

MD_PERELIGYN_ · МЕТОДИЧКА

ВСЕ ВИДЫ ЗГТ ПРИ МЕНОПАУЗЕ

Что существует и кому что подходит: эстрогены, прогестагены, схемы, готовые формы, негормональные альтернативы — по рекомендациям NICE, BMS, The Menopause Society и EMA

РАЗДЕЛЫ

01 ГЛАВНОЕ

02 ЭСТРОГЕНЫ

03 ПРОГЕСТАГЕНЫ И СХЕМЫ

04 ГОТОВЫЕ ФОРМЫ И АЛЬТЕРНАТИВЫ

05 КОМУ ЧТО ПОДХОДИТ

06 КОНТРОЛЬ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

07 ИСТОЧНИКИ

ЧТО ДАЁТ ЗГТ

ЗГТ — это эстроген, а при сохранённой матке — эстроген вместе с прогестагеном, который защищает эндометрий. Окно возможностей: до 60 лет или в первые 10 лет после последней менструации польза превышает риски.

–75 %

приливов по сравнению с плацебо; меньше ночной потливости (Cochrane 2004)

–34 %

переломов шейки бедра, всех переломов –24 % (WHI, 16 608 женщин)

0,93

отношение шансов тромбоза при эстрогене через кожу — риск не повышен; таблетки 1,58 (80 396 случаев)

27,1 %

общая смертность за 18 лет WHI на ЗГТ против 27,6 % на плацебо — не растёт

ЕЩЁ

- Вагинальные эстрогены убирают сухость и боль при близости — единственный вид ЗГТ, не связанный с риском рака молочной железы (108 647 случаев).
- В ноябре 2025 года FDA начало убирать из «чёрной рамки» сердечно-сосудистые риски, рак молочной железы и деменцию; первые 6 препаратов получили новые инструкции в феврале 2026.

ИСТОЧНИКИ · PMID 15495039 · 35797481 · 26444994 · 12117397 · 31474332 · 30626577 · 28898378

ВЕЩЕСТВА И ПУТИ

Эстрадиол (идентичен собственному)	таблетка, пластырь, гель, спрей; вагинальная таблетка, кольцо	основа большинства схем; в таблетках тромбов на 15–17 % меньше, чем с конъюгированными эстрогенами
Конъюгированные эстрогены	таблетки 0,3 / 0,625 / 1,25 мг	изучены в WHI; есть комбинация с базедоксифеном
Эстриол	только местно: крем, свечи, гель	урогенитальные симптомы
Эстетрол (Е4)	таблетки 14,2 и 18,9 мг	одобрен в ЕС 26.03.2026; к 12-й неделе приливов на 16–22 в неделю меньше плацебо; при матке — с прогестагеном

ЭКВИВАЛЕНТНЫЕ ДОЗЫ ЭСТРАДИОЛА (BMS 2026, 45–55 ЛЕТ)

Таблетка	0,5 · 1–2 · 3* мг
Пластырь	25–37,5 · 40–75 · 100 мкг/сут
Гель-дозатор 0,06 %	1 · 2–3 · 4 нажатия
Гель в саше	0,5 · 1 (2*) · 2,5–3* мг
Спрей	1–2 · 3 (4*) · 5–6* дозы

Низкая · средняя · высокая; * — вне инструкции.

Всасывание различается, дозу подбирают по симптомам.

Таблетка проходит через печень — выше риск тромбов; кожный путь даёт ровный уровень

ЗАЩИТА ЭНДОМЕТРИЯ

Нужны всем с сохранённой маткой: эстроген без прогестагена повышает риск гиперплазии и рака эндометрия. После гистерэктомии прогестаген обычно не нужен.

Микронизированный прогестерон	200 мг 12–14 дней · 100 мг ежедневно	рак груди ОР 1,00 (E3N, 80 377 женщин); с ВТЭ не связан (ESTHER, 0,7)
Дидрогестерон	10 мг 12–14 дней · 5 мг в комбинации	рак груди 1,16, незначимо; ВТЭ в таблетках самый низкий (1,18)
Норэтистерон, МПА	в комбинированных таблетках	дольше 5 лет: ОШ рака груди 1,88 с норэтистероном; КЭ + МПА — ВТЭ 2,10
Левоноргестрел	ВМС 52 мг до 5 лет · пластырь	при любой схеме; ВМС заодно контрацепция
Дроспиренон	2 мг с эстрадиолом 1 мг	только непрерывная схема

ИСТОЧНИКИ · PMID 17333341 · 33115755 · 17309934 · 31474332 · BMS 2026

Прогестаген меньше 10 дней в месяц эндометрий не защищает

ТРИ СХЕМЫ

Секвенциальная (циклическая)	последняя менструация меньше 1 года назад (меньше 2 лет при ранней менопаузе)	эстроген ежедневно + прогестаген 12–14 дней в месяц; раз в месяц кровотечение отмены
Непрерывная комбинированная	12 месяцев без менструаций или после ≥ 1 года секвенциальной	эстроген и прогестаген ежедневно, без кровотечений
Только эстроген	после гистерэктомии	эстроген ежедневно

