

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2022.3.81>

О. Г. Гимро, Т. С. Дивакова

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Часть 2

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Адекватное информирование женщин о возможностях гормональной контрацепции, знания врачей войскового звена по преимуществам и недостаткам разного вида гормональной контрацепции обеспечат персонализированный выбор метода контрацепции с учетом индивидуальных характеристик организма женщины и особенностей ее профессии.

Ключевые слова: выбор гормональной контрацепции, женщины-военнослужащие, лечебные эффекты гормональной контрацепции, профилактика нарушений репродуктивной системы.

O. G. Gimro, T. S. Divakova

A PERSONALIZED APPROACH TO THE CHOICE OF HORMONAL CONTRACEPTION FOR WOMEN MILITARY

Adequate informing of women about the possibilities of hormonal contraception, knowledge of military doctors about advantages and disadvantages of different types of hormonal contraception will make it possible to choose a contraceptive method based on individual characteristics of the female organism and characteristics of her profession.

Key words: choice of hormonal contraception, female military personnel, therapeutic effects of hormonal contraception, prevention of reproductive system disorders.

Увеличение количества женщин в современной армии требует улучшения гинекологической помощи. Вопрос охраны женского репродуктивного здоровья занимает особое место в современной медицине, и разработка безопасных и эффективных методов гормональной контрацепции является одним из приоритетных направлений в гинекологии.

Медицинское обеспечение военнослужащих в мирное время организовано по территориальному принципу – военнослужащие закрепляются за медицинскими подразделениями и военными медицинскими организациями по месту службы. Стоит отметить, что войсковое звено медицинской службы в большинстве случаев представлено врачами, имеющими квалификацию по специальности «общая врачебная практика». Обязанности врача общей практики включают многие аспекты, одним из них является проведение мероприятий по охране репродуктивного здо-

ровья, консультирование по вопросам планирования семьи и контрацепции. Большинство исследователей отмечают факт отсутствия должного информирования женщин-военнослужащих о возможностях гормональной контрацепции, поскольку и врачи, и пациенты не владеют достаточной информацией, они могут испытывать необоснованные страхи перед использованием данного метода. В связи с этим врачам войскового звена необходимо владеть знаниями по вопросам контрацепции и обеспечить должное консультирование.

Алгоритм подбора метода контрацепции состоит из 4 этапов:

1. Опрос с целью уточнения соматической и гинекологической патологии, наличия проблем, связанных с образом жизни (например, курение).

2. Измерение артериального давления (АД), подсчет индекса массы тела (ИМТ), обследование молочных желез.

3. Выбор метода гормональной контрацепции на основании приемлемости в соответствии с рекомендациями ВОЗ [13].

Выделяют несколько категорий медицинских критериев для приемлемости контрацепции:

– категория 1: нет ограничений для использования данного метода контрацепции. Использовать метод можно при любых условиях;

– категория 2: преимущества использования метода в целом преобладают над теоретическими или доказанными рисками. Метод используется в большинстве случаев;

– категория 3: теоретические или доказанные риски, как правило, преобладают над преимуществами использования метода. Использовать метод можно только в том случае, если другие методы неприемлемы или недоступны;

– категория 4: применение метода контрацепции представляет собой неприемлемый риск для здоровья. Метод не должен использоваться [13]. Проведенные исследования в США и Европе показали, что женщины, которые используют гормональную контрацепцию чаще выбирают КОК [35]. Однако важно учитывать, что от 2 до 16% женщин репродуктивного возраста имеют медицинские противопоказания к комбинированной гормональной контрацепции [32]. Например, при риске развития венозных тромбозов у женщины он повышается из-за наличия эстрогена в КОК, и таких женщин относят к 3 или 4 категории приемлемости, что означает – прием КОК противопоказан. Риск развития венозных тромбозов значительно возрастает, если женщины старше 35 лет и курят, поскольку в нескольких исследованиях было установлено, что возраст является независимым фактором риска венозных тромбозов. В таких случаях необходимо использовать гормональные контрацептивы, не содержащие эстроген, например, обратимые противозачаточные средства длительного действия, к которым относится ЛНГ – ВМС [33].

В настоящее время гормональные контрацептивы все чаще назначают с лечебной целью. Лечебный эффект связан с центральным и периферическим действием, основанным на подавлении овуляции в результате снижения циклической секреции гонадотропи-

нов и подавлении пролиферации эндометрия и эпителия желез [7]. При этом следует понимать, что лечебный эффект КОК связан с периферическим действием гестагенного компонента.

Классический режим применения КОК «21+7», поддерживающий 28-дневный цикл, предполагает 21 день приема активных (гормональных) таблеток с 7-дневным безгормональным интервалом. Однако исследования показали, что у каждой 4-й пациентки при использовании классического режима на фоне снижения дозы эстрогенов и прогестинов гипоталамо-гипофизарная система может запускать рост фолликулов и созревание яйцеклеток. Эта проблема была решена с помощью увеличения длительности приема активных таблеток до 24 дней, что обеспечивает достаточное подавление развития фолликулов, уменьшение гормональных колебаний и повышение эффективности контрацепции при использовании препарата с низкой дозой [16, 27, 28]. На данный момент существует несколько схем, поддерживающих 28-дневный цикл: 24+4, 26+2. Эти схемы имеют меньше дней без гормонов, а именно 4 и 2 дня соответственно. Такие режимы позволяют уменьшить дни менструалоподобных выделений и побочные явления, что улучшает качество жизни женщин [8].

