

# Вендіол у жінок із надлишковою масою тіла та метаболічними порушеннями: клінічні аспекти та критерії вибору

Ю. М. Мельник

Кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

## Резюме

Вендіол — комбінований пероральний контрацептив (КПК) з ультранизькою дозою етинілестрадіолу (15 мкг) та гестоденом (60 мкг) — демонструє високу контрацептивну ефективність, метаболічну безпеку та добру переносимість у жінок із надлишковою масою тіла та окремими метаболічними порушеннями. Фармакокінетичні переваги гестодену включають 100 % біодоступність, стабільні концентрації у плазмі та мінімальні гормональні коливання, що знижує ризик естрогензалежних побічних ефектів. Системний огляд 44 рандомізованих контрольованих досліджень (n = 5654) не виявив клінічно значущого збільшення маси тіла при застосуванні КПК, а у випадку гестодену іноді спостерігалось помірне зниження ваги. Режим 24+4 підвищує прихильність до лікування, покращує контроль циклу та знижує ризик овуляції при пропуску прийому таблеток порівняно з класичним режимом 21/7. Відповідно до критеріїв прийнятності Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Вендіол може застосовуватись у жінок із зайовою масою тіла (індекс маси тіла < 30), контрольованим цукровим діабетом 2 типу без судинних ускладнень та при коригованій дисліпідемії. Передбачувані ефекти, мінімальний вплив на метаболізм та висока прихильність роблять Вендіол обґрунтованим вибором для довготривалого застосування, особливо, коли стабільність ваги та метаболічний профіль є ключовими при виборі контрацепції.

**Ключові слова:** етинілестрадіол, гестоден, комбіновані пероральні контрацептиви, фармакокінетика, надлишкова маса тіла, метаболічна безпека, критерії прийнятності ВООЗ, режим 24+4.

## VENDIOL IN WOMEN WITH OVERWEIGHT AND METABOLIC DISORDERS: CLINICAL ASPECTS AND SELECTION CRITERIA

Y. M. Melnyk

Department of Obstetrics, Gynecology and Fetal Medicine of National University of Health Care of Ukraine n. a. P. L. Shupyk, Kyiv

## Summary

Vendiol, a combined oral contraceptive containing ultra-low-dose ethinylestradiol (15 µg) and gestodene (60 µg), demonstrates high contraceptive efficacy, metabolic safety, and favorable tolerability in women with overweight and selected metabolic disorders. Pharmacokinetic advantages of gestodene include 100% bioavailability, stable plasma concentration, and minimal hormonal fluctuations, reducing estrogen-related adverse effects. Systematic review of 44 RCTs (n=5654) confirmed no clinically significant weight gain with combined oral contraceptive use, with gestodene-containing formulations occasionally associated with slight weight reduction. The 24+4 regimen offers enhanced adherence, cycle control, and protection against ovulation during missed pills compared to the traditional 21/7 regimen. According to WHO eligibility criteria, Vendiol is suitable for women with overweight (BMI <30), controlled type 2 diabetes without vascular complications, and managed dyslipidemia. Its predictable effects, minimal metabolic impact, and high acceptability make Vendiol a rational option for long-term use, particularly in patients where weight stability and metabolic profile are critical in contraceptive choice.

**Key words:** Ethinylestradiol, gestodene, combined oral contraceptives, pharmacokinetics, overweight, metabolic safety, WHO eligibility criteria, 24+4 regimen..

Надлишкова маса тіла (індекс маси тіла — ІМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup>) часто супроводжується дисліпідемією та порушеннями вуглеводного обміну, що значно ускладнює вибір гормональної контрацепції [Nathan et al., 2017]. Хоч ожиріння та тяжкі метаболічні порушення часто розглядаються окремо, саме жінки з

надмірною вагою становлять більшість пацієток репродуктивного віку, які потребують контрацептивної підтримки без посилення метаболічних ризиків (ВООЗ, 2015). Незважаючи на відсутність судинних уражень, метаболічний стан цих пацієток робить важливим мінімізацію негативного впливу на обмін

глюкози та ліпідів. Історично застосування високодозованих комбінованих пероральних контрацептивів (35–50 мкг естрогенів) було пов'язано з підвищенням рівня тригліцеридів, зниженням ліпопротеїнів високої щільності, а також з погіршенням обміну глюкози [Back et al., 1987].



