



Ю.А. Колода, С.В. Лёгкий

НА СТРАЖЕ ПОТЕНЦИАЛА

Девочка-подросток в XXI веке:
взгляд акушера-гинеколога

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

StatusPraesens
profimedia

2023

УДК 616-084
ББК 57.1
К61

Авторы:

Юлия Алексеевна Колода, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии РМАНПО (Москва); *Сергей Витальевич Лёгкий*, StatusPraesens (Москва)

К61 На страже потенциала. Девочка-подросток в XXI веке: взгляд акушера-гинеколога : Информационный бюллетень / Ю.А. Колода, С.В. Лёгкий; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2023. — 20 с.

ISBN 978-5-907218-76-5

Половое просвещение — крайне деликатная сфера: нужно рассказать всё «про это», не провоцируя чрезмерный интерес девочки к теме, и одновременно предоставить адекватную и исчерпывающую информацию, соответствующую возрасту. Учителя явно к этому не готовы, да и атмосфера современной школы наряду с хорошо известными законодательными ограничениями не располагает к доверительным разговорам между учениками и педагогами.

Прогнозирование, персонализированная профилактика и лечение нарушений репродуктивного здоровья девушек-подростков (в том числе используя и неконтрацептивные преимущества противозачаточных средств) могут быть реализованы только акушерами-гинекологами.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов и руководителей женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 616-084

ББК 57.1

ISBN 978-5-907218-76-5

© Колода Ю.А., Лёгкий С.В. 2023
© ООО «Медиабюро Статус презенс», 2023

По данным Росстата, с 2015 по 2020 год число россиянок, **использующих гормональную контрацепцию, сократилось** более чем на полмиллиона — с 4,59 до 4,01 млн. Столь выраженное снижение обусловлено не только демографическими изменениями — уменьшилось и относительное количество пользовательниц, с 13 до 11,7 на 100 женщин в возрасте 15–49 лет¹.

Этот «праздник на гормонофобной улице» способен лишь удручить специалистов российской репродуктивной медицины. Снижение количества абортоскопических операций скрашивает социально значимые показатели, но и здесь не обойтись без ложки дёгтя: эксперты полагают, что далеко не все искусственные прерывания беременности попадают в официальную статистику².

Медицинский аборт у подростков — по-прежнему не экзотический случай. Социальные трансформации последних десятилетий привели к снижению среднего возраста сексуального дебюта, при этом более резкое падение характерно для девушек в отличие от юношей. Борьба с ранним началом половой жизни в текущих условиях вряд ли реальна — широкое освещение темы секса в средствах массовой информации, **неготовность** школы и родителей к обсуждению темы, давление со стороны сверстников и состояние быстро «повзрослевшего» организма делают вероятность перелома тенденции крайне малой.

Несомненно, сочетание всё большей «виртуализации» жизни и пандемии COVID-19 не располагало к интимным приключениям в реальности, но прогноз динамики возраста коитархе на 2020-е годы давать преждевременно. Официальные статистические данные по этой теме весьма ограничены и вряд ли существуют в консолидированном виде...

В условиях недостаточно эффективного полового просвещения и контрацептивного консультирования закономерным итогом ранних сексуальных отношений становятся **аборты** и инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), наносящие значительный ущерб репродуктивному здоровью молодёжи. Прерывание беременности у девушек-подростков, особенно в поздние сроки, чревато **более тяжёлыми** последствиями по сравнению с таковыми у взрослых. Чаще отмечают расстройства менструального цикла, воспаление внутренних половых органов, эктопическую беременность, самопроизвольные выкидыши, **преждевременные роды** и кровотечения. Более вероятны также экстрагенитальные заболевания и репродуктивные нарушения, которые впоследствии могут стать причиной бесплодия³.

Половое просвещение — крайне деликатная сфера: нужно рассказать всё «про это», не провоцируя чрезмерный интерес девочки к теме, и одновременно предоставить адекватную и **исчерпывающую информацию**, соответствующую возрасту. Учителя явно к этому не готовы, да и атмосфера современной школы наряду с хорошо известными законодательными ограничениями⁴ не располагает к доверительным разговорам между учениками и педагогами.

Консервативно-традиционалистское решение ограничить половое просвещение исключительно **рамками семьи** вряд ли спасёт положение. Озабоченные своими

проблемами родители также уделяют всё меньше времени детям, оставляя тех наедине с интернетом и другими не вполне адекватными источниками. Кроме того, многие взрослые сами **не обладают** достаточными знаниями в области культуры безопасного секса.

Сейчас молодёжь чаще всего получает разрозненную и противоречивую «репродуктивную информацию» от друзей и из интернета. Образовательная стратегия с целью **защитить подростков** от инфекций и беременности необходима, но кто, где и когда может доверительно и квалифицированно донести до них нужные знания, не встретив агрессивного сопротивления?

Кто, если не мы?

Пубертат — время основательной гормональной перестройки юного организма, которая не всегда идёт по плану, а важнейшая часть консультации в этом возрасте — выбор **безопасной и эффективной контрацепции**. Однако ведение девушек-подростков этим далеко не ограничено.

Прогнозирование, персонализированная профилактика и лечение нарушений репродуктивного здоровья девушек-подростков (в том числе используя и неконтрацептивные преимущества противозачаточных средств) могут быть реализованы только акушерами-гинекологами. Сложности на этом пути хорошо известны — ограничения врачебного приёма по времени не позволяют уделять много внимания «образовательной» составляющей в ущерб клинической, что также усугублено кадровой недоукомплектованностью.

Особенно отчётливо она выражена именно в области специализированной гинекологической помощи детям и подросткам — она **традиционно малочисленна**, в том числе по причине необходимости дополнительного 144-часового сертификационного цикла. Без него трудно обойтись — в работе с юными пациентками помимо медицинского профессионализма нужно обладать некоторыми навыками в **психосоциальной** сфере.

Несомненно, дефекты подростковой контрацепции носят **глобальный характер**. По результатам опубликованного в 2023 году анализа данных 59 стран с низким и средним доходом на душу населения, антирекорд принадлежит албанским девушкам — только **6,1%** из числа нуждающихся для контрацепции в возрасте 15—19 лет **используют современные методы** предохранения от нежеланной беременности⁵. Россия, к сожалению, не вошла в этот обзор, но положение с информированностью и приемлемостью наиболее эффективных методов контрацепции в нашей стране далеко от идеала.

