

Некоторые аспекты приверженности к комбинированной гормональной контрацепции у молодых женщин

И.Г. Жуковская, <https://orcid.org/0000-0002-7943-1115>, zhoukovskaya@mail.ru

Л.Ф. Хузина[✉], <https://orcid.org/0000-0001-5025-2343>, khuzina-l2013@yandex.ru

Ижевская государственная медицинская академия; 426034, Россия, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281

Резюме

Введение. Помимо защиты от нежелательной беременности, комбинированные гормональные контрацептивы (КГК) способны улучшить состояние здоровья и качество жизни женщин. Информированность россиянок о КГК составляет 85%, однако только 13% женщин в России имеют опыт длительного применения КГК. В связи с этим необходим анализ факторов, обуславливающих приверженность молодых женщин к КГК, и причин отказа от нее.

Цель – выявить причины, влияющие на приверженность к КГК среди молодых женщин.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование вошла 71 женщина фертильного возраста, получившая консультирование по КГК: группу 1 составили 36 женщин, начавшие использование КГК, но самостоятельно прекратившие их прием на момент повторного обращения, из которых в подгруппе 1А (19 женщин) применение препарата длилось до 1 года, в подгруппе 1В (17 женщин) – от 1 года до 3 лет; группу 2 составили 35 пациенток, так и не начавшие прием этих средств.

Результаты. Уровень образования в группе 2 был достоверно ниже, преобладали пациентки со средним общим образованием (65,7% в группе 2 и 38,9% в группе 1; $p < 0,05$). В группе 2, включавшей женщин, не имевших опыт применения КГК, наиболее частым мотивом отказа от старта приема КГК была боязнь возможного развития побочных эффектов (60%), по мнению пациенток, негативно влияющих на здоровье, что требует совершенствования консультирования по КГК с учетом уровня образования обратившихся. Доля пациенток, информированных о положительных свойствах КГК, была выше в группе 1, по сравнению с группой 2 (88,9% в группе 1 и 42,8% в группе 2). Тем не менее количество реальных пользователей составило лишь 50,7% (36 опрошенных из 71); при этом каждая вторая использовала КГК непродолжительное время – в среднем 9 мес. Причиной отказа от КГК среди принимавших эти средства в группах 1А и 1В независимо от длительности приема были побочные эффекты в 42,1 и 47,1% случаев соответственно, которые включали головные боли (42,1 и 29,4%), снижение либидо (26,3 и 11,8%), тошноту (10,5 и 29,4%), боли в эпигастальной области (10,5 и 29,4%), межменструальные кровянистые выделения (36,8 и 29,4%), повышение массы тела (26,3 и 29,4%), эмоциональную лабильность (26,3 и 23,5%).

Заключение. Увеличение числа пользователей КГК и приверженных к применению данного метода в течение длительного времени представляется возможным за счет внедрения качественного структурированного консультирования по выбору метода контрацепции с учетом уровня образования пациенток и их потребностей с акцентом на необходимость обращения за медицинской помощью при появлении побочных эффектов.

Ключевые слова: комбинированная гормональная контрацепция, факторы риска, побочные эффекты, причины отказа

Для цитирования: Жуковская И.Г., Хузина Л.Ф. Некоторые аспекты приверженности к комбинированной гормональной контрацепции у молодых женщин. *Медицинский совет.* 2022;16(16):93–98. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-93-98>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Some aspects of adherence to combined hormonal contraception in young women

Inna G. Zhukovskaya, <https://orcid.org/0000-0002-7943-1115>, zhoukovskaya@mail.ru

Liliya F. Khuzina[✉], <https://orcid.org/0000-0001-5025-2343>, khuzina-l2013@yandex.ru

Izhevsk State Medical Academy; 281, Kommunarov St., Izhevsk, 426034, Russia

Abstract

Introduction. In addition to being protective against unwanted pregnancies, combined hormonal contraceptives (CHCs) can improve health and quality of life of women. The awareness of Russian women about CHCs is 85%, however, only 13% of women in Russia have a long-term experience with CHCs. This is why, it is essential to analyse drivers of adherence of young women to CHCs, and the reasons for refusal of them.

