



Грудницкая Е.Н.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения  
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

## Современный подход к гормональной терапии обильных маточных кровотечений

**Конфликт интересов:** не заявлен.

Подана: 12.09.2025

Принята: 13.10.2025

Контакты: [grudnickaja@mail.ru](mailto:grudnickaja@mail.ru)

### Резюме

В данной публикации рассматриваются статистические сведения о распространенности и воздействии обильных маточных кровотечений на женское здоровье. Представлены современные системы классификации расстройств менструального цикла и наиболее эффективные способы терапии. Обобщены результаты многолетних международных исследований использования комбинированного орального контрацептива (КОК), включающего хлормадинона ацетат (ХМА), в терапии меноррагий. В настоящее время собрано значительное количество данных о влиянии составляющих КОК с ХМА на женский организм, что дает возможность персонализировать назначение данных лекарственных средств пациенткам, нуждающимся в контрацепции и страдающим различными гинекологическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** аномальные маточные кровотечения, обильные маточные кровотечения, полименорея, дисменорея, хлормадинона ацетат

Grudnitskaya E.

Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## A Modern Approach to Hormone Therapy of Heavy Uterine Bleeding

**Conflict of interest:** nothing to declare.

Submitted: 12.09.2025

Accepted: 13.10.2025

Contacts: [grudnickaja@mail.ru](mailto:grudnickaja@mail.ru)

### Abstract

This publication reviews statistical information on the prevalence and impact of heavy uterine bleeding (OMC) on women's health. Modern systems of classification of menstrual cycle disorders and the most effective methods of therapy are presented. The results of long-term international studies on the use of a combined oral contraceptive

(COCs), including chlormadinone acetate (CMA), in the treatment of menorrhagia are summarized. Currently, a significant amount of data has been collected on the effect of the components of COCs with CMA on the female body, which makes it possible to personalize the appointment of these medicines to patients in need of contraception and suffering from various gynecological diseases.

**Keywords:** abnormal uterine bleeding, heavy uterine bleeding, polymenorrhea, dysmenorrhea, chlormadinone acetate

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Различные нарушения менструального цикла у женщин детородного возраста объединяет комплексный медицинский термин «аномальное маточное кровотечение» (АМК). Эти нарушения затрагивают ключевые параметры менструации: частоту, регулярность, продолжительность и обильность кровотечения, при этом исключая беременность как причину. Важно понимать, что АМК – это не конкретное заболевание, а скорее собирательный термин, охватывающий широкий спектр отклонений от нормы. К ним относятся обильные маточные кровотечения (ОМК), когда количество выделяемой крови значительно превышает норму, а также нерегулярные кровотечения, которые происходят с непредсказуемой периодичностью – межменструальные кровотечения (ММК). Кроме того, в понятие АМК входят изменения длительности менструального цикла – циклы, короче 24 или длиннее 38 дней [1]. Статистические данные свидетельствуют о высокой распространенности АМК. По оценкам Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи (NICE), до одной трети женщин репродуктивного возраста сталкиваются с подобными нарушениями в течение жизни [2]. Это создает значительную нагрузку не только на самих женщин, испытывающих физический и психологический дискомфорт, но и на их семьи, которые вынуждены нести дополнительные расходы на лечение и уход. Кроме того, АМК представляет собой существенную проблему для системы здравоохранения в целом, требуя значительных ресурсов для оказания медицинской помощи.

Для повышения точности диагностики и унификации подходов к лечению проводилась и продолжает проводиться работа по систематизации и уточнению терминологии АМК. Первый пересмотр классификации был осуществлен в 2007 г., за ним последовали обновления от Международной федерации акушерства и гинекологии (FIGO) в 2011 г. и 2018 г. [1]. Эти обновления отражают эволюцию понимания этиологии и патогенеза АМК, а также стремление к более точной и всеобъемлющей классификации различных типов нарушений. Имеются данные, указывающие на то, что по меньшей мере каждая третья женщина сталкивается с АМК в течение репродуктивного возраста, а, по оценкам экспертов, менструирует около половины населения планеты. Тем не менее реальная картина распространенности АМК может быть еще более тревожной [3, 4]. С нарушением менструального здоровья связаны многие аспекты жизни женщины. Глобально АМК приводит к ухудшению физического, психического, социального, эмоционального и финансового благополучия. Недавние исследования, основанные на анкетировании женщин, показывают, что ОМК могут быть диагностированы более чем у 50% женщин репродуктивного возраста [5, 6].