Некоторые данные шокируют. Так, по данным опроса 716 российских подростков обоих полов, **60%** были хорошо осведомлены лишь о презервативах из всех эффективных средств предотвращения нежеланной беременности. **Лигирующим методом** контрацепции был барьерный, за которым следовал **прерванный половой акт**. Только одна девушка сообщила, что использовала гормональную контрацепцию, но в её случае это был предназначенный для экстренной защиты от нежеланной беременности препарат... Впрочем, двое молодых людей сообщили, что их партнёрши используют гормоны или внутриматочные средства⁶.

Каковы источники контрацептивного информирования в России? В Санкт-Петербурге 74,9% студенток-медиков получали информацию о сексе и контрацепции из интернета. Друзья уступили Всемирной сети, а врачи оказались лишь на третьем месте⁷. Впрочем, когда речь идёт о современных методах контрацепции, включая комбинированные гормональные препараты, относительное большинство (41%) участниц ещё одного аналогичного опроса узнавали об этих средствах **именно от врачей**⁸.

Представленные результаты опросов касались студенток медицинских институтов — как мы уже увидели, у школьниц знания ещё хуже. Исходя из логики и сложившихся реалий, **акушеры-гинекологи** способны стать основным источником достоверной информации о сексуальном здоровье для девушек. Именно их можно считать **наиболее подготовленными** к этой задаче — как минимум с медицинской точки зрения.

Шаг в «новую» жизнь

Период полового созревания называют «гормональным взрывом», «рождением взрослого человека» и «трудным возрастом». Это не случайно: в пубертате происходит множество процессов, которые будут влиять на всю дальнейшую жизнь, — от перестройки репродуктивных органов до становления стандартов поведения, включая сексуальное.

«Хромающая» демография

Россия в последние годы проходит одну за другой демографические «ямы» — периоды, когда резко снижается число рождений в силу сокращения людей репродуктивного возраста. Если в первое десятилетие XXI века численность населения, вступающего в этот период жизни (15–19 лет), колебалась около 11–12 млн, то в 2022 году она составила **всего 7 млн 433 тыс.**⁹ Малочисленные поколения детей и внуков Великой Отечественной войны, нестабильность 1990-х, карьерные устремления молодёжи 2000-х и пандемия COVID-19 2020-х стали тяжёлыми демографическими ударами. В 1991 году впервые была зафиксирована естественная убыль населения, а с 2017 по 2022 год такая ситуация повторяется ежегодно, при этом не только растёт смертность, но и стабильно падает рождаемость.

Врач **не может** оказать влияние на социально-экономические факторы, способствующие **повышению рождаемости**. В его руках есть только инструменты, которые призваны подготовить девушку к беременности и родам, максимально сохранив её здоровье. Это можно сделать с помощью **профилактических мероприятий**. Важные составляющие этой работы на всех уровнях здравоохранения — сексуальное просвещение, предотвращение заражения ИППП и **нежелательной беременности**, нормализация гормонального фона подростка.

Важнейшее изменение у девочек — менархе. Однако становление менструального цикла не происходит одномоментно — только у 75–80% юных пациенток нужная периодичность возникает в первые месяцы. Нередко наблюдают **волнообразную** цикличность — иногда менструации задерживаются, а порой возникающие кровотечения длятся дольше недели. Окончательная балансировка процесса может занимать до 3 лет. Сроки установления регулярных циклов зависят от **многих факторов**¹⁰, но считают, что у 95% здоровых девочек они должны установиться к возрасту 14–16 лет. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ «Аменорея и олигоменорея», отсутствие менструации в 15 лет уже считают первичной аменореей. Полноценная лютеиновая фаза и овуляторный пик обычно формируются только к **17–18 годам**, но это не исключает возможности **наступления беременности** даже в результате первого в жизни овуляторного цикла.

Бунтарство + незнание — опасное соседство

С 2000 года подростковый алкоголизм вырос на 39%, а средний возраст приобщения к алкоголю по сравнению с концом прошлого века снизился с 17 до 14 лет¹¹. Среди девушек 15% отметили, что находились в лёгком алкогольном опьянении, а 3% были под влиянием **и алкоголя, и наркотиков** во время первого сексуального контакта. Ситуацию усугубляют особенности сексуального поведения молодёжи — у 42% девушек сексуальный дебют происходит с человеком, встреченным незадолго до этого, то есть с **почти незнакомым**. Среди 15–17-летних студенток колледжей 12% при ответе на вопрос «Является ли для Вас нормальным заниматься сексом с мало-знакомыми людьми, **часто менять** половых партнёров?» выбрали «Для меня это нормально» (3%) и «Это рискованно, но себя оправдывает» (9%)¹². В ходе опросов большинство девушек высказывают желание иметь постоянного партнёра, но одновременно с его наличием не исключают и случайного секса¹³.

Странно и поразительно выглядит факт, что 21,5% сексуально активной молодёжи 15–19 лет не применяют **никакой** контрацепции. Чем они младше, тем ниже процент использования, более того, **только 4%** предохранялись при первом контакте¹⁴. В Москве и Московской области те или иные методы регулярно используют только 31,7% респондентов, а 6,4% сообщили, что у них **уже была нежеланная беременность**¹⁵.

Не менее **рискованное поведение** проявляется в отношении ИППП — 77% девушек доверяют в сексуальном плане внешне здоровому партнёру и только 61,8% применяли барьерные средства для защиты от инфицирования¹⁶. Постоянно это делают только 39,9%, а каждая восьмая сексуально активная девушка никогда не предпринимала никаких мер по предотвращению риска заражения ИППП/ВИЧ-инфекцией. При первом половом контакте **лишь 35–40%** несовершеннолетних использовали презерватив¹⁷.

Огромное множество сексуально активных девушек на протяжении долгих лет **вообще не используют** какие-либо методы контрацепции и профилактики инфекции. Именно поэтому совершенно не удивителен столь высокий уровень незапланированных беременностей, которые традиционно заканчиваются **искусственными абортами**. В России в 2020 году их официально зарегистрированный уровень в группе до 19 лет составляет 1,9 на 1000 девушек соответствующего возраста¹.

Лолиты наших дней

Подростковый период крайне сложен для любого человека вне зависимости от социального и экономического положения, интеллекта, состояния организма. У взрослеющего ребёнка появляются секреты от взрослых, и он **психологически закрывается**. У него меняется тело и физиология, и он не всегда понимает, что с этим делать и с кем можно об этом поговорить. Он материально и психологически зависит от родителей, но уже не готов повиноваться всем их требованиям. Результатом такого «подвешенного» состояния становится протестное и **рискованное поведение**, а также поиск нужной информации в сомнительных или не вполне релевантных источниках.