Aim. Identification of the reasons affecting adherence to CHC in young women.

Materials and methods. Group 1 consisted of 36 women who have tried using CHC, but stopped taking: 1A (19 women) – up to 1 year, 1B (17 women) – from 1 to 3 years; group 2 – 35 women who have never used CHC.

Results. The level of education in group 2 was significantly lower, patients with secondary general education prevailed. Despite the high awareness of the benefits of CHC, the number of real users of these drugs was only 50.7%, while half of them used

CHC for 9 months on average. The refusal to use CHC in group 2 was motivated by the possible development of side effects, the lack of need for regular contraception, which requires improvement of counseling on using CHC, taking into account the characteristics of the contingent of patients. The reason for the rejection of CHC in groups 1A and 1B, regardless of the duration of use, was side effects in 42.1 and 47.1% of cases, respectively, which included: headaches, decreased libido; nausea, epigastric pain, intermenstrual spotting, weight gain, emotional lability.

Conclusion. Taking into account the level of education of patients and their needs, high-quality structured counseling when choosing a method of contraception will increase compliance with the use of CHCs, increase the frequency and duration of using CHCs.

Keywords: combined hormonal contraception, risk factors, side effects, reasons for refusal

For citation: Zhukovskaya I.G., Khuzina L.F. Some aspects of adherence to combined hormonal contraception in young women. *Meditinskiy Sovet.* 2022;16(16):93–98. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-16-93-98>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК), помимо своего прямого эффекта – защиты от нежелательной беременности, обладают рядом свойств, способных улучшить состояние здоровья и качество жизни женщин: снижение клинических симптомов при предменструальном синдроме, уменьшение объема менструальных кровотечений (на 40–80%), уменьшение частоты анемии, дисменореи, воспалительных заболеваний органов малого таза, мигрени без ауры, снижение рисков развития миомы матки, профилактика кист яичников, эндометриоза, доброкачественных дисплазий молочных желез, гиперплазии эндометрия, рака яичников, эндометрия, прямой и ободочной кишки [1–3]. Информированность россиянок о комбинированной гормональной контрацепции составляет 85%, однако только 13% женщин в России имеют опыт длительного применения КГК [2, 4].

Причиной минимальной частоты использования современных КГК являются:

- бесосновательный страх перед побочными эффектами, включающими тромботические осложнения, развитие рака, лабильность настроения (49%);
- снижение либидо (48%);
- набор лишней массы тела (16%);
- обильные менструальные выделения (13%);
- акне (10%);
- продолжительные межменструальные кровянистые выделения (6%);
- тошнота, увеличение массы тела, нагрубание и болезненность молочных желез, головные боли, повышение артериального давления [5–7].

Частота побочных эффектов в целом при использовании КГК, по данным литературы, составляет 63%, что связано с отсутствием персонализированного подхода к выбору метода контрацепции при консультировании пациенток [5, 8].

Длительность применения КГК в России у молодых женщин не превышает 6–7 мес., а более 11 мес. использует только каждая десятая (13%) пациентка; при этом частота отказа женщин от КГК в течение первого года приема средства достигает 68% [2, 5].

Представляет интерес изучение причин, влияющих на приверженность к КГК, что явилось **целью** настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование вошла 71 женщина фертильного возраста от 15 до 35 лет, получившая консультацию по КГК: группу 1 составили 36 женщин, начавшие использование КГК (дроспиренон + этинилэстрадиол + кальция левомефолинат и дроспиренон/этинилэстрадиол как наиболее часто используемые комбинации у молодых женщин; анализ состава КГК проведен по результатам анкетирования), но прекратившие прием на момент повторного обращения: 1А (19 женщин) – до 1 года, 1В (17 женщин) – от 1 года до 3 лет; группу 2 – 35 пациенток, которые так и не начали прием КГК. Средний возраст обследуемых в обеих группах не отличался и составил $22,0 \pm 1,8$ и $19,0 \pm 1,2$ года соответственно; также женщины были сопоставимы по возрасту менархе – $13,0 \pm 0,4$ и $13,5 \pm 0,7$ года и сексуального дебюта – $15,9 \pm 0,5$ и $17,1 \pm 2,2$ года, месту проживания.