Это существенно увеличивает предполагаемый процент женщин, страдающих АМК, и говорит о том, что прежние оценки, указывающие на одну треть, вероятно, заметно занижены.

Таким образом, можно сделать вывод, что и АМК в целом, и ОМК в частности являются масштабными проблемами здравоохранения с потенциально далеко идущими последствиями. ОМК влияет на физическое, эмоциональное, социальное или материальное качество жизни женщины. У большинства женщин тяжелое менструальное кровотечение может вызвать железодефицитную анемию, которая является одной из основных причин низкого качества жизни. Необходимы дальнейшее совершенствование методов диагностики, повышение осведомленности как среди женщин, так и среди медицинских работников для более раннего выявления и эффективного лечения этого распространенного нарушения менструального цикла. Современный подход к решению проблемы ОМК может помочь снизить значительную нагрузку на женщин, их семьи и общество в целом, предлагая индивидуальный подбор качественного лечения.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Систематизировать данные литературы о современном состоянии проблемы обильных менструаций, а также об эффективности применения комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего хлормадинона ацетат (ХМА) и этинилэстрадиол, при обильных менструальных кровотечениях.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обзор литературы осуществлялся с использованием данных PubMed, Google Scholar, Medline с глубиной поиска 15 лет. Для поиска вводились специфические слова и словосочетания: «аномальные маточные кровотечения», «обильные маточные кровотечения», «полименорея», «хлормадинона ацетат», «Белара». Всего было обнаружено 95 источников, из которых в обзор включены 36 публикаций. Все найденные статьи были тщательно оценены, полученные данные проанализированы. Первичной конечной точкой анализа данных литературы была оценка современного состояния проблемы ОМК. Вторичной конечной точкой – эффективность гормональной терапии при ОМК.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

### **Современный взгляд на проблему обильных маточных кровотечений**

Обильное маточное кровотечение (код по МКБ-10 N92) – это чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины [2]. От полового созревания до менопаузы ОМК является распространенной жалобой среди женщин [7].

Функционирование сложной репродуктивной системы во многом определяется событиями пубертатного периода. Одним из наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье в этот критический период развития, являются ОМК. Их распространенность среди подростков настолько высока, что более половины всех обращений молодых девушек к гинекологу связаны именно с этой проблемой [8]. Статистика неумолимо указывает на то, что ОМК чаще

всего возникают в первые три года после менархе, становясь серьезным препятствием на пути к полноценному репродуктивному будущему. Понимание причин возникновения ОМК у подростков требует глубокого погружения в физиологию. В основе патогенеза лежит, как правило, дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы – сложного нейроэндокринного комплекса, ответственного за регуляцию гормонального фона и репродуктивной функции. В пубертатном периоде эта система находится в стадии активного формирования [9]. Незрелость гипофизотропных структур гипоталамуса проявляется в нестабильной выработке гонадотропин-рилизинг-гормонов (ГнРГ) – ключевых регуляторов секреции гонадотропинов гипофизом. Нарушение циркадного ритма выделения ГнРГ приводит к нерегулярному, нециклическому образованию и высвобождению гонадотропинов – лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), которые в свою очередь регулируют рост и созревание фолликулов в яичниках. Ановуляторные ОМК, наиболее распространенный тип ОМК у подростков, связаны с двумя основными патологическими процессами: персистенцией и атрезией фолликулов. Персистенция фолликулов означает, что один или несколько фолликулов, достигнув определенной степени зрелости, не овулируют (не происходит высвобождения яйцеклетки), а продолжают существовать, выделяя повышенные количества эстрогенов. Этот избыток эстрогенов стимулирует чрезмерную пролиферацию (разрастание) эндометрия – слизистой оболочки матки. Эта фаза характеризуется временной аменореей (отсутствием менструаций), которая может длиться от 6 до 8 недель. Постепенно уровень эстрогенов снижается, что приводит к отторжению гиперплазированного эндометрия и к возникновению пролонгированного, зачастую обильного кровотечения. При атрезии фолликулов ситуация несколько иная. В яичниках одновременно созревает множество фолликулов, но ни один из них не достигает полной зрелости и подвергается обратному развитию (атрезии). Это также нарушает нормальный менструальный цикл и приводит к развитию ановуляторных ОМК. Важно понимать, что как персистенция, так и атрезия фолликулов являются следствием первичных нарушений в работе гипоталамо-гипофизарной системы, вызванных ее незрелостью в пубертатном возрасте [9]. В итоге ОМК в пубертатном периоде – это не просто «сильное кровотечение», а симптом глубоких гормональных нарушений, которые могут иметь долгосрочные последствия для репродуктивного здоровья. Женщины, пережившие ОМК в подростковом возрасте, имеют повышенный риск развития гормонально-зависимых заболеваний, нарушений менструального цикла и проблем с зачатием в будущем. Поэтому своевременная диагностика и лечение ОМК у подростков являются крайне важными для предотвращения серьезных осложнений и обеспечения здоровья женщины на протяжении всей ее жизни. Необходимо помнить, что каждый случай ОМК индивидуален и требует тщательного обследования для установления причины и назначения адекватной терапии.