В этот момент ему на помощь должны прийти взрослые. Оптимальным вариантом могли бы быть родители, но, во-первых, часто дети им не до конца доверяют, а во-вторых, мамам и папам порой самим **не хватает** знаний, особенно медицинских. Именно поэтому одна из главных задач старших членов семьи — знать об особенностях состояния ребёнка и в нужное время **тактично направить** его к специалисту. Несомненно, врачам в этой ситуации надлежит помогать профессионально, без осуждения, не воспринимая его поведение (включая репродуктивное) как **«испорченное»**. Обобщённо и немного утрировано девочек-подростков первой трети XXI века можно описать таким образом.

- Психологически незрелые, недостаточно дисциплинированные, часто имеющие **комплекс неполноценности**, усугубляемый косметологическими дефектами (угревой сыпь, гипертрихозом) и ориентацией на культ «красивой жизни» в соцсетях.
- Обладают не очень хорошим соматическим здоровьем: на каждого российского подростка к 14 годам приходится **1,48 диагноза**¹.
- Осложнённый гинекологический профиль: предменструальный синдром, психоэмоциональная и гормональная нестабильность, часто **нерегулярные и болезненные** менструации.
- Не доверяют взрослым, особенно авторитарным. **Недостаточно критичны** к информации, исходящей от сверстников, из СМИ и интернета.
- Настроены в первую очередь на успех, внешность, внимание и карьеру. Планирование семьи **отодвинуто** на возраст примерно после 25 лет.
- Плохо подготовлены с точки зрения сексуального образования. Результат — 30% сексуально активных девушек не используют **ни один из методов** предохранения от нежеланной беременности, у 19% зачатие происходит в результате **первого в их жизни** незащищённого полового акта, а из пяти юных беременных только одна-две решаются на вынашивание¹⁸.
- В 13–16 лет часто уже ведут половую жизнь; к 19 годам больше половины участниц опросов **сменили три–шесть партнёров**, многие из контактов случайны и с малоизвестными мужчинами^{12,19}.
- Крайне **рискованно** ведут себя в отношении ИППП — контакты беспорядочные, доверяют партнёрам на слово, меньше половины используют презерватив при первом контакте, и только **4% делают это регулярно** в дальнейшем¹⁷.

Неудивительно, что в числе **наиболее распространённых** у девушек гинекологических расстройств, помимо нарушений менструального цикла (до 51% от числа обследованных), вульвовагиниты (27%), воспалительные заболевания органов малого таза (26%), синехии (6%), болезни молочных желёз (2,4%)^{20–22}. В одной из работ у 50,2% сексуально активных девочек выявлен ВПЧ высокого канцерогенного риска²³.

С широко закрытыми глазами

Опросы демонстрируют удручающие результаты в отношении знаний российского общества о контрацепции: **29,8% не доверяют** вообще никаким методам, 28,3% сохраняют надежду, что беременности удастся избежать, не предохраняясь, 19,6% опасаются возникновения побочных эффектов, 12,5% ссылаются на отсутствие информации, 5,2% указывают на дороговизну, 4,6% утверждают, что контрацепция противостоит, а **6% вообще не слышали** о гормональных противозачаточных средствах^{24,25}.

Причин такого положения несколько. Первая — **табуированность** самой темы: родители и школа, как и десятилетия назад, обходят её стороной. Второй источник проблемы в том, что в стране не сформирована надлежащая система **просвещения и профилактики** с целью снижения числа ранних половых связей, нежеланных беременностей, аборт и инфицирования возбудителями венерических болезней. Девушку, которая столкнулась с подобными ситуациями, скорее подвергнут **осуждению** и поставят на учёт, записав в неблагополучные, вместо оказания реальной помощи и принятия квалифицированных шагов по **предотвращению рецидивов**.

Наконец, разговорам о сохранении репродуктивного потенциала **мало** времени и усилий уделяют врачи первичного звена — на это нет отведённых часов, а информирование не входит в перечень обязательных медицинских услуг. Обращения за консультацией на предмет контрацепции, планирования семьи и защиты сексуального здоровья в нашей стране редки, а сами акушеры-гинекологи **нечасто поднимают** эту тему со своими пациентками.

В подобных условиях сложно предположить, что запреты, внутренний «моральный стержень», пропаганда целомудрия или общественное осуждение смогут одержать верх над «гормонами», современной молодёжной средой и альтернативными источниками информации. Качественное репродуктивное просвещение должно быть доступным, профессиональным и привлекательным для юных граждан страны. В противном случае их поведение так и будет напоминать хождение с завязанными глазами или же прыжок с «тарзанки» в полную неизвестность, поскольку подростки **не получают** своевременных, а главное, достоверных сведений, и даже осведомлённость женщин более старшего возраста оставляет желать лучшего.

[Девушку, которая столкнулась с нежеланной беременностью, аборт и венерическими болезнями скорее подвергнут осуждению и поставят на учёт, записав в неблагополучные, вместо оказания реальной помощи и принятия квалифицированных шагов по предотвращению рецидивов.]

Молодость устроена так, что её обладатели мало интересуются отдалёнными угрозами, их больше волнуют текущие проблемы. Именно это нужно использовать, чтобы **привлечь внимание** девочки-подростка к теме. Не секрет, что пациентки в основном обращаются к акушерам-гинекологам с предменструальными симптомами, нерегулярными и болезненными менструациями, непредсказуемыми обильными кровотечениями. Частые жалобы — косметические дефекты, такие как гипертрихоз, гирсутизм и акне. Всё это сопровождается **сниженной самооценкой**, лабильностью настроения и дезориентацией от происходящих изменений.

Именно через ликвидацию этих расстройств, остроактуальных для девочки-подростка, можно найти к ней подход и завоевать доверие. Благо для этого существует надёжный инструмент — **комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**, которые не только регулируют фертильность, но и обладают ценными дополнительными эффектами, такими как нормализация менструального цикла или борьба с проблемной кожей.