Методы исследования включали: общий и гинекологический осмотры, ультразвуковое исследование органов малого таза, микроскопическое, бактериологическое исследование и ПЦР-диагностику (полимеразная цепная реакция) на инфекции, передаваемые половым путем, цервикального секрета, консультацию терапевта, анкетирование для оценки рисков применения КГК (форма скрининга из 14 вопросов) и оригинальный опросник с целью выявления неиспользования КГК и отказа от них (14 вопросов).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2013, метода описательных статистик (абсолютных и относительных частот), параметрического критерия (критерия Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика уровня образования показала, что в группе 1 одинаково часто встречались пациентки со средним общим (38,9%), средним профессиональным (27,8%) и высшим образованием (33,3%); в группе 2 – у 65,7% обследованных имелось среднее общее ($p < 0,05$), у 28,6% – среднее профессиональное, у 5,7% – высшее образование ($p < 0,01$), что свидетельствует о необходимости пересмотра подходов к консультированию среди лиц со средним образованием.

Массово-ростовые показатели в обеих группах были сопоставимы и соответствовали нормативным параметрам:

в группе 1 окружность талии – $67,8 \pm 2,1$ см, индекс массы тела (ИМТ) – $21,2 \pm 0,8 \text{ кг/м}^2$, в группе 2 объем талии – $70,1 \pm 3,7$ см, ИМТ – $22,2 \pm 1,3 \text{ кг/м}^2$. Частота соматической патологии у обследованных женщин была одинаковой и включала анемию – 19,4 и 14,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс – 5,5 и 8,6% соответственно. Гинекологическая патология в группах также не отличалась и была представлена хроническим неспецифическим вагинитом (66,7 и 60,0%) и сальпингоофоритом (25,0 и 20,0%). При бактериологическом исследовании цервикального секрета выделялись *E. coli* и *Enterococcus faecalis* в титре более 10^5 КОЕ/мл у 27,8 и у 22,9% обследованных, *Streptococcus spp.* в титре более 10^5 КОЕ/мл у 19,4 и у 28,6% обратившихся и *Staphylococcus spp.* в титре более 10^5 у 16,7 и у 11,4% пациенток соответственно, в остальных случаях рост микроорганизмов отсутствовал. Частота первичной дисменореи составила 5,6 и 14,2% соответственно, что демонстрирует тенденцию к увеличению первичной дисменореи в группе 2.

Согласно существующим рекомендациям, основным этапом консультирования, на основании которого назначается конкретный гормональный контрацептив, является выявление абсолютных противопоказаний к приему КГК [9]. Единичные положительные ответы были получены на следующие три вопроса скрининга: «Курите ли Вы сигареты?», «У Вас повышено артериальное давление?», «Беспокоят ли Вас головные боли?». Изучение результатов анкетирования для выявления факторов риска применения КГК показало, что курение (до 10–15 сигарет в день) имело место у 25,0% пациенток группы 1, 20,0% – в группе 2, однако, согласно Медицинским критериям приемлемости для использования методов контрацепции¹, данный фактор относился ко 2-й категории (курящие женщины моложе 35 лет), при которой преимущества использования КГК превалировали над возможными рисками.

Известно, что для оценки безопасности гормональной контрацепции требуется лишь измерение артериального давления (АД). Средний уровень АД в группе 1 составил: систолическое – $125 \pm 1,2$ мм рт. ст., диастолическое – $80 \pm 1,3$ мм рт. ст., в группе 2 – $118 \pm 2,1$ и $75 \pm 1,3$ мм рт. ст. соответственно. Повышение артериального давления в пределах высокого нормального (130–139 мм рт. ст. и (или) 85–89 мм рт. ст.) наблюдалось у 16,7 и 11,4% пациенток соответственно, что также не являлось противопоказанием к назначению КГК. Головные боли отмечали 11,1 и 11,4% женщин соответственно, однако при углубленном обследовании данный симптом не сопровождался мигренью с аурой, а значит, не препятствовал назначению КГК. Полученные данные позволяют утверждать отсутствие противопоказаний к приему КГК у женщин групп 1 и 2 по данным Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции².