Показники смертності серед жінок репродуктивного віку, зокрема у віці до 40 років, які застосовують комбіновані пероральні контрацептиви (КПК), є нижчими, ніж серед тих, хто зовсім не використовує контрацепцію. Це феномен, що на перший погляд може здаватися парадоксальним, але він отримав підґрунтя у багатьох клінічних та епідеміологічних дослідженнях. В основі цього явища лежить зниження ризику ускладнень вагітності, а також превенція деяких онкологічних захворювань репродуктивної системи, що суттєво впливає на загальний рівень смертності у жінок, які обирають гормональну контрацепцію [Bruce R. et al., 2003, 2010]. Щороку завдяки застосуванню гормональної контрацепції у світі вдається запобігти до 30 000 випадків онкологічних захворювань органів репродуктивної системи, зокрема раку ендометрію та яєчників, які спричиняють високий рівень смертності і негативно впливають на якість життя (ВООЗ, 2006). Це свідчить про те, що гормональна контрацепція — це не лише засіб запобігання небажаній вагітності, а й потужний інструмент для збереження громадського здоров'я, який впливає на зниження смертності і поліпшення репродуктивного здоров'я в цілому [Mac Gregor A., 2016].

Сучасні КПК поєднують максимальну ефективність і високий профіль безпеки. Вкрай важливо, щоб у кожному випадку фахівці підбирали препарат індивідуально, орієнтуючись на мінімально ефективні дози гормонів та індивідуальні особливості пацієнтки. Такий підхід дозволяє знизити ризик побічних ефектів, які найчастіше є причиною відмови від контрацепції та, як наслідок, може призвести до настання позапланової вагітності [Bruce R. et al., 2003]. Помилка у виборі контрацептиву — це не просто технічний недолік. Це стратегічний прорахунок, що ставить під загрозу не тільки здоров'я пацієнтки, а й її соціальне благополуччя та плани на майбутнє. Втрата довіри до методу через неадекватний підбір препарату може мати далекосяжні наслідки, адже відмова від контрацепції чи її неправильне застосування зна-

чно підвищують ризики ускладнень вагітності, настання небажаної вагітності та пов'язаних із цим соціальних проблем [ВООЗ, 2006; Mac Gregor A., 2016]. Таким чином, сучасна гормональна контрацепція — це не лише медичний препарат, а й інструмент, що забезпечує збереження громадського здоров'я (public health), знижуючи рівень материнської смертності, захворюваності на онкологічні хвороби та покращуючи якість життя жінок репродуктивного віку.

## Сучасні підходи до обрання КПК

Мінімізація побічних ефектів та підвищення прийнятності застосування КПК можливі за рахунок індивідуального підходу до вибору препарату, а саме:

- уникнення призначення КПК жінкам групи високого ризику, згідно з критеріями ВООЗ та протипоказаннями, описаними в інструкції до препаратів (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2019);
- вибору препаратів із мінімальними дозами гормонів, оптимальним складом і типом прогестину, що мають сприятливий метаболічний профіль і низький тромбогенний ризик [Nelson A. L., Cwiak C., 2016];
- використання режимів прийому, таких як 24+4, що сприяє стабілізації гормонального фону та зменшенню кровотеч прориву [Anttila L. et al., 2011];
- проведення ґрунтового та неквапливого консультування, під час якого пацієнтка отримує детальну інформацію про можливі ефекти, варіанти лікування та варіанти адаптації, що покращує довіру і відповідальне ставлення до прийому КПК [Stifani B. M. et al., 2019].