Неконтрацептивные бонусы

КОК — один из наиболее популярных обратимых методов контроля рождаемости во многих странах, где уровень их использования **гоходит до 40%** (в России он составляет около 10–13%)²⁶. Такая распространённость обусловлена не только подтверждённой надёжностью и безопасностью, но и благоприятными **неконтрацептивными эффектами**. Именно они часто становятся решающим аргументом в выборе пациентки. От этой группы лекарств ожидают улучшения состояния кожи, облегчения предменструального синдрома²⁷, в том числе болевых ощущений²⁸, восстановления **ритма менструаций** и снижения обильности кровотечения. Многие женщины также знают о способности КОК предотвращать развитие кист яичников и мастопатии. Подобные эффекты основаны на патогенезе этих состояний и механизме действия гормональных противозачаточных средств.

Первый из таких механизмов направлен на дефекты обмена арахидоновой кислоты, которые могут возникать при недостаточности лютеиновой фазы. Дефицит прогестерона сопряжён с ростом содержания простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов. Эти соединения в свою очередь ответственны за повышение тонуса миометрия и возрастание **частоты и интенсивности** маточных сокращений. Их избыток влияет на реологические свойства крови, вызывает ишемию мышечных клеток и повышает чувствительность брадикининовых рецепторов. Отсюда результат — **боли и усиление кровотечения**²⁹.

Есть два способа замедления арахидонового цикла — либо нестероидные противовоспалительные, либо комбинированные **эстроген-гестагенные** препараты. Первые эффективны, но их рекомендуют назначать только короткими курсами из-за побочных эффектов, в том числе из-за усиления кровоточивости. Вторые можно принимать длительно, а при правильном выборе прогестина они работают не менее результативно, чем обезболивающие средства, — симптомы первичной дисменореи **редуцируются на 70–80%**³⁰, значительно уменьшаются болевые ощущения, ишемия и сокращения миометрия.

При этом в подростковом возрасте в большинстве случаев приходится решать проблему, связанную не с дисменореей, а с ювенильными маточными кровоте-

чениями или, напротив, олигоменореей. КОК весьма **эффективно регулируют** такие нарушения³¹. Занимаясь параллельно регуляцией менструального цикла, кожными проблемами, болезненными менструациями и предупреждением опасных для жизни болезней, врач и пациентка решают **важнейшую задачу** — предотвращают нежеланную беременность и возможный аборт.

Несложный алгоритм

Неконтрацептивные позитивные эффекты оральных контрацептивов делают их чрезвычайно **привлекательным методом** предупреждения нежеланной беременности. При этом выбор способа нельзя основывать исключительно на их способности предотвращать или даже лечить те или иные гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Современные женщины **требовательны** к противозачаточным средствам, поэтому для правильного назначения следует использовать несколько переменных.

На первом месте, безусловно, должна стоять **надёжность** — необходимо гарантированно исключить нежеланное зачатие. Для подростка это особенно важно, поскольку в юном возрасте самая высокая вероятность того, что случайная беременность будет прервана, а если и будет сохранена, может оказаться опасной из-за незрелости организма матери. При том что для современной контрацепции в принципе характерна **высокая безопасность**, этот критерий выбора можно поставить на второе место.

Значительное внимание в современных реалиях уделяют такому критерию, как **приверженность** пациенток терапии. От наличия и выраженности побочных эффектов, а также от удобства применения зависит, будет ли женщина, а особенно девочка, использовать назначенный метод. Даже наличие трёх перечисленных параметров выбора позволяет сделать вывод: **не существует** идеального для всех способа, но для каждой пациентки можно подобрать такой, который подойдёт ей лучше всего.

Чтобы облегчить клиницисту ситуацию выбора, на международном³² и российском уровне приняты консенсусные рекомендации. В них дана характеристика каждого из разрешённых в настоящее время способов контрацепции, включая **ограничения и противопоказания**, применимость и безопасность для конкретных клинических ситуаций и состояния пациентки. В нашей стране документ обновлён в 2023 году и носит название «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции»³³. Один из его основополагающих моментов — категоризация состояний, которые влияют на **приемлемость** того или иного подхода к предохранению от нежеланной беременности.

■ **Категория 1** — состояние, при котором нет ограничений к применению выбранного способа контрацепции. Метод можно использовать **при любых** обстоятельствах.

Пример: комбинированные гормональные контрацептивы у пациенток 15–24 лет. С одной стороны, у них нет выраженных соматических заболеваний. С другой — назначение этих препаратов при нестабильности гормонального профиля и нерегулярных менструациях, которые можно наблюдать в подростковом возрасте, как раз **позволяет контролировать** длительность менструального цикла и обеспечивать профилактику аномальных маточных кровотечений пубертатного периода.

• **Категория 2** — состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать, при этом необходим **особый контроль** при приёме средства в соответствии с возможными осложнениями.

Пример: комбинированные гормональные контрацептивы для курящей женщины моложе 35 лет.

• **Категория 3** — состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие более приемлемые и доступные способы контрацепции.

Пример: комбинированные гормональные контрацептивы для женщины старше 35 лет, которая выкуривает менее 15 сигарет в день. В этом случае такие препараты **обычно не рекомендуют**, поскольку существуют другие доступные и приемлемые для неё методы. С другой стороны, необходимо оценить доступность и удобство альтернативных методов контрацепции, а также возможность тщательного наблюдения. Именно поэтому при назначении средств категории 3 врачу следует тщательно взвесить все «за» и «против».

• **Категория 4** — состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции (к применению средства есть **абсолютные противопоказания**). В этом случае способ не рекомендуют к применению.

Пример: комбинированные гормональные контрацептивы для женщины старше 35 лет, которая выкуривает более 15 сигарет в день. Препараты при данном сочетании не применяют по причине опасности для здоровья из-за **повышенного риска** инфаркта миокарда и инсульта.

Вероятно, наибольшие сложности возникают при определении категории 3, когда приходится взвешивать много факторов и тщательно оценивать состояние здоровья женщины. В ряде случаев для подтверждения состояний, при которых конкретный метод нежелателен или противопоказан (категории 3 и 4), целесообразно **организовать консультацию** пациентки у врача соответствующего профиля (кардиолога, терапевта и т.д.).

В руководстве подчёркнуто, что комбинированные контрацептивы для приёма внутрь — **наиболее часто** используемый в мире способ предохранения от нежеланной беременности, который хорошо переносится и обладает высоким уровнем безопасности. Метод уменьшает число прерываний беременности, риск рака яичников, эндометрия, толстой кишки, воспалительных заболеваний органов малого таза, эктопической беременности, доброкачественной дисплазии молочной железы, оказывает **лечебное действие** при анемии³⁴. Бонус гормональных препаратов в виде косметологических эффектов, улучшающих состояние при акне и гипертрихозе, способен **усилить мотивацию** подростков к их использованию.