У женщин детородного возраста ОМК является распространенной патологией, частота которой существенно варьирует в зависимости от географического региона и этнической принадлежности. Статистические данные указывают на колебания от 10 до 40% случаев среди женщин репродуктивного периода жизни [10–12]. Причины ОМК могут быть весьма разнообразны, разделяясь на органические (связанные с анатомическими изменениями в органах репродуктивной системы)

и функциональные (обусловленные гормональными нарушениями или другими неструктурными факторами).

Для систематизации и классификации причин АМК в 2011 г. была разработана, а в 2018 г. пересмотрена Международной федерацией гинекологов и акушеров (FIGO) классификационная система PALM-COEIN [1]. Эта система делит причины АМК на девять основных категорий, объединенных в удобную mnemonicскую аббревиатуру. АМК-P – полипы эндометрия, их наличие легко обнаруживается при помощи визуализирующих методов исследования, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ). АМК-A – аденомиоз, который также выявляется с помощью визуализирующих методов. АМК-L – лейомиомы, как правило, легко обнаруживаются с помощью УЗИ, КТ или МРТ. АМК-M – гиперплазия и рак эндометрия, диагностика которых требует гистологического исследования образцов ткани эндометрия, полученных при биопсии или выскабливании. АМК-C – коагулопатия, которая не визуализируется при помощи обычных методов исследования и требует специальных коагулологических анализов; нарушения свертываемости крови могут приводить к длительным и обильным кровотечениям. АМК-O – овуляторная дисфункция, которая является одной из наиболее распространенных причин, составляя, по некоторым данным, до 76% случаев ОМК. АМК-E – эндометриальные нарушения, которые охватывают широкий спектр патологических процессов, затрагивающих эндометрий. Механизмы этих нарушений могут быть различными и часто остаются не до конца выясненными. Сюда входят проблемы с рецепцией гормонов, ангиогенезом, измененным синтезом простагландинов, ускоренным лизисом сгустков крови из-за избыточной продукции активатора плазминогена и другими нарушениями. Диагностика причин АМК, связанных с дисфункцией эндометрия, представляет значительные трудности. Часто требуется комплексное обследование, включающее гормональные анализы, гистологическое исследование и другие методы. АМК-I – ятрогенные причины – в этой категории учитываются побочные эффекты лекарственных средств или медицинских манипуляций. АМК-N – не классифицированные иным образом причины; эта категория постоянно пересматривается, так как по мере развития науки и технологий появляется возможность уточнять причины ранее не классифицированных кровотечений [1].

Менструальное кровотечение (как нормальное, так и аномальное) на сегодняшний день рассматривается с позиции воспалительных процессов в эндометрии. Традиционно начало менструации связывают с резким падением концентрации эстрогенов и прогестерона, обусловленным регрессом желтого тела. Считается, что снижение уровня прогестерона в предменструальный период является ключевым фактором, инициирующим процессы разрушения и отторжения эндометрия на фоне гипоксии и воспаления с последующим восстановлением его функционального слоя [13]. Падение уровня прогестерона перед менструацией приводит к усилению выработки провоспалительных цитокинов, которые регулируют привлечение лейкоцитов в эндометрий в этот период. Приблизительно 40% всех клеток стромы эндометрия в предменструальный период составляют лейкоциты [14, 15]. К другим типам клеток, играющих важную роль в индукции менструального кровотечения, относятся макрофаги, тучные клетки, дендритные клетки, нейтрофилы, эозинофилы и регуляторные Т-лимфоциты. Убедительно показано, что тучные клетки эндометрия,