Новое в применении КОК – это расширенный и пролонгированные режимы. *Расширенный режим* подразумевает непрерывный прием активных таблеток КОК на протяжении трех или более месяцев. В настоящее время немецкие гинекологи предпочитают непрерывный прием активных таблеток трех упаковок КОК с последующим семидневным перерывом [28]. *Пролонгированный режим* КОК не имеет перерывов и состоит из непрерывного подавления кровотечения отмены в виде нескольких схем: «72+4», «84+7», «120+4». Этот режим подразумевает прием гормональных таблеток на протяжении 72, 84 либо 120 дней и 4 или 7 дней перерыва с приемом плацебо либо ЕЕ. Такие схемы позволяют максимально эффективно подавить функцию яичников и обеспечить более выраженный лечебный эффект при такой гинекологической патологии, как дисмено-

рея, эндометриоз и др. [8, 28, 34]. В 2002 г. Ассоциацией специалистов по репродукции США (Association of Reproductive Health Professionals – ARHP) и Национальной ассоциацией акушеров и гинекологических сестер был проведен опрос среди участников ежегодных встреч, который показал, что 77% из них рекомендовали пролонгированный режим приема КОК в следующих случаях: эндометриоз (83%), просьба пациенток (79%), образ жизни пациенток (78%), меноррагия (73%), дисменорея (73%) [16].

С целью воспроизведения медикаментозной аменореи, возможности планирования кровотечения отмены и улучшения качества жизни применяются все методы гормональной контрацепции. Современные женщины оценили преимущества отсутствия менструального кровотечения и все чаще используют расширенные и пролонгированные режимы приема КОК [11, 16, 35, 37].

4. Наблюдение за женщиной на протяжении 3–4 месяцев необходимо для оценки переносимости и эффективности используемого метода гормональной контрацепции. При необходимости нужно произвести замену метода гормональной контрацепции.

Преимущества и недостатки, противопоказания (абсолютные и относительные) при любом методе контрацепции для каждой женщины индивидуальны. Приемлемый метод контрацепции подразумевает, что его польза в значительной степени превосходит риск от его использования [19].

В соответствии с критериями приемлемости гормональной контрацепции по ВОЗ выделяют ряд факторов (возраст, курение, ожирение и др.), которые следует учитывать при консультировании пациентки по методу контрацепции.

Согласно медицинским критериям приемлемости методов контрацепции возраст не является ограничением для назначения КОК. Женщины в возрасте от 18 до 40 лет могут использовать любой из видов гормональной контрацепции, так как относятся к 1-й категории приемлемости контрацепции. Целесообразно использовать любой доступный КОК. Появились новые препараты с фолатами: дроспиренон + этинилэстрадиол +

кальция левомефолат. Эти КОК предпочтительны молодым не рожавшим женщинам. Женщинам старше 40 лет в пременопаузальном периоде наиболее рекомендованы ЛНГ – ВМС (до 55 лет и далее), КОК с левоноргестрелом или норэтистероном/ЕЕ меньше ≤ 30 мкг (до 50 лет), либо диеногест/Е2В, либо чистые прогестины [2, 7, 13, 15]. На данный момент диеногест/Е2В имеет более низкий риск развития тромботических и других осложнений на фоне использования эстрадиола валерата. Эстрадиола валерат позволяет быстро купировать атрофические процессы и нормализовать процессы пролиферации эпителия половых органов. При выборе дозы ЕЕ следует учитывать, что при использовании микродозированных КОК возможно снижение МПК, тогда как КОК с 20–30 мкг ЕЕ не имеют такого побочного эффекта и могут даже защищать от потери костной массы, особенно у женщин в возрасте 30 лет и старше [31].

Курение в сочетании с применением КОК является фактором повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Женщин в возрасте < 35 лет относят ко 2-й категории приемлемости использования КОК. Женщин в возрасте ≥ 35 лет при выкуривании < 15 сигарет/день к 3-й категории, при выкуривании ≥ 15 сигарет/день к 4-й категории [13]. Таким пациенткам можно рекомендовать прогестиновые контрацептивы, содержащие дезогестрел 75 мкг или ЛНГ – ВМС. Чистые прогестины не обладают активирующим влиянием на свертывающую систему крови, поэтому их можно рекомендовать курящим женщинам в любом возрасте.

При ожирении (ИМТ ≥ 30 кг/м²) использование КОК относят ко 2-й категории приемлемости вне зависимости от возраста пациентки. Рекомендуется использование КОК с дроспиреноном, который не оказывает действия на углеводный, липидный обмен и систему гемостаза. К ним относятся все препараты низкодозированные и микродозированные, содержащие дроспиренон/ЕЕ. При наличии противопоказаний к КОК рекомендуют прием чистых прогестинов или ЛНГ – ВМС. Оба метода относятся к 1-й категории приемлемости [15].