Такий системний підхід не лише підвищує ефективність контрацепції, а й знижує частоту відмов від прийому препарату через побічні реакції, що є ключовим для досягнення тривалого позитивного результату (WHO, 2023; Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2019).

Тож, лише індивідуальний, науково обґрунтований підбір препаратів з

урахуванням мінімізації доз і потенційних ризиків забезпечує довготривалу прихильність до методу та максимальний терапевтичний ефект [Bruce R. et al., 2010; Mac Gregor A., 2016].

Сучасний підхід до вибору КПК ґрунтується на міжнародних рекомендаціях ВООЗ (2023), які відображають найкращі практики доказової медицини та регулярно оновлюються кожні 4 роки з урахуванням нових клінічних даних. Ці рекомендації є базовим орієнтиром для клініцистів у всьому світі, забезпечують індивідуалізований, безпечний і максимально ефективний вибір методу контрацепції. В основі документа лежать чітко визначені критерії прийнятності методу контрацепції, які дозволяють класифікувати ризики і користь від застосування КПК у різних клінічних ситуаціях. Виділяють чотири категорії (табл. 1):

- Критерій 1: Метод контрацепції рекомендований і може використовуватися без обмежень.
- Критерій 2: Користь від застосування методу перевищує потенційні ризики, але необхідний додатковий медичний контроль і спостереження.
- Критерій 3: Ризики переважають користь, тому застосування методу вимагає серйозної оцінки і, як правило, не рекомендується.
- Критерій 4: Метод категорично протипоказаний через високий ризик серйозних ускладнень.

Критерії прийнятності методу контрацепції дозволяють адаптувати вибір КПК не лише до загального стану здоров'я пацієнтки, а й до наявності супутніх захворювань, таких як надмірна вага, порушення обміну ліпідів або глюкози без ураження судин тощо. Наприклад, при надлишковій вазі обмежень в призначенні КПК немає, при ожирінні, коли ІМТ > 30 і < 35 і відсутні серцево-судинні ускладнення, застосування КПК із низькими дозами естрогенів і сучасними прогестинами може відповідати критерію 2, що потребує моніторингу, втім призначення теж можливе (табл. 1, 2) [Kahlenborn et al., 2006; WHO, 2023].



Таблиця 1. Категорії медичних критеріїв прийнятності застосування протизаплідних засобів (УКМЕС) залежно від маси тіла

Метод	ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	Критерій УКМЕС (лише ІМТ)	Критерій УКМЕС, якщо ожиріння є одним з декількох факторів ризику кардіоваскулярних захворювань	Застосування біаріатричної хірургії в анамнезі
Комбінована гормональна контрацепція (КПК, вагінальні кільця, пластири)	≥ 30–34	2	3	2
	≥ 35	3		3
Чисто прогестагенові таблетки	≥ 30–34	1	2	1*
	≥ 35			1
Чисто прогестагенові імпланти	≥ 30–34	1	2	1
	≥ 35			1
Чисто прогестагенові ін'єкції (DMPA або NET-EN)	≥ 30–34	1	3	1
	≥ 35			1
Мідьмісні внутрішньоматкові спіралі	≥ 30–34	1	1	1
	≥ 35			1
Внутрішньоматкова спіраль з левоноргестрелом	≥ 30–34	1	2	1
	≥ 35			1

DMPA — депо-провера; NET-EN — норетистерону енантат

\* Важливо зазначити, що критерії УКМЕС для використання контрацептивів після біаріатричної операції стосуються безпечності використання, а не ефективності. Застереження щодо безпечності після біаріатричної операції стосуються високого ІМТ. Жінкам слід повідомити, що ефективність пероральної контрацепції (ПК), включаючи пероральну невідкладну контрацепцію, може бути знижена при біаріатричній хірургії, тому ПК не призначають, а рекомендують інші негормональні методи контрацепції.