высокоспециализированные иммунные клетки, функционирующие как автономные железы, играют ключевую роль в воспалительных реакциях, возникающих в ткани эндометрия. Активация (дегрануляция) тучных клеток сопровождается высвобождением протеаз, что приводит к повреждению базальной мембраны сосудов, повышению их проницаемости, активации факторов роста, протеолитических ферментов и матриксных металлопротеиназ. Совместное действие этих факторов запускает деградацию внеклеточного матрикса. Считается, что четкое взаимодействие иммунных клеток и их медиаторов играет определяющую роль в процессах восстановления эндометрия [14–16]. Напротив, нарушение координации этих механизмов может приводить к нарушениям рецептивности и другим функциональным изменениям эндометрия, что является патогенетической основой для возникновения ОМК. В большинстве случаев ОМК могут сопутствовать первичной дисменорее, которая развивается из-за нарушения координации сократительной активности миометрия, недостаточного кровоснабжения и повышенного уровня провоспалительных веществ. ОМК рассматриваются как один из ключевых факторов, повышающих вероятность развития первичной дисменореи [17, 18]. Ранее считалось, что у женщин с ОМК и дисменореей, испытывающих изменение настроения и поведения, а также снижение когнитивных функций и концентрации, эти симптомы связаны с дефицитом железа. Однако современные исследования все чаще указывают на то, что воспалительные реакции играют важную роль в патогенезе этих состояний.

### **Эффективность методов лечения обильных маточных кровотечений**

Терапевтический подход к лечению ОМК охватывает широкий спектр медикаментозных средств, как негормональных, так и гормональных, направленных на прекращение кровотечений и нормализацию менструального цикла.

Негормональная терапия включает применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), эффективность которых оценивается как умеренная. Исследования показывают, что НПВС могут снизить кровопотерю в среднем на 25–58%. Механизм их действия заключается в подавлении циклооксигеназы, что приводит к снижению синтеза простаглицина, вещества, препятствующего агрегации тромбоцитов [19]. Таким образом, НПВС скорее облегчают симптомы и купируют проявления дисменореи, чем устраняют причину ОМК. Из-за их ограниченной эффективности рекомендуется комбинировать НПВС с препаратами прогестерона или КОК [20]. Другой группой негормональных препаратов являются ингибиторы фибринолиза. Транексамовая кислота, синтетический аналог лизина, является эффективным и относительно безопасным средством для уменьшения кровопотери, снижая ее в среднем на 40–60%. Противопоказанием к применению транексамовой кислоты является наличие тромбозов в анамнезе. Механизм действия препарата основан на обратимом блокировании плазминогена и предотвращении разрушения фибрина [1].

Гормональное воздействие с использованием агонистов ГнРГ не рассматривается как основное решение при ОМК, их применение ограничено конкретными случаями в качестве альтернативной терапии. Данные препараты оказывают полное блокирующее воздействие на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему, вызывая прекращение менструаций у большинства пациенток. Это, в свою очередь, часто сопровождается нежелательными эффектами, такими как сухость слизистой влагалища, ощущения жара, повышенная потливость, а также при продолжительном

применении возможно развитие остеопении. Принцип действия агонистов ГнРГ заключается в уменьшении числа рецепторов гонадотропинов в гипофизе, что приводит к угнетению выработки гонадотропинов и последующему снижению концентрации эстрадиола [21].

Терапия гестагенами может применяться с целью лечения ОМК как в циклическом, так и непрерывном режимах.

Так, например, внутриматочная спираль (ВМС), содержащая левоноргестрел (ЛНГ), постепенно высвобождает прогестаген, что препятствует чрезмерному разрастанию слизистой оболочки матки. Также при ее использовании возможно влияние на процесс выхода яйцеклетки из яичника. Данная система способна сократить объем менструальных выделений до 96% спустя год применения. Следует предупредить пациенток о вероятном увеличении продолжительности кровотечений в первый месяц после установки ЛНГ-ВМС. Зачастую после введения такой спирали кровянистые выделения, продолжающиеся в течение 1–1,5 года, негативно сказываются на качестве жизни женщины, что сдерживает врачей от активного использования этого метода [22]. Применение ЛНГ-ВМС подходит не каждой женщине, поэтому некоторые исследователи предлагают альтернативные подходы к терапии, среди которых одним из ключевых методов лечения АМК является регулярный прием гестагенов в форме таблеток. Обычно гестагены применяют в циклическом режиме, чтобы индуцировать кровотечение, которое по длительности соответствовало бы нормальному менструальному циклу. Исследования продемонстрировали, что 21-дневный курс циклической гестагенной терапии существенно снижает объем менструальной кровопотери. Однако наиболее распространенной практикой является назначение гестагенов во время лютеиновой (второй) фазы менструального цикла [23].