Осведомленность о положительных неконтрацептивных возможностях КГК (уменьшение объема менструаль-

ных кровотечений, дисменореи, профилактика кист яичников) КГК имела место у 88,9% пациенток группы 1, среди женщин группы 2 – лишь у половины – 42,8%. При значительной осведомленности о положительных неконтрацептивных свойствах КГК тем не менее половина опрошенных женщин – пациентки группы 2 – так и не начали прием КГК, отдавая предпочтение рутинным методам, что диктует необходимость повышения эффективности консультирования: расширение объема знаний у пациенток по данным свойствам КГК, особенно у имеющих среднее образование, что, возможно, является резервом для увеличения числа пациенток, выбравших КГК в качестве метода контрацепции.

Кроме того, анализ причин, на которые указали женщины группы 2, после консультирования так и не начавшие прием КГК, показал, что у них вызывали страх возможные побочные эффекты при применении КГК – 60,0% опрошенных, отсутствие потребности в регулярной контрацепции – 31,4% респонденток, предпочтение традиционных методов контрацепции – 28,6% анкетированных, отсутствие времени на консультацию врачом – 17,1% пациенток, трудности в использовании (соблюдение регулярного приема препарата) – 11,4%. При этом большая часть таких утверждений свидетельствует о необходимости повышения эффективности консультирования по контрацепции.

Прекращение приема КГК женщинами в группе 1 произошло по инициативе пациенток; наиболее часто это было связано с побочными эффектами – в 42,1 и 47,1% случаев (в группах 1А и 1В соответственно) против 63,0% по данным литературы; а также с трудностями в использовании (соблюдение ежедневного режима приема) – 26,3 и 23,5% опрошенных, ввиду отсутствия необходимости контрацепции – 26,3 и 5,9% респонденток, наличия риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (отсутствие постоянного полового партнера) – у 5,3 и 23,5% соответственно.

Виды побочных эффектов не зависели от длительности приема КГК. Так, среди них у женщин групп 1А и 1В одинаково часто регистрировались головные боли (42,1 и 29,4%), снижение либидо (26,3 и 11,8%), тошнота (10,5 и 29,4%), боли в эпигастрии (10,5 и 29,4%), межменструальные кровянистые выделения (36,8 и 29,4%), повышение массы тела (26,3 и 29,4%), эмоциональная лабильность (26,3 и 23,5%), поскольку разница показателей между группами не достигала статистической значимости ($p > 0,05$). Среднее количество побочных эффектов на одну женщину составило 2,1. Наиболее частыми были следующие сочетания: головные боли и перепады настроения (7,7%), межменструальные кровянистые выделения и набор лишней массы тела (6,4%). Обращение женщин, принимавших КГК, к акушеру-гинекологу имело место при межменструальных кровянистых выделениях. По данным эхографии органов малого таза при наличии таких жалоб были диагностированы функциональные кисты яичников (19,4%); структурные изменения, характерные для хронического эндометрита (13,9%); сальпингоофорита (2,8%), которые были обусловлены наличием

¹ Всемирная организация здравоохранения. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. 5-е изд. М., 2015. Режим доступа: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf.

² Там же.

воспалительных процессов внутренних половых органов. Было назначено соответствующее обследование и лечение, тем не менее эпизоды прорывных кровотечений явились причиной отказа женщин от эффективного метода контрацепции. Необходимо подчеркнуть, что решение прекратить прием КГК, как показала ретроспективная оценка результатов анкетирования, у 2/3 женщин было самостоятельным и не являлось поводом для обращения к врачу с целью коррекции беспокоивших симптомов.