Стан	Категорія			
	КПК	ККП	ККВК	КІК
Ожиріння				
а) ІМТ ≥ 30 кг/м <sup>2</sup>	2	2	2	2
б) менархе до < 18 років і ІМТ ≥ 30 кг/м <sup>2</sup>	2	2	2	2

ККП — комбінований контрацептивний пластир; ККВК — комбіноване контрацептивне вагінальне кільце; КІК — комбіновані ін'єкційні контрацептиви

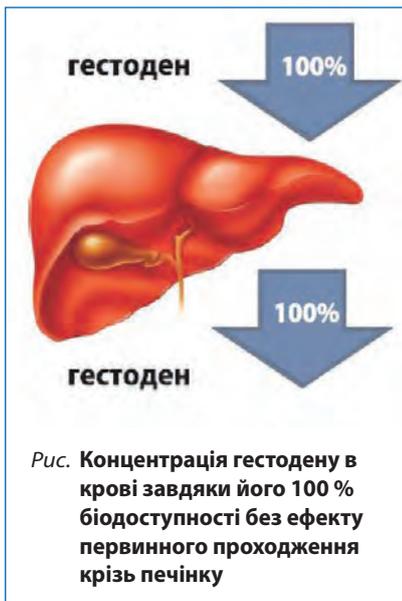
Багато жінок, яким необхідна контрацепція, припиняють прийом КПК через страх набору ваги або через недостатню поінформованість щодо сучасних даних безпеки та метаболічних ефектів. Це є поширеною причиною зниження прихильності до методу, незважаючи на відсутність переконливих доказів того, що КПК викликають клінічно значуще збільшення маси тіла [Gallo M. F. et al., 2014]. Ожиріння визнається значущим фактором ризику метаболічних і тромботичних ускладнень [Fritsche L. et al., 2021]. Згідно з Британськими критеріями прийнятності методу гормональної контрацепції (УКМЕС), у жінок з ІМТ ≥ 30–34 кг/м<sup>2</sup> застосування КПК відповідає критерію 2 (користь перевищує ризик, необхідний додатковий контроль), а при ІМТ ≥ 35 кг/м<sup>2</sup> — критерію 3 (ризик переважає користь, як правило, не рекомендується) (Faculty of Sexual and Reproductive Health-

care, 2019). ВООЗ у «Medical eligibility criteria for contraceptive use» (2023) виділяє лише ІМТ > 30 кг/м<sup>2</sup> як критерій 2 за умови відсутності інших протипоказань та факторів ризику, що відповідають категоріям 3 або 4. Однак практично обґрунтованим є підхід, коли при ІМТ ≥ 35 кг/м<sup>2</sup> доцільно керуватися британськими рекомендаціями, оскільки у таких пацієнток частіше виявляють супутню артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, метаболічний синдром та інші фактори, які за класифікацією ВООЗ належать до критеріїв 3 або 4. При ІМТ ≥ 35 кг/м<sup>2</sup> основним ризиком при застосуванні КПК залишаються венозні та артеріальні тромботичні ускладнення [Rompr E. R. et al., 2007]. Поєднання підвищеного ІМТ і прийому КПК множить ризик венозних тромботичних ускладнень: спостерігалися орієнтовно кратні підвищення ризику (у різних дослідженнях — від ≈12 до ≈24

разів порівняно з жінками нормальної маси без КПК). Це є причиною обережності застосування КПК при ІМТ ≥ 35 [Rosano G. M. C. et al., 2022].