[Для облегчения выбора врача приняты консенсусные рекомендации. В них дана характеристика каждого из разрешённых в настоящее время способов контрацепции, включая ограничения и противопоказания, применимость и безопасность для конкретных клинических ситуаций.]

Что может комбинация?

КОК разрешены к использованию подростками с момента первой менструации. Конечно, они не защищают пациентку от ВИЧ-инфекции и других ИППП. До появления постоянного партнёра, а также при их смене или случайных половых связях следует, не прерывая приёма гормонального средства, обязательно предохраняться с помощью презерватива — сочетание, известное как «метод пояса и подтяжек» или «голландский дубль».

В качестве эстрогена большинство таких комбинаций содержат низкие дозы (20–30 мкг) синтетического этинилэстрадиола или биоидентичного предшественника 17β-эстрадиола. Гестагенные компоненты оральных контрацептивов более вариabельны и включают в том числе производные спиронолактона. Представитель этой группы дроспиренон, как и другие гестагены, обеспечивает защиту от рака эндометрия и яичников, облегчает симптомы дисменореи и эндометриоза и уменьшает менструальную кровопотерю³⁵. При этом дроспиренонсодержащие препараты крайне мало влияют на систему свёртывания крови, сосудистую стенку, печень и не обладают кумулятивным эффектом. Помимо прочего они показаны для лечения умеренного акне и симптомов предменструального дисфорического расстройства³⁶.

Пубертат — время повышенной выработки андрогенов, которые вызывают кожные симптомы, серьёзно нарушающие качество жизни подростков, отражаясь на нервно-психическом статусе вплоть до депрессивных состояний. У дроспиренона сразу несколько механизмов, улучшающих состояние при акне, — он

[КОК разрешены к использованию подростками с момента первой менструации. Они не защищают пациентку от ВИЧ-инфекции и других ИППП, и до появления постоянного партнёра следует, не прерывая приёма гормонального средства, обязательно использовать презервативы.]

повышает синтез глобулина, связывающего половые стероиды, блокирует в волосяных фолликулах переход тестостерона в более активный дигидротестостерон и обладает локальным противовоспалительным действием.

Важный эффект дроспиренона — антиминералокортикоидная активность: он примерно в 8 раз сильнее, чем его предшественник спиронолактон, подавляет ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Её стимулируют эстрогены, входящие в состав контрацептива, а дроспиренон успешно нивелирует такое нежелательное действие второго компонента противозачаточного средства. Благодаря этому уменьшаются отёки в силу выведения из организма избытка воды и ионов натрия и снижается масса тела³⁷.

Дроспиренон (3 мг) в качестве гестагенной составляющей в сочетании с минимальным количеством этинилэстрадиола (20 мкг) входит, например, в препарат «Димиа»³⁸. В исследованиях такая комбинация при требуемом уровне надёжности не вызывает значительных изменений клинических, гемодинамических и вегетативных параметров у здоровых женщин. Низкая частота сопутствующих нежелательных эффектов сопровождается высокими показателями соблюдения

режима приёма. В исследовании 2018 года было продемонстрировано, что даже у 4% участниц, предъявивших жалобы на болезненность и нагрубание молочных желёз в первые 3 мес приёма, не было значительного ухудшения переносимости препарата и нарушения комплаентности. Более того, через 6 мес использования препарата жалобы, а также клинические и УЗ-признаки изменений в молочных железах **возвратились** к уровню до начала приёма³⁹.

Задача — повысить комфорт

Когда речь заходит о комплаентности к КОК, **ощущения женщины**, связанные с их использованием, крайне важны для продолжения приёма и соблюдения режима. Изначально при разработке схем назначения создатели препаратов придерживались порядка «21+7»: 21 день пациентка принимает таблетку с активными ингредиентами, а в последующие 7 дней — делает **перерыв**. Такой подход подразумевал, что лекарства должны имитировать стандартную среднестатистическую продолжительность менструального цикла.

Дальнейшее изучение вопроса показало, что есть резонные причины продлить активный период и **сократить безгормональный интервал**. Во-первых, это могло бы уменьшить количество дней менструации, доставляющей пациентке дискомфорт. Во-вторых, увеличение времени, когда на организм действуют внешние прогестины, улучшает их отсроченный **протективный эффект** на здоровье. Наконец, помимо кровотечения, период отмены обычно сопровождается другими **неприятными** симптомами, например головной болью, и желание их редуцировать вполне естественно.

При этом, как предполагалось, изменение схемы может негативно сказаться на эффективности курса, снизив надёжность защиты от нежеланной беременности. Мощное **опровержение** таких опасений пришло в 2011 году после завершения, возможно, крупнейшего в истории исследования по эффективности и переносимости оральных контрацептивов International Active Surveillance of Women Taking Oral Contraceptives (INAS)⁴⁰, где за **52 218 женщинами**, использовавшими разные комбинации и режимы контрацепции, наблюдали и оценивали результаты в течение 16–17 мес.

Оказалось, что оральные контрацептивы, содержащие прогестагены с более длительным периодом полувыведения (например, дроспиренон), при 24-дневном режиме приёма обеспечили **лучшую контрацептивную эффективность** (по индексу Перля) по сравнению со схемой «21+7». При новом подходе происходило лучшее подавление функции яичников и роста фолликулов и сокращалось время менструальноподобного кровотечения. Интересно, что у подростков вероятность нежеланной беременности уменьшалась **на 50%**, что было лучше показателя для взрослых. Ещё один шаг для улучшения комплаентности, применяемый в варианте «24+4», состоит в том, что женщина не делает перерывов, а принимает таблетки **ежедневно**, но четыре из них не несут активных ингредиентов. Такая находка резко снижает путаницу или ошибки при соблюдении схемы и дисциплинирует пациентку.

В настоящее время эффективность схемы «24+4» уже не вызывает сомнения, однако некоторые женщины предпочитают обходиться практически **вообще без**

кровотечений и практикуют непрерывный приём гормонов или делают короткие интервалы, к примеру раз в квартал. Подобный режим действительно демонстрирует высокие показатели отсутствия кровянистых выделений, однако такие пользователи более **подвержены прерыванию лечения** из-за непредсказуемого кровотечения, чем пациентки, которые используют контрацептивные средства в циклическом режиме. По этой причине требуется надлежащее консультирование перед назначением подобных схем и **инструктаж** по действиям при неожиданных эпизодах кровоточивости во время использования нестандартных режимов⁴¹.