Современные гормональные контрацептивы признаны безопасными для женщин с неосложненным *сахарным диабетом*. В этом случае рекомендованы низкодозированные КОК, содержащие дросперинон, либо чистые прогестины или ЛНГ – ВМС [8].

Имеющаяся у женщины *артериальная гипертензия* является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при использовании эстрогенсодержащих препаратов, увеличивает риск развития инсульта. По этой причине КОК относят к средствам 3-й категории приемлемости контрацепции. Поэтому данным пациенткам рекомендуется назначать чистые прогестины или ЛНГ – ВМС.

Варикозное расширение вен нижних конечностей не является противопоказанием к применению гормональной контрацепции. КОК, чистые прогестины, ЛНГ – ВМС можно рекомендовать без ограничений, поскольку относятся к 1-й категории приемлемости контрацепции [13, 15].

Гиперандрогения – часто встречаемое эндокринное расстройство в репродуктивном возрасте. Кожные проявления гиперандрогении: акне, гирсутизм, себорея. Основная роль в развитии андрогензависимых поражений кожи принадлежит либо избыточной продукции андрогенов, либо повышенной чувствительности рецепторов кожи к нормальному количеству андрогенов. Возможно назначение КОК с лечебной целью. Данные Кохрановского обзора показали, что наибольшим эффектом обладают КОК, содержащие ципротерона ацетат, хлормадинона ацетат, дроспиренон, диеногест [3, 17, 18, 19].

Ведение пациенток с *аномальными маточными кровотечениями* напрямую связано с применением препаратов гормональной контрацепции. Любое маточное кровотечение, не отвечающее параметрам цикличности менструального цикла женщины репродуктивного возраста, относится к аномальным маточным кровотечениям. Согласно рекомендациям Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO) 2011 года, параметры нормального менструального цикла включают: регулярность (с отклонениями от 2 до 20 дней при наблюдении в течение 12 месяцев), длительность цикла – 24–38 дней,

продолжительность менструального кровотечения – 4,5–8 дней и объем кровопотери – от 5 до 80 мл. Для лечения аномальных маточных кровотечений можно использовать ВМС – ЛНГ, КОК (циклические или пролонгированные режимы), чистые прогестины. КОК рассматривают в качестве «первой линии» гормонального лечения овуляторных и эндометриальных маточных кровотечений. Рекомендуется выбирать препарат, содержащий по меньшей мере 30 мкг ЕЕ (обеспечивает лучший контроль цикла), либо Е2В. При выборе гестагена следует ориентироваться на не-контрацептивные его эффекты с учетом индивидуализации дополнительных потребностей пациентки. Минимальный курс лечения овуляторных аномальных маточных кровотечений эстроген-гестагенными препаратами составляет 6 месяцев [4, 6, 14, 20].

Предменструальный синдром – сложный патологический симптомокомплекс, возникающий за 2–3 и более дней до менструации и проявляющийся различными нейropsychическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, который влияет на качество жизни пациенток и снижает их работоспособность [12]. Частота предменструального синдрома у женщин до 30 лет встречается в 20% случаев, после 30 лет – у каждой второй [3]. Гормональная терапия синдрома патогенетически обоснована, поскольку подавляет овуляцию и циклические процессы в репродуктивной системе, снижает проявления болезни и улучшает качество жизни пациенток. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование показало, что эффективны КОК с дроспиреноном в режиме 24+4 дня, а схема 21+7 дней не продемонстрировала значимые отличия в состоянии пациенток по сравнению с плацебо в режиме 28 дней. Препараты с фолатами (дроспиренон + этинилэстрадиол + кальция левомефолат) назначаются для лечения тяжелой формы предменструального синдрома, т.к. поддержание адекватного уровня фолатов в организме снижает выраженность эмоционально-аффективных симптомов и когнитивных нарушений [1, 12].

Синдром поликистозных яичников является одним из наиболее частых эндокринных синдромов у женщин репродуктивного возраста. Частота встречаемости его колеблется от 5 до 20% [10]. КОК представляют собой варианты лечения первой линии при клинических проявлениях синдрома поликистозных яичников, особенно при нарушениях менструального цикла, гирсутизма и акне. Назначать необходимо КОК, содержащие более низкие дозы этинилэстрадиола и прогестагенный компонент с антиандрогенной активностью (ципротерона ацетат, диеногест, дроспиренон, хлормадион) [21, 26]. Молодым женщинам рекомендовано назначение КОК с содержанием минимального количества эстрогенного компонента – 0,02 мг ЕЕ, 3 мг дроспиренона и активной формы фолатов – метафолина [10]. В проспективном исследовании итальянских специалистов были продемонстрированы существенные преимущества непрерывного режима приёма КОК с дроспиреноном в течение 3–13 циклов с 4-дневным безгормональным перерывом. Перед выбором метода гормональной контрацепции необходимо оценить наличие факторов риска, таких как возраст, курение, ожирение, диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, а также риск тромботических осложнений. При наличии противопоказаний к назначению КОК рекомендуется использовать чистые прогестины или ЛНГ – ВМС [25].