Для женщин с ОМК, живущих половой жизнью и не стремящихся к беременности, независимо от частоты половых контактов, КОК являются популярным методом регулирования менструального цикла. В научной литературе указывается, что действенность КОК у женщин детородного возраста колеблется в пределах 35–88% [24]. Контрацептивное воздействие КОК включает в себя ряд механизмов, благоприятных для урегулирования маточных кровотечений. Действующие вещества КОК препятствуют овуляции, уменьшают выраженность гормональных колебаний в ходе менструального цикла и поддерживают стабильный уровень эндогенных половых гормонов в период приема препарата. После прекращения приема таблеток происходит ожидаемое отторжение эндометрия – менструальноподобное кровотечение, что позволяет контролировать продолжительность интервала между кровотечениями, то есть их регулярность, что особенно значимо при нарушениях овуляции, когда нормальный менструальный ритм нарушен [25, 26]. Прогестин, содержащийся в КОК, препятствует гиперплазии эндометрия, снижая восприимчивость рецепторов к эстрогенам и активизируя ферменты, ускоряющие метаболизм эстрогенов. Уменьшение объема железистой ткани и трансформация стромы эндометрия в децидуоподобную ткань приводят к уменьшению менструальных кровотечений. Этот процесс играет ключевую роль в регулировании обильности и продолжительности как нормальных менструаций, так и ОМК. Эстроген в составе КОК стабилизирует сосудистый компонент, препятствуя межменструальному отторжению эндометрия [26].

В целом КОК активно применяется на протяжении нескольких десятков лет не только с целью контрацепции, но и для остановки острых ОМК, контроля менструального цикла при ММК и длительной терапии ОМК [27, 28]. В этом аспекте интерес представляет пероральный монофазный контрацептив, содержащий относительно новый гестаген хлормадинона ацетат (ХМА) 2 мг и хорошо известный этинилэстрадиол (ЭЭ) 0,03 мг.

### **Применение ХМА/ЭЭ при обильных маточных кровотечениях**

В современных КОК эстроген не играет ключевой роли в подавлении овуляции, эту функцию выполняет прогестинный компонент. Однако эстроген оказывает положительное воздействие на эндометрий, снижая риск прорывных кровотечений при использовании КОК. В связи с этим КОК применяются для остановки ОМК при отсутствии известных или предполагаемых проблем со свертываемостью крови. Важно подчеркнуть, что для достижения гормонального гемостаза при острых ОМК используют монофазные КОК, содержащие не менее 0,03 мг ЭЭ, принимая по 1 таблетке через равные промежутки времени (каждые 6–8 часов) с последующим постепенным уменьшением дозы до 1 таблетки в день. Применение монофазных КОК в стандартном контрацептивном режиме – 1 таблетка в сутки в течение 21 дня – приводит к снижению объема менструальной кровопотери на 40–50% при условии, что доза ЭЭ в составе КОК составляет не менее 30 мкг.

Многочисленные исследования, посвященные применению КОК Белара с целью контрацепции, описывают его эффективную регуляцию менструального цикла в аспектах снижения объема менструальной кровопотери и дисменореи при сохранении высокой степени защиты от нежелательной беременности и отсутствии изменений массы тела.

Шестимесячное наблюдение за пациентами, принимающими ХМА/ЭЭ, продемонстрировало, что через шесть месяцев значительно сократилось число пациенток с нарушениями цикла: с кровянистыми выделениями на 46%, прорывными кровотечениями на 64%, обильными кровотечениями на 95% ( $p=0,001$ ). Кроме того, значительно снизилось число пациентов, которые использовали анальгетики в связи с дисменореей, на 83% ( $p=0,001$ ) [28].

