска психоэмоциональных нарушений, а также при наличии мигрени в анамнезе [21].

В настоящее время в Российской Федерации представлен широкий спектр лекарственных форм трансдермальных эстрогенов с целью использования в рамках МГТ. Однако наиболее интересным и перспективным по-прежнему остается трансдермальный спрей эстрадиола гемигидрата (Лензетто), обладающий рядом преимуществ (в том числе и фармакокинетических), таких как [22, 23]:

- улучшенная трансдермальная доставка лекарственных средств без раздражения кожи (отсутствие раздражительных реакций);

- хорошая переносимость;
- улучшенная косметическая приемлемость;
- гибкость дозировки;
- равномерное распределение в месте нанесения;
- простота использования;
- экономическая эффективность;
- высокая комплаентность пациенток к терапии.

Доказано, что использование спрея эстрадиола гемигидрата (Лензетто) способствует наименьшему повышению концентрации в крови метаболитически активного эстрогена в сравнении с другими трансдермальными формами эстрогенов [24]. Фармакокинетика препарата уникальна: при применении Лензетто отмечается образование депо эстрадиола в роговом слое кожи и концентрация эстрадиола поддерживается на относительно стабильном уровне в терапевтическом диапазоне доз на протяжении 24-часового периода [32]. Таким образом, в настоящее время спрей эстрадиола гемигидрата является одним из наиболее предпочтительных вариантов трансдермальной МГТ в связи с наличием ряда фармакологических и кинетических преимуществ. Важно отметить, что данный препарат также хорошо себя зарекомендовал в рутинной клинической практике. Согласно результатам ряда исследований, было доказано, что использование спрея эстрадиола гемигидрата способствует [25–27]:

- выраженному снижению тяжести климактерического синдрома ($p < 0,005$);
- улучшению показателей MRS на всем протяжении использования ($p < 0,001$);
- снижению тяжести симптоматики вульвовагинальной атрофии.

Нельзя не отметить результаты недавнего 12-недельного исследования P. Polo-Kantola и соавт. (2025 г., $n=249$), согласно которым было доказано, что у пациенток на фоне использования спрея эстрадиола гемигидрата также отмечалось значимое улучшение показателей шкалы MRS к 12-й неделе использования ($p < 0,0001$), при этом абсолютное большинство женщин были полностью удовлетворены назначенной терапией: 78,8% женщин были довольны лечением, а 95,2% считали использование спрея простым и удобным [28].

Вместе с тем в ходе персонализированного подбора МГТ крайне важным шагом является выбор гестагена, ключевая роль которого заключается в протекции эндометрия. Выше мы отметили, что пациенткам среднего/высокого сердечно-сосудистого риска при наличии показаний и после проведения врачебной комиссии возможно назначение комбинированной МГТ с использованием трансдермального эстрогена и микронизированного прогестерона. И в данном случае выбор гестагена отнюдь не случаен. В настоящее время доказано, что микронизированный прогестерон, являясь

полным биоидентичным «близнецом» эндогенного прогестерона, способствует эффективной протекции эндометрия и не повышает риск рака молочной железы [29]. Кроме того, данный гестаген также ассоциирован с наименьшим риском тромбоэмболических осложнений и рекомендован у пациенток с факторами риска венозной тромбоэмболии [30]. Следует подчеркнуть, что за счет образования активного метаболита аллопрегнена-лона в центральной нервной системе микронизированный прогестерон способствует нормализации психоэмоционального профиля пациентки за счет снижения тяжести тревоги и депрессии, а также улучшения сна и памяти [31]. Таким образом, микронизированный прогестерон в силу полного биохимического и функционального соответствия эндогенному прогестерону является наиболее удачным, безопасным и универсальным вариантом гестагенной поддержки у пациенток в перименопаузе, нуждающихся в МГТ.

Заключение

Период менопаузального перехода и перименопауза (как более широкое понятие) остаются важным рубежом на «карте жизни» женщины. Связано это не только с эмоциональным взрослением и накоплением жизненного опыта, но и с возникновением «новых вызовов» со стороны общесоматического здоровья. Критерием клинической манифестации раннего менопаузального перехода служит вариабельность менструального цикла, в то время как поздний ассоциирован со стартом ряда менопаузальных расстройств, включая климактерический синдром и урогенитальную атрофию. В этой связи раннее назначение МГТ (именно в перименопаузе) при наличии императивных показаний позволит достичь превентивных возможностей гормонотерапии, рассмотренных в рамках данной статьи.

Доказательные данные последних лет свидетельствуют о преимуществах относительно новой и крайне перспективной трансдермальной эстрогенотерапии с использованием спрея эстрадиола гемигидрата (Лензетто), хорошо зарекомендовавшего себя в рутинной клинической практике как препарат с наилучшим фармакокинетическим профилем и наибольшим удобством использования. В дополнение к эстрогеновому компоненту необходим выбор гестагена с доказанной эффективностью и наилучшим профилем безопасности. Использование МГТ с трансдермальной доставкой эстрогенов будет актуально для «всех и каждой» и позволит не только купировать симптомы, но и достичь высокого уровня качества жизни.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Оразов Мекан Рахимбердыевич – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Радзинский Виктор Евсеевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН, засл. деят. науки РФ. E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Балан Вера Ефимовна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Долгов Евгений Денисович – клинический ординатор каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАУ ВО РУДН. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Поступила в редакцию: 05.02.2026

Поступила после рецензирования: 06.02.2026

Принята к публикации: 12.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Mekan R. Orazov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Viktor E. Radzinskiy – Acad. RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Vera E. Balan – Dr. Sci. (Med.), Professor, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Evgeniy D. Dolgov – Resident, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Received: 05.02.2026

Revised: 06.02.2026

Accepted: 12.02.2026