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Миома встречается примерно у 50% всех женщин в течение их жизни, протекает бессимптомно и с симптомами. Консервативная терапия миомы при ее небольших размерах включает использование КОК с преобладанием прогестина, прогестиновые контрацептивы и ЛНГ – ВМС. При этом достигается снижение объема менструального кровотечения, за счет антипролиферативного действия прогестагена стабилизируется или замедляется прогрессирование заболевания [7, 23]. Исследование Driak D et al. (2017) показало, что длительное консервативное лечение КОК (содержащие 0.02 мг ЕЕ и 0.75 мг гестодена), которые содержат низ-

кие дозы ЕЕ с преобладанием прогестинов, может привести к значительному уменьшению объема миомы. Введение ЛНГ – ВМС в полость матки за счет выраженного местного эффекта на очаг не только корректирует гиперполименорею, но и приводит к стойкой стабилизации или уменьшению размеров миомы матки и миоматозных узлов. После применения ЛНГ – ВМС у женщины не нарушается детородная функция и вероятность забеременеть в течение следующих 12 месяцев очень высока [9].

Эндометриоз – хроническое заболевание, которым страдают около 6–12% женщин репродуктивного возраста. Наиболее частые симптомы: боль в области таза, дисменорея, бесплодие. Необходимость длительного сдерживания роста очагов эндометриоза предопределяет длительную гормонотерапию на протяжении репродуктивного и перименопаузального возраста пациенток. КОК и прогестины обычно используются для первоначального лечения большинства женщин с эндометриозом. Комбинации эстрогена и прогестерона или чистый прогестаген приводят к децидуализации эндометриоидной ткани и замедляют прогрессирование заболевания [36]. Использование КОК, содержащих ЕЕ и норэтистерона ацетат, либо дроспиренон, доказало значимое уменьшение дисменореи, уменьшение тазовых болей и диспареунии, а также улучшение качества жизни пациенток с эндометриозом [30]. Чистые прогестины назначаются при распространенных формах эндометриоза с наличием выраженного болевого синдрома, а также при его рецидиве после хирургического лечения. Изучены эффективность лечения эндометриоза такими прогестагенами, как ципротерона ацетат, диеногест, дидрогестерон, гестринон, линестерол, ацетат медроксипрогестерона, ацетат мегестерола и ацетат норэтиндрона. Так, диеногест (2 мг) был одобрен в Европейском Союзе с 2009 года для лечения эндометриоза, утвержден как препарат выбора у женщин со сниженным овариальным резервом, планирующих беременность [22, 24]. Многочисленные исследования показали эффективность ЛНГ – ВМС в ведении пациентов

с эндометриозом без системных побочных явлений [36]. На основании результатов исследования Диваковой Т. С. и Подгорной А. С. (2017) была доказана высокая эффективность применения ЛНГ – ВМС в лечении меноррагий, ассоциированных с аденомиозом, без необходимости выполнения радикального хирургического вмешательства.

Наиболее приемлемыми для женщин-военнослужащих выглядят такие методы гормональной контрацепции, как пролонгированный прием КОК (72+4, 84+7, 120+4), расширенный прием КОК (непрерывный прием активных таблеток КОК на протяжении трех месяцев с последующим семидневным перерывом), использование интравагинальной гормональной системы, прием ежедневно непрерывно чисто прогестиновых пероральных препаратов в течение от нескольких месяцев до нескольких лет и введение ЛНГ – ВМС. Высокая контрацептивная эффективность приема КОК по пролонгированной и расширенной схемам позволяет дополнительно к контрацепции добиться запланированного периода медикаментозной аменореи и менструалоподобного кровотечения в конкретный срок, снизить объем кровопотери и вероятность падения уровня гемоглобина крови, избежать циклических изменений в организме (меноррагия, дисменорея, перивульварный синдром тазовых болей, предменструальный синдром), что особенно важно в период проведения военно-полевых учений, выполнения боевой задачи, длительного нахождения в холодном климате, необходимости физических нагрузок, ненормированного рабочего дня, экстремальных ситуациях, командировках и т.д. Идентично можно охарактеризовать использование чисто прогестиновых контрацептивов орально у женщин-военнослужащих, за исключением случаев межменструального «кровомазанья», когда необходимо изменить выбор вида гормональной контрацепции. Выше перечисленные медикаментозные средства удобны тем, что они просты в применении, имеют гибкий и многомесячный режим использования. Главными преимуществами интравагинальной гормональной системы для женщин-во-