ИСКЛЮЧЕНИЯ И ОГОВОРКИ (BMS)

- Женщинам моложе 50 лет секвенциальная схема часто нужна дольше.
- После гистерэктомии по поводу тяжёлого эндометриоза — непрерывная комбинированная схема.
- После надвлагалищной ампутации матки — проба прогестагена 3 месяца; после абляции эндометрия — комбинированная ЗГТ.
- ЛНГ-BMS 52 мг защищает эндометрий при любой схеме до 5 лет; у систем 13,5 и 19,5 мг данных о защите нет — к ним добавляют прогестаген.

ЧТО ЕСТЬ В АПТЕКЕ

Таблетки по циклу	эстрадиол 1–2 мг + дидрогестерон 10 мг (Femoston 1/10, 2/10); эстрадиол + НЭТА (Novofem, Trisequens)
Таблетки непрерывные	Femoston conti, Kliovance, Kliofem, Indivina, Angeliq; капсула эстрадиол + прогестерон (Bijuve)
Пластыри	эстрадиол + НЭТА 2 раза в неделю (Evorel, Estradot Conti); эстрадиол + левоноргестрел раз в неделю (FemSeven Conti, Femseptevo, Femity)
ВМС + эстроген	ЛНГ-ВМС 52 мг + эстроген в любой форме
Тиболон 2,5 мг	через 12 мес после менструаций; LIFT: переломов позвонков –45 %; после рака груди нельзя (LIBERATE: рецидивы 15,2 % против 10,7 %); после 60 — риск инсульта
TSEC (КЭ + базедоксифен)	при матке, когда прогестаген не подходит
Местно	вагинальный эстриол/ эстрадиол — первая линия; прастерон 6,5 мг; оспемифен 60 мг

БЕЗ ГОРМОНОВ И ТЕСТОСТЕРОН

Фезолинетант
45 мг

блокирует
рецептор
нейрокинина-3

на 2,6 прилива в
сутки меньше
плацебо к 12-й
неделе; эффект с
1-й недели; NICE
2026 — когда ЗГТ
не подходит;
печёночные пробы
до старта

Элинзанетант
120 мг на ночь

рецепторы
NK1 и NK3

на 3,2 прилива в
сутки меньше;
лучше сон; в ЕС — и
при приливах на
фоне эндокринной
терапии рака
молочной железы
(–3,4)

СИОЗС /
СИОЗСН,
габапентин

уровень
доказательности
I

NICE: не первая
линия при одних
приливах

Когнитивно-
поведенческая
терапия

программа
для
менопаузы

приливы, сон,
настроение (NICE
2024, уровень I)

ТЕСТОСТЕРОН И ЧТО НЕ РЕКОМЕНДУЮТ

ТЕСТОСТЕРОН У ЖЕНЩИН

Единственное доказанное показание — снижение либидо, беспокоящее женщину в постменопаузе (консенсус 2019, 11 обществ). Только через кожу, в дозе, дающей уровень как до менопаузы; таблетки ухудшают липиды, пеллеты и инъекции дают сверхфизиологические уровни. Контроль: тестостерон до старта, через 3–6 недель, затем каждые 6 месяцев; нет эффекта за 6 месяцев — отмена. Для настроения, костей и памяти не назначают.

КОНСЕНСУС · Davis 2019, PMID 31498871

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- Компаундированные «биоидентичные» смеси аптечного изготовления: не проходят регуляторную проверку, дозы и чистота не стандартизированы (NICE, BMS 2026, ACOG 2023). Те же гормоны есть в зарегистрированных препаратах.
- Прогестерон в креме на кожу эндометрий не защищает (BMS).
- Анализы слюны и крови «для подбора смеси» — доказательств недостаточно.
- Пеллеты: тестостероновые не рекомендует консенсус 2019; эстрадиоловые аптечного изготовления — та же компаундированная терапия.
- Вагинальный лазер — вне клинических исследований не рекомендуется (NICE).

ИСТОЧНИК · ACOG 2023, PMID 37856860

ПО СИТУАЦИИ

Курение; ИМТ выше 30	пластырь, гель, спрей	кожный путь риск ВТЭ не повышает (0,93)
Мигрень, в том числе с аурой	кожный путь без перерывов; ЛНГ-ВМС	аура не противопоказание (EMAS 2026); инсульт с кожным путём не учащается
Высокий риск ВТЭ, тромбофилия в семье	кожный путь + прогестерон или дидрогестерон	консультация гематолога
Гипотиреоз на заместительной терапии; высокие триглицериды	любой путь; при триглицеридах — кожный	при таблетках ТТГ через 12 недель: у 7 из 18 женщин выше 7 мЕд/л
Желчнокаменная болезнь	кожный путь	риск 1,17 против 1,74 у таблеток
Перименопауза, цикл сохранён	секвенциальная схема или ЛНГ-ВМС + эстроген	BMS
Только сухость	вагинальный эстриол/эстрадиол, прастерон, оспемифен	NICE
Рак молочной железы в анамнезе	КПТ, элинзанетант, другие негормональные — с онкологом	при сухости — смазки, затем вагинальный эстроген
Менопауза до 40 лет	ЗГТ или комбинированный контрацептив	минимум до возраста естественной менопаузы