Оценка данных результатов объединенного анализа неинтервенционных исследований применения ХМА/ЭЭ у 62 218 женщин (345 964 цикла) позволила установить высокую контрацептивную эффективность (практический индекс Перля – 0,34 [95% ДИ: 0,27–0,42]), а также выраженный лечебный эффект – стабильность цикла, профиль кровотечения, дисменорея улучшились и не было никаких клинически значимых изменений в массе тела или индексе массы тела [29].

Положительное воздействие на стабильность цикла, межменструальные кровотечения и ОМК сохранялись при длительности лечения до 5 лет [30]. Проведение постмаркетингового исследования для оценки долгосрочной эффективности и переносимости ХМА/ЭЭ в условиях реальной практики продемонстрировало, что пациентки с ММК или аменореей на момент начала исследования сообщили к окончанию исследования о полном облегчении у 61,7% и 89,3% соответственно [31].

Четырехцикловая клиническая оценка в 1597 гинекологических клиниках Германии продемонстрировала, что из 20 897 женщин 16 781 перешла с другого метода контрацепции на регулярное использование КОК Белара. Причиной смены

контрацептива были жалобы на себорею/акне (6933/16 781 женщина; 41,3%), нерегулярность цикла (18,8%), головную боль (15,9%), напряжение в груди (15,1%), аменорею (14,9%), кровянистые выделения (12,8%) и дисменорею (11,7%). После перехода на лечение ХМА/ЭЭ эти симптомы существенно уменьшились или даже исчезли у большого числа женщин. Подавляющее большинство участниц исследования оценили и переносимость, и самочувствие при приеме ХМА/ЭЭ как «очень хорошие» или «хорошие». Результаты показали, что 13 508 женщин (80,5%) заявили, что они более удовлетворены или даже намного более удовлетворены приемом Белара по сравнению с их предыдущим контрацептивом [32].

Несмотря на то, что в первую очередь ХМА известен своими прогестагенными свойствами, однако он также обладает некоторыми другими гормональными активностями, в том числе и потенциальной глюкокортикоидной активностью. Глюкокортикоидная активность ХМА обусловлена его способностью связываться с глюкокортикоидными рецепторами (ГКР). Однако его аффинность к ГКР значительно ниже, чем у типичных глюкокортикоидов. Благодаря такой активности ХМА обладает иммуносупрессивным действием, проявляя иммуномодулирующие эффекты, что крайне важно, учитывая воспалительную реакцию и боль при ОМК. При этом ХМА не вызывает повышение уровня глюкозы и не снижает плотность костной ткани [33, 34].

Многоцентровое 13-цикловое наблюдательное исследование в повседневной клинической практике, проведенное в Испании, Франции и Италии, подтвердило хороший контроль цикла и благоприятное воздействие на дисменорею. До начала исследования 61,8% женщин страдали дисменореей, причем интенсивность боли была умеренной или тяжелой у 66,9% этих пациентов. По прошествии 13 циклов соответствующие значения были отмечены только у 15,0% женщин [35].

Таким образом, результаты многочисленных клинических исследований подтверждают высокую эффективность КОК Белара в регулировании менструального цикла. Научные работы демонстрируют значительное снижение как объема менструальных кровотечений, так и интенсивности дисменореи. Это ключевое преимущество препарата подтверждается многочисленными научными данными, обеспечивающими высокий уровень доверия к его эффективности в решении распространенных гинекологических проблем.

Особый интерес представляет вопрос о восстановлении фертильности после прекращения приема КОК Белара. Всесторонний анализ данных 22 исследований позволил установить, что 83,1% женщин (с 95% доверительным интервалом 78,2–88%) забеременели в течение первого года после отмены КОК. Тип прогестагена в составе КОК и продолжительность приема оральных контрацептивов не оказывают существенного влияния на скорость восстановления фертильности. Эти данные позволяют говорить о быстром и полном восстановлении репродуктивной функции после завершения контрацепции при помощи КОК [36]. Таким образом, Белара не только эффективно контролирует менструальный цикл, но и способствует быстрому наступлению беременности после прекращения ее применения, что является важным фактором для планирования семьи.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время представленное фармацевтической промышленностью разнообразие контрацептивных средств позволяет подобрать оптимальный вариант