еннослужащих в военно-полевых условиях являются: введение влагалищного кольца только один раз в 3 недели, отсутствие необходимости прибегать к помощи медицинского персонала для введения системы во влагалище, не требуется ежедневный контроль приема таблеток, имеется лучшая переносимость с минимальным количеством побочных эффектов в сравнении с КОК. Гормональная контрацепция ЛНГ – ВМС по рекомендациям ВОЗ считается одной из самых эффективных и безопасных способов обратимой контрацепции длительного действия (в течение 3–5 и более лет). Отсутствие системных побочных эффектов, одномоментность процедуры по внутриматочному введению устройства, ряд нормализующих антипролиферативных эффектов на эндометрий и миометрий, возможность обеспечивать медикаментозную аменорею позволяют с успехом применять этот метод у женщин-военнослужащих после 35–40 лет при наличии гинекологических заболеваний (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, меноррагия) и сопутствующей соматической патологии или неблагоприятных факторов риска применения КОК (курение, риск тромбозов и эмболий, метаболические нарушения, сахарный диабет, возраст после 40 лет). Одномоментность введения ЛНГ – ВМС в матку в условиях учреждения здравоохранения позволяет не беспокоиться пациентке о необходимости закупки КОК в условиях ограниченного доступа к аптечной сети, доступа к врачу акушеру-гинекологу, о необходимости ежедневного приема таблеток в определенное время суток, о необходимости контролировать менструалоподобное кровотечение, «кровомазанье». Методика применения ЛНГ – ВМС предопределяет неограниченный период длительности контрацепции и лечебного неконтрацептивного эффекта за счет вариабельности сроков нахождения системы в матке от 3 до 5 лет с возможностью повторного введения системы 2- и 3-кратно. Именно такая длительность контрацепции и локальное воздействие левоноргестрела обеспечивают приостановку прогрессирования гинекологических заболеваний и не-

обходимость хирургического лечения, что сохраняет качество жизни пациентки и возможность непрерывного несения военной службы наравне с мужчинами.

Таким образом, консультирование и персонализированный выбор врачами войскового звена совместно с пациенткой, имею-

щей профессию военнослужащий, метода контрацепции является залогом успешного функционирования современных Вооруженных Сил любого государства, сохранения репродуктивного здоровья, планирование расширения семьи, поддержание высокого качества жизни.

Литература

1. Андреева, Е. Н. Предменструальный синдром: обзор литературы / Е. Н. Андреева, Ю. С. Абсатарова // Гинекология. – 2019. – Т. 21, № 2. – С. 38–43. DOI: 10.26442/20795696.2019.2.190341
2. Артымук, Н. В. Особенности контрацепции у женщин позднего репродуктивного возраста / Н. В. Артымук, О. А. Тачкова, Т. Ю. Марочко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2020. – №3(82). – С. 4–9. DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10028
3. Байрамова, Г. Р. Современный подход к выбору контрацепции с учетом индивидуальных потребностей женщин в разные периоды жизни / Г. Р. Байрамова [и др.] // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучение. – 2016. – № 1. – С. 27–30.
4. Блесманович, А. Е. Внутриматочная контрацепция: плюсы и минусы современного применения / А. Е. Блесманович, А. Г. Алехина, Ю. А. Петров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 9. – С. 159–163.
5. Дивакова, Т. С. Индивидуализация ведения пациенток с эндометриозом матки на основе использования левоноргестрелсодержащей внутриматочной системы и гистерорезектоскопической абляции эндометрия / Т. С. Дивакова, А. С. Подгорная // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – № 4 (54). – С. 22–27.
6. Дикке, Г. Б. Терапевтическая тактика при аномальных маточных кровотечениях, не связанных со структурными аномалиями матки / Г. Б. Дикке // Медицинский совет. – 2018. – № 21. – С. 168–172. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-21-168-172.
7. Доброхотова, Ю. Э. Персонализированный подход к выбору контрацептива: взвешиваем все за и против / Ю. Э. Доброхотова, Е. И. Боровкова // Гинекология. – 2017. – Т. 19, № 3. – С. 40–44. DOI: 10.26442/2079-5696_19.3.40-44
8. Довлетханова, Э. Р. Вопросы приемлемости и безопасности при выборе комбинированных оральных контрацептивов / Э. Р. Довлетханова, А. Н. Мгерян, П. Р. Абакарова // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 4. – С. 79–86. DOI: 10.18565/aig.2019.4.79-86
9. Коваленко, И. И. Клиническая эффективность гестагенов у пациенток с миомой матки и гиперполименореей / И. И. Коваленко, Л. В. Сутурина // Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – № 3 (85), часть 1. – С. 18–20.
10. Красильникова, А. К. Преимущества фолатсодержащих комбинированных оральных контрацептивов при лечении синдрома поликистозных яичников / А. К. Красильникова, Д. А. Малышкина // Акушерство и гинекология. – 2019. – № 9. – С. 182–186. DOI: 10.18565/aig.2019.9.182-186
11. Кузнецова, И. В. Управление менструальным циклом — новая концепция применения комбинированных оральных контрацептивов / И. В. Кузнецова, Д. И. Бурчаков // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 2, № 10. – С. 40–47.
12. Лисицына, О. И. Предменструальный синдром новые возможности терапии / О. И. Лисицына, Е. Г. Хилькевич // Медицинский совет. – 2017. – № 13. – С. 50–53.
13. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. Женева: ВОЗ; 2015.
14. Моргунов, Р. А. Лечебные эффекты комбинированных оральных контрацептивов / Р. А. Моргунов, Е. Н. Кравченко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 2 (69). – С. 4–8.
15. Олина, А. А. Гормональная контрацепция: алгоритм выбора / А. А. Олина, Т. А. Метелева // РМЖ. Мать и дитя. – № 2. – С. 76–82. DOI: 10.32364/2618-8430-2019-2-2-76-82
16. Пестрикова, Т. Ю. Современный взгляд на пролонгированный режим использования комбинированных оральных контрацептивов (обзор литературы) / Т. Ю. Пестрикова, Е. А. [и др.] // Consilium medicum. – 2018. – Т. 20, № 6. – С. 70–74. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.70-74
17. Саидова, Р. А. Клинические аспекты применения комбинации ципротерона ацетат-этинилэстрадиол / Р. А. Саидова // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 232–236.
18. Серов, В. Н. Гормональная контрацепция / В. Н. Серов // Русский медицинский журнал. – 2005. – № 17. – С. 1107–1109.
19. Уварова, Е. В. Гормональная контрацепция: что это такое, какой она бывает, зачем и кому она нужна, как ее применять? / Е. В. Уварова // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2011. – № 1. – С. 14–24.
20. Унанян, А. Л. Неконтрацептивные эффекты комбинированных оральных контрацептивов: преимущества и риски применения / А. Л. Унанян [и др.] // Гинекология. – 2017. – Т. 19, № 2. – С. 69–74.
21. Чернуха, Г. Е. Возможности терапии и вторичной профилактики полипов эндометрия / Г. Е. Чернуха, И. А. Иванов, М. Р. Думановская // Акушерство и гинекология. – 2020. – Т. 8, № 2. – С. 96–102. DOI: 10.24411/2303-9698-2020-12009
22. Ярмолинская, М. И. Возможности терапии диеногестом 2 мг у больных наружным генитальным эндометриозом / М. И. Ярмолинская, М. С. Флорова // Проблемы репродукции. – 2017. – № 23 (1). – С. 70–79. DOI: 10.17116/repro201723170-79
23. Ahmed El-Balat Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature / Ahmed El-Ba-