Бережём фигуру

Один из главных факторов, препятствующих применению гормональных контрацептивов, — опасение **набора** массы тела, особо беспокоящее потребителей подросткового возраста⁴². При этом есть лишь **ограниченные свидетельства** увеличения веса в связи с применением этой группы препаратов, а в недавнем исследовании, специально проведённом для оценки этого показателя, авторы не обнаружили связи между ним и использованием гормональных контрацептивов⁴³. Учитывая, что минералокортикоидный рецептор контролирует **функцию адипоцитов**, назначение ингибирующего его дроспиренона предотвращает увеличение массы тела и рост белой жировой ткани⁴⁴. Предполагают и другие механизмы действия, помимо минералокортикоидного, на снижение массы тела, но они менее изучены.

Хотя прирост массы тела при приёме контрацептивов в основном связывают с эстрогенами, показано, что добавление к дроспиренону этинилэстрадиола не ухудшает метаболических показателей организма. В исследовании с участием 202 женщин, получавших на протяжении **36 менструальных циклов** такую комбинацию, не наблюдали существенных изменений массы тела, окружности талии, артериального давления и концентрации глюкозы в крови натощак. В то же время было отмечено **значительное снижение** уровня триглицеридов, общего холестерина и липопротеинов низкой плотности с одновременным повышением фракции липопротеинов высокой плотности⁴⁵.

В работе российских исследователей 6 мес приёма комбинации этинилэстрадиол/дроспиренон **не оказали** значительного влияния на индекс массы тела, окружность талии и бёдер. При этом статистически выражено **уменьшилась жирность кожи** и акне, а у **75% участниц** масса тела снизилась в среднем на 1,7 кг за 6 мес (**от 0,5 до 6 кг**), только у одной женщины масса тела увеличилась на 1 кг⁴⁶.

Возможно, некоторые КОК способны влиять на массу тела, но у этих «взаимоотношений» есть и обратная сторона — пациентки с лишним весом могут иметь более высокий **риск неэффективности** гормональных контрацептивов⁴⁷. Это крайне тревожащая тема — ожирение регистрируют у каждого пятого подростка и у **20—37% женщин** репродуктивного периода. В подобной ситуации именно дроспиренон может стать **особенно полезными**. В исследовании, где его назначали в режиме «24+4», была достигнута высокая **эффективность контрацепции**, в том числе у женщин с избыточным весом или ожирением. При этом не зарегистрировано **ни одного случая** венозной тромбоэмболии, частота гиперкалиемии составила всего 0,5%, а у пациенток с исходным уровнем артериального давления более 130/85 мм

ДЕВИЧЬИ СЕКРЕТЫ

НА ПРИЁМЕ — ПОДРОСТОК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА



ЧТО СЧИТАТЬ НОРМОЙ?

3–8

ДНЕЙ



НЕ БОЛЕЕ

80

мл
КРОВИ

24–38

ДНЕЙ

КАК ОБСЛЕДОВАТЬ?



Сбор
анамнеза



Гинекологи-
ческий осмотр

НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?

1



Нерегулярный
менструальный
цикл

2



Болевой син-
дром во время
менструации

3



Акне

4



Обильные
менструальные
кровотечения

5



ПМС

6



Наличие
полового
партнёра

ЧТО УТОЧНИТЬ?



Рост



Масса
тела



Питание



Приём лекарствен-
ных средств



Стрессы



Физическая
активность

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



УЗИ органов
малого таза



Гемостазиологи-
ческое
обследование —
при ОМК



Определение
концентрации β -ХГЧ —
для исключения
беременности



Определение
концентраций ФСГ, ЛГ,
эстрадиола, ТТГ,
андрогенов —
при гормональном
дисбалансе



Офисная гистероскопия и аспирационная биопсия эндометрия с гистологическим исследованием — при подозрении на атипичную гиперплазию или рак эндометрия у девушек с рецидивирующими ациклическими кровотечениями, не отвечающими на гормональную терапию

Вывод: При ведении юной пациентки с НМЦ акушеру-гинекологу важно следовать чётким **алгоритмам**: узнать о жалобах, **тщательно** обследовать и назначить **адекватное** лечение.

Подводя итоги

Комбинация 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона в составе препарата «Димиа» обладает сочетанием свойств, позволяющих рекомендовать его девочкам-подросткам в качестве эффективного контрацептива, одновременно регулирующего менструальный цикл, а также препарата для лечения гиперандрогенного синдрома.

- В большом количестве исследований подтверждено, что препарат эффективно **блокирует овуляцию** и регулирует гормональный баланс, что способствует **надёжной контрацепции** и коррекции менструального цикла^{48,49}.
- Антиминералокортикоидное действие дроспиренона уменьшает выраженность **предменструальных расстройств**, регулирует водно-солевой обмен, корректирует пищевое поведение^{44,50}.
- Дроспиренон снижает концентрации тестостерона и дигидротестостерона. Особенно эффективно это происходит в коже, что помогает при **гипертрихозе и акне**, в последнем случае значимо уменьшая сальность и выраженность угревой сыпи⁴⁶.
- Низкая доза этинилэстрадиола снижает до минимума риск эстрогензависимых побочных эффектов.
- Отсутствует негативное влияние на **липидный профиль**, концентрацию глюкозы, артериальное давление и массу тела⁴⁵.
- Риск тромбозов **не выше**, чем при использовании других оральных контрацептивов, и ниже, чем при беременности.

рт.ст. оно снижалось (в среднем на 8,5/4,9 мм рт.ст.). Других клинически значимых изменений не выявлено, а удовлетворённость участниц была высокой⁵¹. Таким образом, применение микродозированного этинилэстрадиола/дроспиренона у молодых пациенток, в том числе с **ожирением**, обосновано не только с позиции предохранения от нежеланной беременности, но и с точки зрения контроля массы тела, улучшения и сохранения общего и репродуктивного здоровья.

При назначении КОК только по медицинским показаниям (то есть для использования неконтрацептивных эффектов девушкам, не нуждающимся в контрацепции) необходимо подписать информированное согласие от пациенток и их родителей.



