

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  $\leq 30$  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  $\geq 35$  лет при выкуривании  $< 15$  сигарет/день к 3-й категории, при выкуривании  $\geq 15$  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  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) 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 // *PMЖ. 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 vybere 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 kombinirovannyh oral'nyh 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 kombinirovannyh oral'nyh 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 prolono-girovannyj rezhim ispol'zovaniya kombinirovannyh oral'nyh 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 kombinirovannyh oral'nyh 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'nyh 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