Додатково слід враховувати вплив фармакологічних засобів для зниження маси тіла на ефективність КПК. Наприклад, орлістат може зменшувати абсорбцію естрогену та прогестину через індуковану стеаторею, а проносні засоби, блювання або діарея здатні знижувати біодоступність гормональних компонентів, зменшуючи контрацептивну ефективність [Curtis K. M. et al., 2016]. Дані систематичного огляду рандомізованих контрольованих досліджень (44 РКД, 5654 пацієнтки, 18 видів прогестинів і 3 типи естрогенів) показали відсутність статистично значущого зв'язку між прийомом КПК і збільшенням маси тіла [Gallo M. F. et al., 2014]. У більшості жінок зміни ваги коливалися в межах ±2 кг від початкового рівня. Деякі формули з гестоденом навіть асоціювалися з невеликим зниженням ваги, що позитивно впливало на прихильність до лікування. Частота припинення прийому КПК через набір маси тіла була низькою. Призначення препаратів з ультранизькими дозами естрогенів та сучасними прогестинами (Вендіол) зі сприятливим метаболічним профілем вважається найбільш «комфортним» для пацієнток із надлишковою вагою, особливо в поєднанні з режимами 24+4, що сприяють підтриманню більш стабільного гормонального рівня [Nelson A. L., Cwiak C., 2016]. Таким чином, рандомізовані контрольовані дослідження підтвердили, що КПК із гестоденом та ультранизькими дозами естрогенів (Вендіол) не викликають значущого погіршення цих параметрів у жінок з надлишковою масою тіла [Endrikat et al., 1995; Colletta et al., 1991]. Дані систематичного огляду РКД не підтверджують істотної асоціації між прийомом КПК і клінічно значимим набором ваги (зміни ± ≈2 кг у більшості досліджень), препарати з гестоденом часто демонстрували кращу переносимість за масою тіла [Gallo M. F. et al., 2014]. Це робить Вендіол оптимальним вибором серед КПК для таких пацієнток.





## Особливості застосування Вендіолу

Вендіол — наднижкодозований КПК (15 мкг етинілестрадіолу (ЕЕ) / 60 мкг гестодену), що оптимізує баланс між ефективністю та безпекою, особливо у групі пацієнок з надлишковою вагою. Гестоден, у складі комбінованого орального контрацептиву Вендіол, характеризується мінімальним впливом на масу тіла та метаболічні процеси, зокрема на ліпідний та вуглеводний обмін, а також на систему гемостазу, що підтверджено клінічними спостереженнями при тривалому застосуванні [Colletta A. A. et al., 1991; Endricat J. et al., 1995; Endricat J. et al., 1999; Gast M. J. et al., 1998; Short M. et al., 1996]. Відсутність клінічно значущих змін у цих системах робить гестоден особливо цінним для підтримання стабільної маси тіла, а також забезпечує добру переносимість у довгостроковій перспективі (табл. 2).

Фармакокінетичний профіль Вендіолу формується завдяки низці властивостей:

- **100 % біодоступність** активних компонентів, що усуває ефект первинного проходження крізь печінку (рис.);
- **висока спорідненість до глобулінів плазми крові:** після багаторазового прийому комбінації гестоден / етинілестрадіолу

Таблиця 2. Практичні критерії вибору КПК (що мінімізує ризики при надлишковій вазі / дисліпідемії / діабеті)