для женщин любого возраста с индивидуальными потребностями и ожиданиями. При подборе контрацептива современные женщины рассчитывают не только на надежность метода, но и его полифункциональность, включающую преимущества для здоровья, фармакологический профиль, безопасность и отсутствие нежелательных явлений при его долгосрочном применении. Белара может быть хорошим выбором контрацепции для многих женщин благодаря своей высокой эффективности, надежному контролю менструального цикла, удобству применения и потенциальным не-контрацептивным преимуществам.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S. FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(3):393–408. Doi: 10.1002/ijgo.12709
2. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 May 24.
3. Jain V., Chodankar R.R., Maybin J.A. et al. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins menstrual health. *Nat Rev Endocrinol.* 2022;18(5):290–308. Doi: 10.1038/s41574-021-00629-4
4. Singh S., Best C., Dunn S. et al. № 292-Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(5):e391–e415. Doi: 10.1016/j.jogc.2018.03.007
5. Schoep M.E., Nieboer T.E., van der Zanden M. et al. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(6):569.e1–569.e7. Doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.048
6. Sinharoy Sh., Sheela S., Patric M. et al. Prevalence of heavy menstrual bleeding and associations with physical health and wellbeing in low-income and middle-income countries: a multinational cross-sectional study. *The Lancet Global Health.* 2023;11(11):e1775–84. Doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00416-3
7. Magnay J.L., O'Brien S., Gerlinger C. et al. Pictorial methods to assess heavy menstrual bleeding in research and clinical practice: a systematic literature review. *BMC Women's Health.* 2020;20:24. Doi.org/10.1186/s12905-020-0887-y
8. Jain V., Munro M.G., Critchley H.O.D. Contemporary evaluation of women and girls with abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;162:2(2):29–42. Doi: 10.1002/ijgo.14946
9. Rigon F., De Sanctis V., Bernasconi S. et al. Menstrual pattern and menstrual disorders among adolescents: an update of the Italian data. *Ital J Pediatr.* 2012. Doi.org/10.1186/1824-7288-38-38
10. Gerema U., Kene K., Abera D. et al. Abnormal uterine bleeding and associated factors among reproductive age women in Jimma town, Oromia Region, Southwest Ethiopia. *Womens Health (Lond).* 2022;18:17455057221077577. Doi: 10.1177/17455057221077577
11. Seid A., Bulto G.A., Yesuf A. et al. Magnitude and determinants of abnormal uterine bleeding among reproductive-age women in Kombolcha Rejiopolitan Administrative Town, Northeast Ethiopia: a FIGO-based study (2023). *Front Reprod Health.* 2025;7:1559105. Doi: 10.3389/frph.2025.1559105
12. Tsakiridis I., Giouleka S., Koutsouki G. et al. Investigation and management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women: a descriptive review of national and international recommendations. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2022;27(6):504–17. Doi: 10.1080/13625187.2022.2112169
13. Maybin J.A., Critchley H.O. Progesterone: a pivotal hormone at menstruation. *Ann N Y Acad Sci.* 2011;1221:88–97. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.05953.x
14. Biswas Shivhare S., Bulmer J.N., Innes B.A. et al. Menstrual cycle distribution of uterine natural killer cells is altered in heavy menstrual bleeding. *J Reprod Immunol.* 2015;112:88–94. Doi: 10.1016/j.jri.2015.09.001
15. Biswas Shivhare S., Bulmer J.N., Innes B.A. et al. Endometrial vascular development in heavy menstrual bleeding: altered spatio-temporal expression of endothelial cell markers and extracellular matrix components. *Hum Reprod.* 2018;33(3):399–410. Doi: 10.1093/humrep/dex378
16. Berbic M., Ng C.H., Fraser I.S. Inflammation and endometrial bleeding. *Climacteric.* 2014;17 Suppl 2:47–53. Doi: 10.3109/13697137.2014.963964
17. Margueritte F., Fritel X., Serfaty A. et al. Screening women in young adulthood for disabling dysmenorrhoea: a nationwide cross-sectional study from the CONSTANCES cohort. *Reprod Biomed Online.* 2024;49(1):103861. Doi: 10.1016/j.rbmo.2024.103861
18. Vargas-Costales J.A., Rosero CYLMV, Mazin S.C. et al. Prevalence of chronic pelvic pain and associated factors among indigenous women of reproductive age in Ecuador. *BMC Womens Health.* 2024;24(1):388. Doi: 10.1186/s12905-024-03189-7
19. Boffil Rodriguez M., Lethaby A., Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;9(9):CD000400. Doi: 10.1002/14651858.CD000400.pub4
20. Bradley L.D., Gueye N.A. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):31–44. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.07.044
21. Marnach M.L., Laughlin-Tommaso S.K. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(2):326–35. Doi: 10.1016/j.mayocp.2018.12.012
22. Herman M.C., van den Brink M.J., Geomini P.M. et al. Levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) versus endometrial ablation (Novasure) in women with heavy menstrual bleeding: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Women's Health.* 2013. Doi.org/10.1186/1472-6874-13-32
23. Jewson M., Purohit P., Lumsden M.A. Progesterone and abnormal uterine bleeding/menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;69:62–73. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.05.004
24. Micks E.A., Jensen J.T. Treatment of heavy menstrual bleeding with the estradiol valerate and dienogest oral contraceptive pill. *Adv Ther.* 2013;30(1):1–13. Doi: 10.1007/s12325-012-0071-3