lat [et al.] // *BioMed Research International*. – 2018. – Vol. 2018. – P. 1–6. DOI:10.1155/2018/4593875

24. *Ally Murji* Use of dienogest in endometriosis: a narrative literature review and expert commentary / Ally Murji [et al.] // *Current Medical Research and Opinion*. – 2020. – Vol. 36, № 5. – P. 895–907. DOI: 10.1080/03007995.2020.1744120

25. *Anderson Sanches de Melo* Hormonal contraception in women with polycystic ovary syndrome: choices, challenges, and noncontraceptive benefits / Anderson Sanches de Melo [et al.] // *Journal of Contraception*. – 2017. – Vol. 8. – P. 13–23. doi: 10.2147/OAJC.S85543

26. *Anuja Dokras* Noncontraceptive use of oral combined hormonal contraceptives in polycystic ovary syndrome—risks versus benefits / Anuja Dokras // *Fertility and sterility*. – 2016. – Vol. 106, № 7. – P. 1572–1579. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.027

27. *Christine Klipping* Suppression of ovarian activity with a drospirenone-containing oral contraceptive in a 24/4 regimen / Christine Klipping [et al.] // *Contraception*. – 2008. – Vol. 78, № 1. – P. 16–25. DOI:10.1016/j.contraception.2008.02.019.

28. *Christine M. Read* New regimens with combined oral contraceptive pills – moving away from traditional 21/7 cycles / Christine M. Read // *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. – 2010. – Vol. 15. – P. S32–S41. DOI: 10.3109/13625187.2010.529969

29. *Driak D* Effect of Progestin-Dominant Combined Oral Contraception on Uterine Fibroid Development / Driak D [et al.] // *Austin Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2017. – Vol. 4, № 3. – P. 1077.

30. *Giovanni Grandi* Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review / Giovanni Grandi [et al.] // *The European Journal of Contraception &*

Reproductive Health Care. – 2019. – Vol. 24, № 1. – P. 61–70. DOI:10.1080/13625187.2018.1550576

31. *Hadji, P.* Bone health in estrogen-free contraception / P. Hadji, E. Colli, P.-A. Regidor // *Osteoporosis International*. – 2019. – Vol. 30. – P. 2391–2400. DOI:10.1007/s00198-019-05103-6

32. *Hanna Xu* Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception / Hanna Xu Palacios [et al.] // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. – 2014. – Vol. 210, № 3. – P. 210.E1-210.E5. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.11.023

33. *Julianne R. Lauring* Combined hormonal contraception use in reproductive-age women with contraindications to estrogen use / Julianne R. Lauring [et al.] // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. – 2016. – Vol. 215, № 3. – P. 330.e1–330.e7. DOI:10.1016/j.ajog.2016.03.047

34. *Leslie A. Christopher* Women in War: Operational Issues of Menstruation and Unintended Pregnancy / Leslie A. Christopher, Leslie Miller // *Military Medicine*. – 2007. – Vol. 172, № 1. – P. 9–16. DOI:10.7205/MILMED.172.1.9

35. *Rossella E. Nappi* Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: the National Health and Wellness Survey / Rossella E. Nappi [et al.] // *BMC Women's Health*. – 2018. – Vol. 18, № 22. – P. 1–8. DOI 10.1186/s12905-017-0508-6

36. *Saima Rafique* Medical management of endometriosis / Saima Rafique, Alan H DeCherney // *Clinical Obstetrics and Gynecology*. – 2017. – Vol. 6, № 3. – P. 485–496. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000292