Критерій вибору	Чому важливо (практично)	Джерело
Ультранизька доза естрогену (ЕЕ ≤ 15–20 мкг або естрадіол-валерат)	Менший вплив на печінковий синтез факторів згортання, ліпідів і глюкози	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Jan 29;2014(1):CD003987. doi: 10.1002/14651858.CD003987.pub5. PMID: 24477630; PMCID: PMC10640873;</li> <li>• FSRH Guideline Combined Hormonal Contraception 2019;</li> <li>• Pomp ER, le Cessie S, Rosendaal FR, Doggen CJ. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. <i>Br J Haematol.</i> 2007 Oct;139(2):289-96. doi: 10.1111/j.1365-2141.2007.06780.x. PMID: 17897305</li> </ul>
Прогестин із сприятливим метаболічним профілем (наприклад, гестоден)	Менший вплив на ліпіди та інсулінорезистентність; у деяких дослідженнях — краща переносимість	Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Jan 29;2014(1):CD003987. doi: 10.1002/14651858.CD003987.pub5. PMID: 24477630; PMCID: PMC10640873
Режим 24+4 або 26+2	Менше кровотеч прориву, краща прихильність, стабільніший гормональний фон	Caruso A., FSRH 2019
Уникнення КПК при сукупності факторів ризику (ІМТ ≥ 35 + інші фактори ризику)	Сукупність підвищує ризик венозного тромбоемболізму — рекомендується розглянути альтернативи	UKMEC; MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA WHEEL FOR CONTRACEPTIVE USE, WHO, 2015
Моніторинг: ліпопротеїди, глікемія, артеріальний тиск	Вчасне виявлення погіршення метаболічних показників; корекція терапії	MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA WHEEL FOR CONTRACEPTIVE USE, WHO, 2015, ADA, FSRH, 2019

концентрація гестодену у плазмі зростає у 2–4 рази без проявів гіперестрогенії;

- **тривалий період напіввиведення ( $t_{1/2} \approx 18$  год.),** який забезпечує повільний метаболізм та стабільний рівень гестодену у крові протягом циклу.

Важливою додатковою перевагою для окремих груп пацієнок є наявність у гестодену «м'якої» антимінералокортикоїдної (антиальдостеронової) активності. Такий ефект знижує естроген-індуковану активацію ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, що сприяє відсутності затримки рідини та стабільності маси тіла. Цей механізм реалізується не лише завдяки властивостям гестодену, а й через застосування ультранизьких доз етинілестрадіолу (15 мкг), що зменшує загальний гормональний вплив у межах циклу та мінімізує ризики як дефіциту, так

і передозування естрогенів. Поєднання фармакологічних та фармакокінетичних характеристик Вендіолу забезпечує стабільну концентрацію гормонів незалежно від індивідуальної швидкості метаболізму, яка може коливатись під впливом внутрішніх (генетичних, гормональних) та зовнішніх (харчування, стрес, фізична активність) факторів. Такий стабільний профіль робить препарат особливо зручним для жінок, у яких важлива передбачуваність ефекту та відсутність коливань маси тіла.

Розробка та впровадження в клінічну практику сучасних КПК з ультранизькою дозою етинілестрадіолу та гестодену (Вендіол) розширює можливості безпечної та довготривалої гормональної контрацепції для широкого кола пацієнок. Використання ультранизької дози етинілестрадіолу (15 мкг) знижує ймовірність



розвитку естрогензалежних побічних ефектів, зокрема затримки рідини (і відповідного збільшення маси тіла), підвищення рівня тригліцеридів, головного болю, набрякання молочних залоз, набряків. Це має особливе значення для підлітків, молодих жінок, пацієток старше 35 років, а також у пременопаузальному періоді [Mayeda E. R. et al., 2014]. Для підлітків і жінок старшого репродуктивного віку перевага препаратів в ультранизьких дозах обґрунтована підвищеною чутливістю репродуктивної системи до ендогенних та синтетичних гормонів у ці вікові періоди [Blum R. W. et al., 2014]. У цій групі пацієток переважно формується краща прихильність до щоденного прийому КПК, який психологічно сприймається як більш надійний режим. Режим прийому Вендіолу 24+4 забезпечує додаткову мотивацію до дотримання лікувального плану завдяки відсутності класичної 7-денної перерви. Скорочений безгормональний інтервал, протягом якого пацієнтка приймає плацебо, знижує ймовірність помилок у режимі прийому та підвищує контрацептивну ефективність, особливо у разі випадкового пропуску таблетки. Це пов'язано зі зменшенням ризику спонтанної овуляції при затримці початку нового циклу прийому [Anttila L. et al., 2011]. Вендіол у режимі 24+4 також забезпечує більш стабільний контроль менструального циклу: частота та тривалість кровотеч прориву знижуються швидше, ніж при класичному режимі 21/7 з ідентичною комбінацією іншого препарату [Caruso S. et al., 2003; Speroff L., 2014]. При правильному використанні Вендіол є безпечним і довготривалим методом контрацепції з додатковими неконтрацептивни-