Анализируемые побочные эффекты представляются преодолимыми, поскольку их большую часть возможно скорректировать или устранить при структурированном консультировании по выбору контрацепции за счет применения альтернативных КГК, например, со сниженной дозой эстрогенного компонента с формулой натуральных гормонов или увеличения дозы эстрогенного составляющего препарата, применения КГК с селективными прогестинами с продленным режимом приема, а также изменения пути поступления КГК в организм. Полученные данные можно объяснить дефектами консультирования при старте приема КГК – отсутствием акцента на потребности пациенток в методах контрацепции и необходимости обращения к врачу при появлении беспокоящих симптомов.

В связи с этим перспективным представляется эффективное внедрение в клиническую практику поэтапного структурированного консультирования по контрацепции «Пять шагов», включающей следующие этапы:

- помочь женщине осознать свои потребности в контрацепции;
- дать информацию об имеющихся методах контрацепции;
- оценить желание пользоваться контрацепцией и узнать, каким методом предпочитает воспользоваться женщина, оценить приемлемость желаемого метода с помощью критериев Всемирной организации здравоохранения, исключив противопоказания;
- помочь в использовании выбранного метода;
- обосновать ситуации, требующие обращения на прием к врачу, и назначить дату повторного визита при необходимости [10].

ВЫБОР КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ: СОВРЕМЕННЫЙ АРСЕНАЛ СРЕДСТВ

Повышению приверженности терапии КГК у женщин не в последнюю очередь способствует назначение средства с учетом всех особенностей анамнеза и запросов каждой конкретной пациентки. На современном этапе фармакологии арсенал КГК позволяет обеспечить эффективную контрацепцию, в том числе у тех женщин, которым назначение оральных контрацептивов ранее было нежелательно.

Так, комбинация дезогестрела и этинилэстрадиола в форме микродозированного (ПланиЖенс дезо 20) или низкодозированного (ПланиЖенс дезо 30) контрацептивного средства может быть показана пациенткам, ранее столкнувшимся с проблемой межменструальных кровя-

нистых выделений или масталгии во время приема КГК. Благодаря сниженной дозе эстрогенного компонента риск возможных побочных эффектов, связанных с приемом эстрогенов, ниже, чем при приеме средств с более высокими дозами этинилэстрадиола. При этом у женщин, принимающих данные КГК, цикл становится более регулярным, нивелируются симптомы масталгии, уменьшаются болезненность и интенсивность менструальноподобных кровотечений, в результате чего снижается риск железодефицитной анемии³. Своевременное информирование пациенток об этих эффектах может значительно повысить комплаентность терапии.

Комбинация левоноргестрела и этинилэстрадиола (ПланиЖенс лево) может быть показана женщинам с целью контрацепции после гинекологических операций. Левоноргестрел – наиболее изученный прогестаген с хорошим профилем безопасности и переносимости – впервые был применен в 1968 г. [11]. Несмотря на антиэстрогенную и относительную андрогенную активность [12], клинические исследования указывают на отсутствие клинически значимых побочных эффектов [11]. Ключевой момент для безопасности применения КГК, который позволяет рекомендовать его после гинекологических хирургических вмешательств: для левоноргестрела зафиксированы наименьшие риски развития тромбоэмболических осложнений [13].

Контрацептивные средства на основе дезогестрела (ПланиЖенс лакто) позволяют обеспечить контрацепцию в послеродовом периоде, в том числе на фоне кормления грудью без отрицательного влияния на лактацию, пролонгировать состояние ановуляции на длительный период, избежать необходимости назначения гормональных препаратов с высоким содержанием прогестагенов, а значит, и побочных эффектов, снижающих приверженность терапии. Применение препарата не сопровождается эстрогензависимыми побочными эффектами (тошнота, головная боль, нагрубание молочных желез). Результаты изучения влияния дезогестрела на количество и состав грудного молока (уровень триглицеридов, протеина, лактозы и т. д.), рост и развитие ребенка до достижения возраста 2,5 года показали, что он является эффективным и безопасным методом контрацепции для женщин в период лактации [14].