37. *Varsha Jain* Medically induced amenorrhea in female astronauts / Varsha Jain, Virginia E Wotring // *Microgravity*. – 2016. – № 2. – P. 1–6. DOI:10.1038/njmggrav.2016.8

References

1. *Andreeva, E. N.* Predmenstrual'nyj sindrom: obzor literatury / E. N. Andreeva, Yu. S. Absatarova // *Ginekologiya*. – 2019. – T. 21, № 2. – S. 38–43. DOI: 10.26442/20795696.2019.2.190341

2. *Artyuk, N. V.* Osobennosti kontracepcii u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta / N. V. Artyuk, O. A. Tachkova, T. Yu. Marochko // *Mat' i Ditya v Kuzbasse*. – 2020. – No 3(82). – S. 4–9. DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10028

3. *Bajramova, G. R.* Sovremennyy podhod k vyboru kontracepcii s uchetom individual'nyh potrebnoy zhenshchin v raznye periody zhizni / G. R. Bajramova [i dr.] // *Akusherstvo i ginekologiya: Novosti. Mneniya. Obuchenie*. – 2016. – № 1. – S. 27–30.

4. *Blesmanovich, A. E.* Vnutrimatochnaya kontracepciya: plyusy i minusy sovremennoy primeneniya / A. E. Blesmanovich, A. G. Alekhina, Yu. A. Petrov // *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij*. – 2018. – № 9. – S. 159–163.

5. *Divakova, T. S.* Individualizaciya vedeniya pacientok s endometriozom matki na osnove ispol'zovaniya levonorgestrelsoderzhashchej vnutrimatochnoj sistemy i gisterorezektoskopicheskoj ablacii endometriya /

T. S. Divakova, A. S. Podgornaya // *Problemy zdorov'ya i ekologii*. – 2017. – № 4(54). – S. 22–27.

6. *Dikke, G. B.* Terapevticheskaya taktika pri anomal'nyh matochnykh krvotekheniyah, ne svyazannyh so strukturnymi anomalijami matki / G. B. Dikke // *Medicinskij sovet*. – 2018. – № 21. – S. 168–172. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-21-168-172.

7. *Dobrohotova, Yu. E.* Personalizirovannyj podhod k vyboru kontraceptiva: vzheshivaem vse za i protiv / Yu. E. Dobrohotova, E. I. Borovkova // *Ginekologiya*. – 2017. – T. 19, № 3. – S. 40–44. DOI: 10.26442/2079-5696_19.3.40-44

8. *Dovlethanova, E. R.* Voprosy priemlemosti i bezopasnosti pri vybore kombinirovannyh oral'nyh kontraceptivov / E. R. Dovlethanova, A. N. Mgeryan, P. R. Abakarova // *Akusherstvo i ginekologiya*. – 2019. – № 4. – S. 79–86. DOI: 10.18565/aig.2019.4.79-86

9. *Kovalenko, I. I.* Klinicheskaya effektivnost' gestagenov u pacientok s miomoy matki i giperpolimenoreej / I. I. Kovalenko, L. V. Suturina // *Acta Biomedica Scientifica*. – 2012. – № 3(85), chast' 1. – S. 18–20.

10. *Krasil'nikova, A. K.* Preimushchestva folat-soderzhashchih kombinirovannyh oral'nyh kontraceptivov pri lechenii sindroma polikistoznyh yaichnikov / A. K. Krasil'nikova, D. A. Malysheva // *Akusherst-*

vo i ginekologiya. – 2019. – № 9. – S. 182–186. DOI: 10.18565/aig.2019.9.182-186

11. *Kuznecova, I. V.* Upravlenie menstrual'nym ciklom – novaya koncepciya primeneniya kombinirovannykh oral'nykh kontraceptivov / I. V. Kuznecova, D. I. Burchakov // Medicinskij alfavit. – 2017. – T. 2, № 10. – S. 40–47.

12. *Lisicyna, O. I.* Predmenstrual'nyj sindrom novye vozmozhnosti terapii / O. I. Lisicyna, E. G. Hil'kevich // Medicinskij sovet. – 2017. – № 13. – S. 50–53.

13. *Medicinskie kriterii priemlemosti ispol'zovaniya metodov kontracepcii.* Zheneva: VOZ; 2015.

14. *Morgunov, R. A.* Lechebnye efekty kombinirovannykh oral'nykh kontraceptivov / R. A. Morgunov, E. N. Kravchenko // Mat' i ditya v Kuzbasse. – 2017. – № 2 (69). – S. 4–8.

15. *Olina, A. A.* Gormonal'naya kontracepciya: algoritm vybora / A. A. Olina, T. A. Meteleva // RMZH. Mat' i ditya. – № 2. – S. 76–82. DOI: 10.32364/2618-8430-2019-2-2-76-82

16. *Pestrikova, T. Yu.* Sovremennyy vzglyad na prolongirovannyj rezhim ispol'zovaniya kombinirovannykh oral'nykh kontraceptivov (obzor literatury) / T. Yu. Pestrikova, E. A. [i dr.] // Consilium medicum. – 2018. – T. 20, № 6. – S. 70–74. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.70-74

17. *Saidova, R. A.* Klinicheskie aspekty primeneniya kombinacii ciproterona acetat-etinilestradiol / R. A. Saidova // Russkij medicinskij zhurnal. – 2001. – № 6. – S. 232–236.