К концу первой четверти XXI века вопросам репродуктивного (и контрацептивного!) просвещения приданы новые акценты — неблагоприятная демографическая ситуация в стране и избыток **неадекватной информации**. Задача взрослых — врачей, родителей, педагогов — **самим владеть** современными и достоверными знаниями по этим вопросам и сделать так, чтобы подростки доверяли им, не искали ответы в **сомнительных источниках**, интернете и у сверстников, а в сложный период взросления обращались к профессионалам. **SP**

Литература

1. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. / Росстат. — М., 2021. — 171 с.
2. Rostovskaya T.K., Shabunova A.A., Knyazkova E.A., Afzali M. The abortion and contraceptive behavior: Results of the all-Russian research // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2022. — Т. 30. — №3. — С. 415–422. [PMID: 35670396]
3. Ишпахтин Ю.И., Матюшкина Л.С., Храмова И.А. Здоровье девочек-подростков, превративших беременность в поздние сроки // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2022. — Т. 22. — №3. — С. 37–43.
4. О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию: Федеральный закон №436-ФЗ от 29 декабря 2010 года.
5. Hellwig F., Barros A.J.D. What are the sources of contraceptives for married and unmarried adolescents: Health services or friends? Analysis of 59 low- and middle-income countries // Front. Public Health. — 2023. — Vol. 11. — P. 1100129. [PMID: 36815169]
6. Bolshakova M., Galimov A., Unger J.B. et al. Russian adolescent sexual behaviour and contraceptive knowledge // Sex Education. — 2020. — Vol. 20. — №5. — P. 568–582.
7. Багрина Я.В., Пюреев С.С. Исследование методов контрацепции у студенток СПбГПМУ // Forcipe. — 2019. — Т. 2. — №1. — С. 130–131.
8. Андреева А.С., Раимова С.Р., Толмачёв Д.А. Гормональная контрацепция среди студенток лечебного и педиатрического факультетов медицинской академии // Modern Science. — 2021. — №4–2. — С. 12–20.
9. Распределение населения по возрастным группам / Федеральная служба государственной статистики. — URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo14.xls>.
10. Saei Ghare Naz M., Farahmand M., Dashti S., Ramezani Tehrani F. Factors affecting menstrual cycle developmental trajectory in adolescents: A narrative review // Int. J. Endocrinol. Metab. — 2022. — Vol. 20. — №1. — P. e120438. [PMID: 35432553]
11. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Малые девнации: табакокурение и алкоголизация молодёжи (evidence-based) // Навигатор в мире науки и образования. — 2017. — №2 (35). — С. 156.
12. Брюно В.В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. — 2019. — Т. 7. — №1 (25). — С. 113–126.
13. Симонов С.Н., Большакова Н.Ю., Мальчикова В.С. и др. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения девушек-студенток // Медицина и физическая культура: наука и практика. — 2021. — Т. 3. — №4 (12). — С. 30–40.
14. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родоспоможения в Российской Федерации. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ, 2019. — 169 с.
15. Хломов К.Д., Бочавер А.А. Рискованное сексуальное поведение в подростковом возрасте. Обзор исследований // Психология и право. — 2021. — Т. 11. — №3. — С. 15–32.
16. Бабенко-Сорокопуд И.В. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного поведения девушек-подростков группы риска // Медико-социальные проблемы семьи. — 2021. — Т. 26. — №1. — С. 59–65.
17. Брюно В.В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. — 2018. — Т. 6. — №4 (24). — С. 117–129.
18. Матейкович Е.А., Абрамова А.В., Топчиу И.Ф. и др. Репродуктивное здоровье детей и подростков Тюменской области: версии и контраверсии эффективного сбережения // Академический журнал Западной Сибири. — 2023. — Т. 19. — №1 (98). — С. 17–24.
19. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. — М.: ПедиатрЪ, 2014. — 388 с.
20. Дуянова О.П., Пальчик Е.А., Каменева И.Ю. Гинекологическая заболеваемость у детей-подростков // LXXVI Международные научные чтения (памяти А.И. Опарина): Сборник статей. — М., 2020. — С. 88–91.
21. Мардоян М.А., Денисова Т.Г., Фёдоров А.А. и др. Состояние репродуктивного здоровья девочек в Чувашской Республике // Здравоохранение Чувашии. — 2019. — №2. — С. 55–59.
22. Магдиева Н.М., Исаева Л.М., Меджидов М.А. и др. Сравнительный анализ заболеваемости городского и сельского населения по данным медицинских профилактических осмотров девочек пубертатного возраста // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2022. — №5. — С. 5–10.
23. Зароченцева Н.В., Беляя Ю.М. Гинекологическая заболеваемость девочек в Московской области в период проведения программы вакцинопрофилактики папилломавирусной инфекции // Доктор.Ру. — 2021. — Т. 20. — №8. — С. 23–27.
24. Брызна Н.С., Сульдин А.М., Торопов Е.Е. Медико-социальные аспекты контрацепции и их взаимосвязь с преждевременным прерыванием беременности // Медицинская наука и образование Урала. — 2020. — Т. 21. — №3 (103). — С. 87–94.
25. Коржова А.Н., Мельник Е.Г., Ищенко О.Ю. Осведомлённость женщин в выборе гормональной контрацепции // Международный студенческий научный вестник. — 2022. — №3. — С. 8.
26. Протасова А.Э., Дьяконов С.А. Уроки здравого смысла. Юбилей комбинированной гормональной контрацепции // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2020. — №2–3 (65–67). — С. 59–67.
27. Rapkin A.J., Korotkaya Y., Taylor K.C. Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric

- disorder (PMDD): current perspectives // *Open Access J. Contracept.* — 2019. — Vol. 10. — P. 27–39. [PMID: 31572029]
28. Momoeda M., Akiyama S., Yamamoto S. et al. Burden of menstrual pain measured by heatmap visualization of daily patient-reported data in Japanese patients treated with ethinylestradiol/drospirenone: A randomized controlled study // *Int. J. Womens Health.* — 2020. — Vol. 12. — P. 175–185. [PMID: 32210639]
29. Itani R., Soubra L., Karout S. et al. Primary dysmenorrhea: pathophysiology, diagnosis, and treatment updates // *Korean J. Fam. Med.* — 2022. — Vol. 43. — №2. — P. 101–108. [PMID: 35320895]
30. Damm T., Lamvu G., Carrillo J. et al. Continuous vs. cyclic combined hormonal contraceptives for treatment of dysmenorrhea: A systematic review // *Contracept. X.* — 2019. — Vol. 1. — P. 100002. [PMID: 32550522]
31. Кузнецова И.В., Бурчаков Д.И. Управление менструальным циклом — новая концепция применения комбинированных оральных контрацептивов // *Медицинский алфавит.* — 2017. — Т. 2. — №10 (307). — С. 40–47.
32. Altshuler A.L., Gaffield M.E., Kiarie J.N. The WHO's medical eligibility criteria for contraceptive use: 20 years of global guidance // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2015. — Vol. 27. — №6. — P. 451–459. [PMID: 26390246]
33. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции / Российское общество акушеров-гинекологов. — М., 2023. — 270 с.
34. Галочкина Е.Г., Лабзина Л.Я. Необходимость современной гормональной контрацепции // *Научный альманах.* — 2019. — №7–1 (57). — С. 163–164.
35. Palacios S., Colli E., Regidor P.A. Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2019. — Vol. 98. — №12. — P. 1549–1557. [PMID: 31321765]
36. Regidor P.A., Mueller A., Mayr M. Pharmacological and metabolic effects of drospirenone as a progestin-only pill compared to combined formulations with estrogen // *Womens Health (Lond.).* — 2023. — Vol. 19. [PMID: 36744531]
37. Овсянникова Т.В., Куликов И.А. Контрацептивные и лечебные эффекты комбинированного орального контрацептива с дроспиреноном // *Медицинский алфавит.* — 2020. — №16. — С. 6–9.
38. Инструкция по медицинскому применению препарата «Димиа». — ГРЛС, 2020. — URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=92cbfecb-b8b5-48ff-8409-8581a7df2e7f.
39. Новикова В.А., Хорольский В.А., Стрельникова Н.П. и др. Влияние комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон + этинилэстрадиол, на состояние молочных желез у женщин репродуктивного возраста // *Медицинский вестник Северного Кавказа.* — 2018. — Т. 13. — №2. — С. 382–385.
40. Dinger J., Do Minh T., Buttman N., Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen // *Obstet. Gynecol.* — 2011. — Vol. 117. — №1. — P. 33–40. [PMID: 21213475]
41. Bonassi Machado R., Pompei L.M., Andrade R. et al. Bleeding pattern and management of unexpected bleeding/spotting with an extended regimen of a combination of ethinylestradiol 20 mcg and drospirenone 3 mg // *Int. J. Womens Health.* — 2020. — Vol. 12. — P. 235–242. [PMID: 32280282]
42. Slof-Op't Landt M.C.T., Van Furth E.F., Van Beijsterveldt C.E.M. et al. Prevalence of dieting and fear of weight gain across ages: A community sample from adolescents to the elderly // *Int. J. Public Health.* — 2017. — Vol. 62. — №8. — P. 911–919. [PMID: 28220234]
43. Herzig M., Bertsche A., Hilbert C. et al. Pharmacoepidemiological analysis of oral contraceptive use in adolescents in a German longitudinal cohort study // *Children (Basel).* — 2023. — Vol. 10. — №2. — P. 393. [PMID: 36832522]
44. Regidor P.A., Schindler A.E. Antiandrogenic and antiminerocorticoid health benefits of COC containing newer progestogens: dienogest and drospirenone // *Oncotarget.* — 2017. — Vol. 8. — №47. — P. 83334–83342. [PMID: 29137347]
45. Rezk M., Sayyed T., Ellakwa H. et al. Metabolic changes in overweight and obese women above 35 years using Ethinylestradiol/drospirenone combined contraceptive pills: A 3-year case-control study // *Gynecol. Endocrinol.* — 2016. — Vol. 32. — №10. — P. 844–847. [PMID: 27147294]
46. Артымух Н.В., Тачкова О.А. Лечебные неконтрацептивные свойства препарата, содержащего 0,03 мг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона // *Гинекология.* — 2019. — Т. 21. — №5. — С. 65–68.
47. Lopez L.M., Bernholz A., Chen M. et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2016. — Vol. 8. — Art. №CD008452. [PMID: 27537097]
48. Хачатурян А.Р., Мишарина Е.В., Ярмолинская М.И. Эффективность и безопасность применения дроспиреносодержащего микродозированного комбинированного орального контрацептива при стартовой контрацепции // *Гинекология.* — 2018. — Т. 20. — №2. — С. 9–13.
49. Сибирская Е.В., Тургунова Г.М. Терапия первичной дисменореи у девочек в подростковом периоде // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2020. — Т. 19. — №2. — С. 17–21.
50. Сибирская Е.В., Тургунова Г.М. Применение препарата «Димиа» для лечения предменструального синдрома у девочек пубертатного периода // *Гинекология.* — 2019. — Т. 21. — №5. — С. 45–48.
51. Kimble T., Burke A.E., Barnhart K.T. et al. A 1-year prospective, open-label, single-arm, multicenter, phase 3 trial of the contraceptive efficacy and safety of the oral progestin-only pill drospirenone 4 mg using a 24/4-day regimen // *Contracept. X.* — 2020. — Vol. 2. — P. 100020. [PMID: 32550535]

Научно-практическое издание

Колода Юлия Алексеевна, **Лёгкий** Сергей Витальевич

НА СТРАЖЕ ПОТЕНЦИАЛА

Девочка-подросток в XXI веке: взгляд акушера-гинеколога

Информационный бюллетень

Под редакцией **Радзинского** Виктора Евсеевича

Медицинский директор: Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал

Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора:

Хильда Юрьевна Симоновская

Научный эксперт: канд. мед. наук Сергей Александрович Дьяконов

Ответственные редакторы: Сергей Лёгкий, Мила Мартынова

Арт-директор: Латип Латипов

Препресс-директор: Нелли Демкова

Выпускающий редактор: Анастасия Тюменцева

Вёрстка: Юлия Скуточкина, Дмитрий Амплеев

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

Подписано в печать 23.06.2023. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1,25. Тираж 15 300 экз.

Ответственность за содержание рекламы и публикаций

«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс».

105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1.

Бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902.

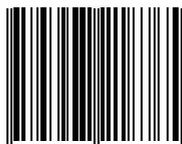
Е-mail: info@praesens.ru, сайт: praesens.ru.

Telegram-канал: t.me/praesensaig.

Группа ВКонтакте: vk.com/praesens.

Отпечатано в типографии ООО «МИНИН»

603108, г. Нижний Новгород, ул. Ракетная, д. 1а.



9 785907 218765