ми перевагами у будь-якому віці, у тому числі для жінок, які не народжували, та у пременопаузі. Його застосування особливо доцільне у пацієток, яких турбують можливі зміни маси тіла, оскільки фармакологічні властивості препарату роблять ці ефекти прогнозованими та мінімізованими при належному консультуванні. Важливо відрізнити побічні ефекти від нормального адаптаційного періоду, притаманного всім КПК.

## Висновки

Вендіол, як представник сучасних комбінованих пероральних контрацептивів з ультранизьким вмістом етинілестрадіолу (20 мкг) та гестоденом (60 мкг), поєднує декілька критично важливих характеристик, що обґрунтовують його клінічну доцільність у широкого кола пацієток. Фармакокінетичні переваги гестодену полягають у 100 % біодоступності, стабільному рівні плазмових концентрацій та відсутності виражених пікових гормональних коливань, що знижує ризик побічних ефектів і сприяє стабільності менструального циклу [Colletta A. A. et al., 1991; Endricat J. et al., 1995, 1999]. Вплив на масу тіла підтверджений системним оглядом 44 РКД (5654 учасниці), який не виявив статистично значущого зв'язку між прийомом КПК і збільшенням ваги; коливання маси тіла у більшості жінок не перевищували 2 кг, а у випадку використання гестодену навіть відмічалось помірне зниження ваги [Mayeda E. R. et al., 2014]. Цей аспект є ключовим для пацієток з надлишковою масою тіла, цукровим діабетом 2 типу чи дисліпідемією, де стабільність ваги впливає на прихильність до

лікування. Метаболічна безпека ультранизької дози етинілестрадіолу (15 мкг) включає зменшення затримки рідини, зниження ризику гіпертригліцеридемії та зменшення частоти естрогензалежних побічних ефектів (головний біль, масталгія, набряки) [Blum R. W. et al., 2014]. Це особливо важливо для підлітків та жінок старше 40 років, чия ендокринна система більш чутлива до гормональних впливів. Переваги режиму 24+4 порівняно з класичною схемою 21/7 полягають у скороченні безгормонального інтервалу, що знижує ймовірність спонтанної овуляції при пропусках, підвищує надійність контрацепції, покращує контроль циклу та зменшує частоту проривних кровотеч [Anttila L. et al., 2011; Caruso S. et al., 2003; Speroff L., 2014].

Відповідність критеріям прийнятності ВООЗ підтверджує, що Вендіол може безпечно застосовуватись у жінок з надлишковою масою тіла (при ожирінні з ІМТ до 35 кг/м<sup>2</sup> без інших протипоказань), у пацієток з компенсованим цукровим діабетом без судинних ускладнень та у випадках контрольованої дисліпідемії (категорії 1–2 за ВООЗ). Таким чином, Вендіол є оптимальним вибором для персоналізованої гормональної контрацепції у жінок різного віку, включно з підлітками та пацієтками у пременопаузі, забезпечуючи високу ефективність, прогнозовану переносимість, мінімальний метаболічний вплив та високий рівень прихильності до методу. Ці переваги роблять його клінічно виправданим для довготривалого застосування, особливо у групах, де зміна маси тіла чи метаболічний профіль є вирішальними для вибору методу.

Надійшла: 10.08.2025

## Відомості про автора

**Юрій Миколайович Мельник**, к. мед. н., асистент кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НУОЗ України імені П. Л. Шупика; лікар акушер-гінеколог; лікар з ультразвукової діагностики; лікар генетик; Експерт ДОЗ міста Києва за напрямком «Акушерство і гінекологія. Пренатальна діагностика»