КОНТРОЛЬ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ

NICE, BMS, THE MENOPAUSE SOCIETY

- Первый пересмотр через 3 месяца (эффект, переносимость), затем ежегодно; маммография по графику скрининга.
- Кровянистые выделения в первые 6 месяцев и 3 месяца после смены дозы — частый побочный эффект; дольше 4–6 месяцев — трансвагинальное УЗИ, при необходимости биопсия.
- Жёсткого срока отмены нет: «никаких произвольных ограничений дозы и длительности» (BMS); длительный приём при сохраняющихся показаниях с регулярным пересмотром. NICE рекомендует минимальную эффективную дозу.
- Отменять можно постепенно или сразу: в долгосрочной перспективе разницы нет.

В ноябре 2025 FDA запросило убрать из «чёрной рамки» совет «минимальная доза на кратчайший срок»

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К СИСТЕМНОЙ ЗГТ (ИНСТРУКЦИИ ЕС)

- Рак молочной железы — сейчас, в прошлом или при подозрении; эстрогензависимые опухоли.
- Кровотечение из половых путей неясной причины; нелеченая гиперплазия эндометрия.
- Тромбоз глубоких вен или ТЭЛА — сейчас или в прошлом; известная тромбофилия.
- Активное или недавнее артериальное тромбоэмболическое заболевание: стенокардия, инфаркт.
- Тяжёлое заболевание печени, пока пробы не нормализовались; порфирия.

Мигрень, диабет 2 типа, гипотиреоз и ожирение — не противопоказания, а повод выбрать путь введения

ИСТОЧНИКИ

1. MacLennan AH, et al. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. Cochrane Database Syst Rev. 2004. PMID 15495039.
2. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022. PMID 35797481.
3. Stuenkel CA, et al. Treatment of symptoms of the menopause: Endocrine Society guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2015. PMID 26444994.
4. Rossouw JE, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women (WHI). JAMA. 2002. PMID 12117397.
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet. 2019. PMID 31474332.
6. Vinogradova Y, et al. HRT and risk of venous thromboembolism. BMJ. 2019. PMID 30626577.
7. Manson JE, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality (WHI). JAMA. 2017. PMID 28898378.
8. Simoncini T, et al. Estetrol for vasomotor symptoms. Maturitas. 2026. PMID 42068869.
9. Fournier A, et al. Unequal risks for breast cancer associated with different HRT (E3N). Breast Cancer Res Treat. 2008. PMID 17333341.
10. Vinogradova Y, et al. Use of HRT and risk of breast cancer. BMJ. 2020. PMID 33115755.
11. Canonico M, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women (ESTHER). Circulation. 2007. PMID 17309934.
12. Cummings SR, et al. Tibolone in older postmenopausal women (LIFT). N Engl J Med. 2008. PMID 18703472.

ИСТОЧНИКИ · 13–23

13. Kenemans P, et al. Tibolone after breast cancer (LIBERATE). Lancet Oncol. 2009. PMID 19167925.
14. Davis SR, et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. J Clin Endocrinol Metab. 2019. PMID 31498871.
15. Lederman S, et al. Fezolinetant for vasomotor symptoms (SKYLIGHT 1). Lancet. 2023. PMID 36924778.
16. Pinkerton JV, et al. Elinzanetant for vasomotor symptoms (OASIS 1–2). JAMA. 2024. PMID 39172446.
17. Cardoso F, et al. Elinzanetant in breast cancer endocrine therapy (OASIS-4). N Engl J Med. 2025. PMID 40454634.
18. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2023. PMID 37252752.
19. ACOG Clinical Consensus: compounded bioidentical menopausal hormone therapy. Obstet Gynecol. 2023. PMID 37856860.
20. Anagnostis P, et al. EMAS position statement: menopause and lipids. Maturitas. 2020. PMID 32209279.
21. Arafah BM. Increased need for thyroxine during estrogen therapy. N Engl J Med. 2001. PMID 11396440.
22. Liu B, et al. Gallbladder disease and use of transdermal versus oral HRT. BMJ. 2008. PMID 18617493.
23. NICE NG23 (2026); BMS (2026); EMA; FDA, 12.02.2026.

Черновик подготовлен с помощью языковой модели по проверенным источникам; проверил и отредактировал врач-эндокринолог Владимир Перелыгин. Материал образовательный, не заменяет приём врача. Данные на 22.10.2026.