Микродозированные контрацептивные средства с номегэстролом и эстрадиолом (ПланиЖенс номе) благодаря своему антиандрогенному эффекту позволяют повысить приверженность контрацептивной гормональной терапии у пациенток с андрогенозависимыми симптомами: акне, себореей, гирсутизмом, андрогенной алопецией и т. д. Номегэстрол – высокоселективный прогестаген, близкий по природе к естественному прогестерону. Благодаря длительному периоду полувыведения ПланиЖенс номе обеспечивает необходимый контроль менструального цикла (отсутствуют межменструальные

³ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ПланиЖенс Дезо 20. Режим доступа: <https://pharmasyntez.com/upload/iblock/8f2/8f2a0a213c2b82e4e9575ba91753a65d.pdf>; Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ПланиЖенс Дезо 30. Режим доступа: <https://pharmasyntez.com/upload/iblock/f6d/f6d7e553ab997145493a28b9b30be783.pdf>.

кровянистые выделения) на фоне влияния натурального эстрогена [15]. Доказано, что антигонадотропный эффект у номегэстрола сильнее, чем у диеногеста. Это свойство обеспечивает высокую надежность контрацепции даже при пропусках приема КГК [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несомненно, применение современной комбинированной гормональной контрацепции способствует сохранению здоровья женщин, тем не менее количество пользователей данного метода и длительность применения данных препаратов остаются минимальными. Особую важность имеет грамотное консультирование – снабжение женщины всей необходимой информацией, ее максимальное вовлечение в обсуждение и поддержка в правильности выбора, поскольку большинство женщин склонны рассматривать этот метод в качестве потенциально приемлемого при получении адекватной информации. При консультировании пациенток по выбору метода контрацепции необходимо учитывать их уровень образования, обеспечить доступной информацией, поскольку по данным проведенного исследования большая часть (68%) респонденток, отказавшихся от приема КГК после консультирования, имела среднее образование; при этом распространенным аргументом (в 60% случаев) был страх негативного влияния КГК на репродуктивное здоровье, что обусловлено недостаточно убедительными для женщин сведениями, предоставленными врачом. Несмотря на высокую информированность о преимуществах метода, в том числе о положительных неконтрацептивных эффектах КГК (88,9% пациенток группы 1, 42,8% – группы 2), количество реальных пользователей составило лишь половину из них (50,7%), что также отражает недостаточную эффективность консультирования пациенток при выборе метода контрацепции.

Причины отказа от приема КГК не зависели от длительности приема средства: так, в группах 1А и 1В, исполь-

зовавших метод в течение 1 года и на протяжении от 1 года до 3 лет, они были представлены возникшими побочными эффектами (42,1 и 47,4%), трудностями в использовании (26,3 и 23,5%). Среди симптомов, которые привели к самостоятельному отказу пациенток от приема КГК, наиболее частыми были головные боли (42,1 и 29,4%), снижение либидо (26,3 и 11,8%), тошнота (10,5 и 29,4%), боли в эпигастриальной области (10,5 и 29,4%), которые можно связать с недиагностированными заболеваниями желудочно-кишечной системы, проявившимися на момент приема КГК, повышение массы тела (26,3 и 29,4%), эмоциональная лабильность (26,3 и 23,5%), что свидетельствует о дефектах консультирования при выборе метода контрацепции. Межменструальные кровянистые выделения на фоне приема КГК имели место у каждой третьей женщины (36,8 и 29,4%) и являлись причиной обращения к акушеру-гинекологу, тем не менее проведенные лечебно-диагностические мероприятия не способствовали дальнейшей приверженности женщин к используемому методу контрацепции. Необходимо подчеркнуть, что большинство побочных эффектов при приеме КГК представляются преодолимыми при мониторинге самочувствия женщины с целью раннего выявления возможных неблагоприятных симптомов, что позволит увеличить уровень удовлетворенности от применения метода.

Таким образом, эффективное внедрение в клиническую практику качественного структурированного консультирования по выбору метода контрацепции с учетом уровня образования женщин и их потребностей с акцентом на необходимость обращения за медицинской помощью при появлении побочных эффектов предоставляет новые возможности для повышения комплаентности женщин к приему комбинированной гормональной контрацепции.