18. *Serov, V. N.* Gormonal'naya kontracepciya / V. N. Serov // Russkij medicinskij zhurnal. – 2005. – № 17. – S. 1107–1109.

19. *Uvarova, E. V.* Gormonal'naya kontracepciya: chto eto takoe, kakoj ona byvaet, zachem i komu ona nuzhna, kak ee primenyat'? / E. V. Uvarova // Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya. – 2011. – № 1. – S. 14–24.

20. *Unyanan, A. L.* Nekontraceptivnye efekty kombinirovannykh oral'nykh kontraceptivov: preimushchestva i riski primeneniya / A. L. Unyanan [i dr.] // Ginekologiya. – 2017. – T. 19, № 2. – S. 69–74.

21. *Chernuha, G. E.* Vozmozhnosti terapii i vtorichnoj profilaktiki polipov endometriya / G. E. Chernuha, I. A. Ivanov, M. R. Dumanovskaya // Akusherstvo i ginekologiya. – 2020. – T. 8, № 2. – S. 96–102. DOI: 10.24411/2303-9698-2020-12009

22. *Yarmolinskaya, M. I.* Vozmozhnosti terapii dienogestom 2 mg u bol'nykh naruzhnym genital'nym endometriozom / M. I. Yarmolinskaya, M. S. Florova // Problemy reprodukcii. – 2017. – № 23(1). – S. 70–79. DOI: 10.17116/repro201723170-79

23. *Ahmed El-Balat* Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature / Ahmed El-Balat [et al.] // BioMed Research International. – 2018. – Vol. 2018. – P. 1–6. DOI:10.1155/2018/4593875

24. *Ally Murji* Use of dienogest in endometriosis: a narrative literature review and expert commentary / Ally Murji [et al.] // Current Medical Research and Opinion. – 2020. – Vol. 36, № 5. – P. 895–907. DOI:10.1080/03007995.2020.1744120

25. *Anderson Sanches de Melo* Hormonal contraception in women with polycystic ovary syndrome: choices, challenges, and noncontraceptive benefits / Anderson

Sanches de Melo [et al.] // Journal of Contraception. – 2017. – Vol. 8. – P. 13–23. doi: 10.2147/OAJC.S85543

26. *Anuja Dokras* Noncontraceptive use of oral combined hormonal contraceptives in polycystic ovary syndrome—risks versus benefits / Anuja Dokras // Fertility and sterility. – 2016. – Vol. 106, № 7. – P. 1572–1579. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.027

27. *Christine Klipping* Suppression of ovarian activity with a drospirenone-containing oral contraceptive in a 24/4 regimen / Christine Klipping [et al.] // Contraception. – 2008. – Vol. 78, № 1. – P. 16–25. DOI:10.1016/j.contraception.2008.02.019.

28. *Christine M. Read* New regimens with combined oral contraceptive pills – moving away from traditional 21/7 cycles / Christine M. Read // The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. – 2010. – Vol. 15. – P. S32–S41. DOI: 10.3109/13625187.2010.529969

29. *Driak D* Effect of Progestin-Dominant Combined Oral Contraception on Uterine Fibroid Development / Driak D [et al.] // Austin Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2017. – Vol. 4, № 3. – P. 1077.

30. *Giovanni Grandi* Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review / Giovanni Grandi [et al.] // The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. – 2019. – Vol. 24, № 1. – P. 61–70. DOI:10.1080/13625187.2018.1550576

31. *Hadji, P.* Bone health in estrogen-free contraception / P. Hadji, E. Colli, P.-A. Regidor // Osteoporosis International. – 2019. – Vol. 30. – P. 2391–2400. DOI:10.1007/s00198-019-05103-6

32. *Hanna Xu* Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception / Hanna Xu Palacios [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2014. – Vol. 210, № 3. – P. 210.E1-210.E5. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.11.023

33. *Julianne R. Luring* Combined hormonal contraception use in reproductive-age women with contraindications to estrogen use / Julianne R. Luring [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2016. – Vol. 215, № 3. – P. 330.e1–330.e7. DOI:10.1016/j.ajog.2016.03.047

34. *Leslie A. Christopher* Women in War: Operational Issues of Menstruation and Unintended Pregnancy / Leslie A. Christopher, Leslie Miller // Military Medicine. – 2007. – Vol. 172, № 1. – P. 9–16. DOI:10.7205/MILMED.172.1.9

35. *Rossella E. Nappi* Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: the National Health and Wellness Survey / Rossella E. Nappi [et al.] // BMC Women's Health. – 2018. – Vol. 18, № 22. – P. 1–8. DOI 10.1186/s12905-017-0508-6

36. *Saima Rafique* Medical management of endometriosis / Saima Rafique, Alan H DeCherney // Clinical Obstetrics and Gynecology. – 2017. – Vol. 6, № 3. – P. 485–496. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000292

37. *Varsha Jain* Medically induced amenorrhea in female astronauts / Varsha Jain, Virginia E Wotring // Microgravity. – 2016. – № 2. – R. 1–6. DOI:10.1038/njpmgrav.2016.8

Поступила 22.01.2022