25. Bofill Rodriguez M., Dias S., Jordan V. et al. Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;5(5):CD013180. Doi: 10.1002/14651858.CD013180.pub2
26. Lethaby A., Wise M.R., Weterings M.A. et al. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2(2):CD000154. Doi: 10.1002/14651858.CD000154.pub3
27. Rahman S., Khan F.S., Samin K.A. et al. Efficacy of Oral Tranexamic Acid Versus Combined Oral Contraceptives for Heavy Menstrual Bleeding. *Cureus.* 2021;13(10):e19122. DOI: 10.7759/cureus.19122
28. Manukhin I.B., Manukhina E.I., Safaryan I.R. et al. Combined oral contraceptives as a treatment method for patients of reproductive age with heavy menstrual bleeding. Permanent residence. *Mother and child.* 2023;6(3):253–257. DOI: 10.32364/2618-8430-2023-6-3-6 (In Russian).
29. Anthuber S., Schramm G.A., Heskamp M.L. Six-month evaluation of the benefits of the low-dose combined oral contraceptive chlormadinone acetate 2 mg/ethinylestradiol 0.03 mg in young women: results of the prospective, observational, non-interventional, multicentre TeeNIS study. *Clin. Drugs Investig.* 2010;30(4):211–20. Doi: 10.2165/11532910-000000000-00000
30. Zahradnik H.P., Hanjalic-Beck A. Efficacy, safety and sustainability of treatment continuation and results of an oral contraceptive containing 30 mcg ethinylestradiol and 2 mg chlormadinone acetate, in long-term usage (up to 45 cycles) – an open-label, prospective, noncontrolled, office-based Phase III study. *Contraception.* 2008;77(5):337–43. Doi: 10.1016/j.contraception.2007.12.007
31. Schramm G.A., Steffens D. 12-month evaluation of the CMA-containing oral contraceptive Belara: efficacy, tolerability and anti-androgenic properties. *Contraception.* 2003;67(4):305–12. Doi: 10.1016/s0010-7824(02)00536-x
32. Schramm G.A., Heckes B. Switching hormonal contraceptives to a chlormadinone acetate-containing oral contraceptive – the Contraceptive Switch Study. *Contraception.* 2007;76(2):84–9. Doi: 10.1016/j.contraception.2007.03.014
33. Kuhl H. Pharmacology of estrogens and progestogens: influence of different routes of administration. *Climacteric.* 2005;8 Suppl 1:3–63. Doi: 10.1080/13697130500148875
34. Terlinden R., Uragg H., Göhler K. et al. Pharmacokinetics of chlormadinone acetate following single and multiple oral dosing of chlormadinone acetate (2 mg) and ethinylestradiol (0.03 mg) and elimination and clearance of a single dose of radiolabeled chlormadinone acetate. *Contraception.* 2006;74(3):239–44. Doi: 10.1016/j.contraception.2006.03.011
35. Pushparajah D.S., Röhm P., Höschen K. et al. Safety data and beneficial effects of the combined oral contraceptive ethinylestradiol 0.03 mg / chlormadinone acetate 2 mg (Belara®): a 13-cycle, observational study in routine clinical practice. *Clin. Drug. Investig.* 2011;31(2):121–34. Doi: 10.2165/11585900-000000000-00000
36. Girum T., Wasie A. Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med.* 2018;23:3–9. Doi: 10.1186/s40834-018-0064-y. Erratum in: *Contracept Reprod Med.* 2023 Apr 21;8(1):29. Doi: 10.1186/s40834-023-00226-y