Поступила / Received 15.08.2022

Поступила после рецензирования / Revised 12.09.2022

Принята в печать / Accepted 12.09.2022

Список литературы / References

1. Дикке Г.Б. Потребности, ожидания и сомнения у пользователей гормональными контрацептивами. *Гинекология*. 2020;22(1):33–37. <http://doi.org/10.26442/20795696.2020.1.200044>.
Dikke G.B. Needs, expectations and doubt users of hormonal contraceptives. *Gynecology*. 2020;22(1):33–37. (In Russ.) <http://doi.org/10.26442/20795696.2020.1.200044>.
2. Дикке Г.Б., Соловьева А.В., Радзинский В.Е. (ред.). *Контрацепция и тромбозы. Пути снижения тромботического риска у женщин, применяющих КОК*. М.: StatusPraesens; 2016. 16 с.
Dikke G.B., Solovyeva A.V., Radzinsky V.E. (eds.). *Contraception and thrombosis. Ways to reduce thrombotic risk in women using COCs*. Moscow: Status Praesens; 2016. 16 p. (In Russ.)
3. Унанян А.Л., Никонет А.Д., Аминова Л.Н., Алимов В.А., Чушков Ю.В., Шукина А.В. и др. Неконтрацептивные эффекты комбинированных оральных контрацептивов: преимущества и риски применения. *Гинекология*. 2017;19(2):69–74. Режим доступа: <https://gynecology.orscience.ru/2079-5831/article/view/28638>.
Unanyan A.L., Nikonets A.D., Aminova L.N., Alimov V.A., Chushkov Yu.V., Shchukina A.V. et al. Noncontraceptive effects of combined oral contraceptives: benefits and risks of use. *Gynecology*. 2017;19(2):69–74. (In Russ.) Available at: <https://gynecology.orscience.ru/2079-5831/article/view/28638>.
4. Хамошина М.Б., Маклецова С.А. Сбывшиеся мечты: как мы ими распоряжаемся? Результаты социологического опроса россиян о знаниях по контрацепции. *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2015;(5):43–50. Режим доступа: https://praesens.ru/files/2015/magazine/SP_28.pdf.
Khamoshina M.B., Maklecova S.A. Dreams come true: how do we manage them? Results of a sociological survey of Russians on knowledge of contraception. *Status Praesens. Gynecology, Obstetrics, Infertile Marriage*. 2015;(5):43–50. (In Russ.) Available at: https://praesens.ru/files/2015/magazine/SP_28.pdf.
5. Набиева Л.В., Григорьева Н.В., Василькова Г.А. Современные проблемы гормональной контрацепции. *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2019;(2-1):43–47. Режим доступа: <https://drive.google.com/file/d/1ephwflJ9OskV2JHMXr8kh7PY8T1IAMxX/view>.
Nabieva L.V., Grigorieva N.V., Vasilkova G.A. Modern problems of hormonal contraception. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2019;(2-1):43–47. (In Russ.) Available at: <https://drive.google.com/file/d/1ephwflJ9OskV2JHMXr8kh7PY8T1IAMxX/view>.
6. Кузнецова И.В., Евсюкова Л.В., Коновалов В.А. Комбинированная оральная контрацепция. Есть ли ресурс расширения использования? *Медицинский совет*. 2018;(12):146–151. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-12-146-151>.
Kuznetsova I.V., Evsyukova L.V., Kononov V.A. Combined oral contraception: is there a resource for increased use? *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(12):146–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-12-146-151>.
7. Пруд В.А. Гормональная контрацепция как один из самых эффективных и популярных методов предохранения от нежелательной беременности.

- Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016;(1):44–52. Режим доступа: https://child-reprodhealth.ru/ru/articles_repr/442.html?SSr=020134893d21ffffff27c_07e6021515021e-37a9.
- Prud V.A. Hormonal contraception as one of the most effective and popular methods of preventing unwanted pregnancy. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2016;(1):44–52. (In Russ.) Available at: https://child-reprodhealth.ru/ru/articles_repr/442.html?SSr=020134893d21ffffff27c_07e6021515021e-37a9.
8. Чечулина О.В., Данилова О.В. Персонализированный подход к выбору метода контрацепции. *Практическая медицина*. 2018;16(9):40–42. Режим доступа: <https://www.yumpu.com/xx/embed/view/z4TlfUHS23jDB0Ec>.
 9. Олина А.А., Метелева Т.А. Гормональная контрацепция: алгоритм выбора. *РМЖ. Мать и дитя*. 2019;2(2):76–82. https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Gormonalnaya_kontracepciya_algoritm_vybora.
 10. Дикке Г.Б. Как уменьшить количество побочных эффектов КОК и повысить приверженность к ним: простые советы практическим врачам. *Медицинский совет*. 2016;(2):10–13. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-2-10-13>.
 - Dikke G.B. How to reduce the number of side effects produced by COCs and improve adherence: simple tips for practitioners. *Meditsinskiy Sovet*. 2016;(2):10–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-2-10-13>.
 11. Archer D.F., Maheux R., DelConte A., O'Brien F.B. Efficacy and safety of a low-dose monophasic combination oral contraceptive containing 100 microg levonorgestrel and 20 microg ethinyl estradiol (Alesse). North American Levonorgestrel Study Group (NALSG). *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(5 Pt 2):39–44. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70362-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70362-5).
 12. Wiegatz I., Kuhl H. Metabolic and clinical effects of progestogens. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11(3):153–161. <https://doi.org/10.1080/13625180600772741>.
 13. Lidegaard O., Nielsen L.H., Skovlund C.W., Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001–10. *BMJ*. 2012;344:e2990. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2990>.
 14. Korver T., Klipping C., Heger-Mahn D., Duijkers I., van Osta G., Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-microg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*. 2005;71(1):8–13. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.07.016>.
 15. Burke A. Norgestrel acetate-17b-estradiol for oral contraception. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:607–619. <https://doi.org/10.2147/PPA.S39371>.
 16. Ruan X., Seeger H., Mueck A.O. The pharmacology of norgestrel acetate. *Maturitas*. 2012;71(4):345–353. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.01.007>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования – Жуковская И.Г., Хузина Л.Ф.
 Написание текста – Хузина Л.Ф., Жуковская И.Г.
 Сбор и обработка материала – Хузина Л.Ф., Жуковская И.Г.
 Обзор литературы – Хузина Л.Ф.
 Перевод на английский язык – Хузина Л.Ф.
 Анализ материала – Жуковская И.Г., Хузина Л.Ф.
 Статистическая обработка – Хузина Л.Ф., Жуковская И.Г.
 Редактирование – Жуковская И.Г.
 Утверждение окончательного варианта статьи – Жуковская И.Г.

Contribution of authors:

Study concept and design – Inna G. Zhukovskaya, Liliya F. Khuzina
 Text writing – Liliya F. Khuzina, Inna G. Zhukovskaya
 Collection and processing of material – Liliya F. Khuzina, Inna G. Zhukovskaya
 Literature review – Liliya F. Khuzina
 Translation into English – Liliya F. Khuzina
 Material analysis – Inna G. Zhukovskaya, Liliya F. Khuzina
 Statistical processing – Liliya F. Khuzina, Inna G. Zhukovskaya
 Editing – Inna G. Zhukovskaya
 Approval of the final version of the article – Inna G. Zhukovskaya

Информация об авторах:

Жуковская Инна Геннадиевна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, Ижевская государственная медицинская академия; 426034, Россия, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281; zhoukovskaya@mail.ru
Хузина Лилия Флюровна, студентка, Ижевская государственная медицинская академия; 426034, Россия, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281; khuzina-l2013@yandex.ru

Information about the authors:

Inna G. Zhukovskaya, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor at the Departement of Obstetrics and Gynecology, Izhevsk State Medical Academy; 281, Kommunarov St., Izhevsk, 426034, Russia; zhoukovskaya@mail.ru
Liliya F. Khuzina, Student, Izhevsk State Medical Academy; 281, Kommunarov St., Izhevsk, 426034, Russia; khuzina-l2013@yandex.ru