

Гормональная контрацепция

Мусина А.З.

- В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности признана **гормональная контрацепция**, основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

| Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы | | Чисто гестагенные контрацептивы | |
|---|---|---|---|
| Оральные | Парентеральные | Оральные | Парентеральные |
| <p>Монофазные</p> <p>Двухфазные</p> <p>Трёхфазные</p> | <p>Вагинальное кольцо</p> <p>НоваРинг[©]</p> <p>Трансдермальная контрацептивная система Евра[©]</p> | <p>Мини-пили (Микролют[©] Экслютон[©], Чарозетта[©])</p> | <p>Импланты левоноргестрела Нормплант[©]</p> <p>Инъекции медроксипрогестерона</p> <p>Внутриматочная гормональная система с левоноргестрелом Мирена[©]</p> |

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

(КОК):

- Каждая таблетка комбинированных оральных контрацептивов (КОК) содержит эстроген и прогестаген.
- В качестве эстрогенного компонента КОК применяют синтетический **эстроген — этинилэстрадиол**, в качестве **прогестагенного** — различные синтетические прогестагены (синоним — **прогестины**).

Механизм контрацептивного действия КОК:

- подавление овуляции;
- сгущение шейечной слизи;
- изменение эндометрия, препятствующее имплантации.

Механизм контрацептивного действия КОК:

- **Прогестагенный компонент** – обеспечивает контрацептивное действие КОК.
- **Этинилэстрадиол** - поддерживает пролиферацию эндометрия и обеспечивает контроль цикла (отсутствие промежуточных кровотечений при приёме КОК).
- **этинилэстрадиол** необходим для замещения эндогенного эстрадиола, поскольку при приёме КОК нет роста фолликула и, следовательно, эстрадиол в яичниках не вырабатывается.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОК

Химические синтетические прогестагены — стероиды; их классифицируют по происхождению. Подобно естественному прогестерону, синтетические прогестагены вызывают секреторную трансформацию стимулированного эстрогеном (пролиферативного) эндометрия. Этот эффект обусловлен взаимодействием синтетических прогестагенов с ПР эндометрия. Помимо влияния на эндометрий, синтетические прогестагены действуют также и на другие органы — мишени прогестерона.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- Благоприятны для оральной контрацепции антиандрогенный и антиминералокортикоидный эффекты прогестагенов, нежелательны — андрогенное действие прогестагенов.

КЛАССИФИКАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- Остаточный андрогенный эффект нежелателен, так как клинически может проявляться появлением акне, себореей, изменением липидного спектра сыворотки крови, изменением толерантности к углеводам и увеличением массы тела вследствие анаболического действия.

прогестагены можно разделить на следующие группы:

- Высокоандрогенные прогестагены (норэтистерон, линэстренол, этинодиол).
- Прогестагены с умеренной андрогенной активностью (норгестрел, **левоноргестрел** в высоких дозах, 150–250 мкг/сут).
- Прогестагены с минимальной андрогенностью (**левоноргестрел** в дозе не более 125 мкг/сут, в том числе трёхфазный), этинилэстрадиол+гестоден, дезогестрел, норгестимат, **медроксипрогестерон**).

ВОЗ рекомендует

- ВОЗ рекомендует использовать КОК с низкоандрогенными прогестагенами.
- дезогестрел обладает высокой прогестагенной и низкой андрогенной активностью и самым низким сродством к ГСПГ, поэтому даже в высоких концентрациях не вытесняет андрогены из связи с ним.

ВОЗ рекомендует

- Антиандрогенным эффектом обладают ципротерон, диеногест и дроспиренон, а также хлормадион. Клинически антиандрогенное действие ведёт к уменьшению андрогензависимых симптомов — акне, себореи, гирсутизма. Поэтому КОК с антиандрогенными прогестагенами применяют не только для контрацепции, но и для лечения андрогенизации у женщин, например при СПКЯ, идиопатической андрогенизации и некоторых других состояниях.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- Побочные эффекты чаще возникают в первые месяцы приёма КОК (у 10–40% женщин), в последующее время их частота снижается до 5–10%.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

Избыточное влияние эстрогенов:

- головная боль;
- повышение АД;
- раздражительность;
- тошнота, рвота;
- головокружение;
- мастодиния;
- хлоазма;
- ухудшение состояния варикозных вен;
- ухудшение переносимости контактных линз;
- увеличение массы тела.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

Недостаточный эстрогенный эффект:

- головная боль;
- депрессия;
- раздражительность;
- уменьшение размера молочных желёз;
- снижение либидо;
- сухость влагалища;
- межменструальные кровотечения в начале и середине цикла;
- скудные менструации.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

Избыточное влияние прогестагенов:

- головная боль;
- депрессия;
- утомляемость;
- угревая сыпь;
- снижение либидо;
- сухость влагалища;
- ухудшение состояния варикозных вен;
- увеличение массы тела.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

Недостаточный прогестагенный эффект:

- обильные менструации;
- межменструальные кровотечения во второй половине цикла;
- задержка менструации.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- Если побочные эффекты сохраняются дольше чем 3–4 мес после начала приёма и/или усиливаются, то следует сменить или отменить контрацептивный препарат.
- Серьёзные осложнения при приёме КОК крайне редки. К ним относят тромбозы и тромбозэмболии (тромбоз глубоких вен, тромбозэмболия лёгочной артерии).

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- наличие хотя бы одного фактора риска развития тромбозов (курение, сахарный диабет, высокие степени ожирения, артериальная гипертензия и т.д.) служит относительным противопоказанием к приёму КОК. Сочетание двух и более перечисленных факторов риска (например, курение в возрасте старше 35 лет) вообще исключает применение КОК.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОК

- Тромбозы и тромбоэмболии как при приеме КОК, так и при беременности могут быть проявлениями скрытых **генетических форм тромбофилии** (резистентность к активированному протеину С, гипергомоцистеинемия, дефицит антитромбина III, протеина С, протеина S; АФС).
- Рутинное определение протромбина в крови не даёт представления о системе гемостаза и не может быть критерием назначения или отмены КОК. При выделении латентных форм **тромбофилии** следует проводить специальное исследование гемостаза.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОК

- тромбоз глубоких вен, ТЭЛА (в том числе в анамнезе), высокий риск тромбоза и тромбоэмболии (при обширном оперативном вмешательстве, связанном с длительной иммобилизацией, при врождённых тромбофилиях);
- ИБС, инсульт (наличие в анамнезе цереброваскулярного криза);
- АГ с систолическим АД 160 мм рт.ст. и более и/или диастолическим АД 100 мм рт.ст. и более и/или с наличием ангиопатии;
- осложнённые заболевания клапанного аппарата сердца (гипертензия малого круга кровообращения, фибрилляция предсердий, септический эндокардит в анамнезе);
- совокупность нескольких факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний (возраст более 35 лет, курение, диабет, гипертензия);

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОК

- болезни печени (острые вирусные гепатиты, хронический активный гепатит, цирроз печени, опухоль печени);
- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой;
- СД с ангиопатией и/или длительностью заболевания более 20 лет;
- рак молочной железы, подтверждённый или подозреваемый;
- курение более 15 сигарет в день в возрасте старше 35 лет;
- лактация в первые 6 нед после родов;
- беременность.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ

- После прекращения приёма КОК нормальное функционирование системы «гипоталамус–гипофиз–яичники» быстро восстанавливается. Более 85–90% женщин способны забеременеть в течение одного года.
- Приём КОК до начала зачатия не оказывает отрицательного влияния на плод, течение и исход беременности.
- Кратковременный приём КОК (в течение 3 мес) вызывает повышение чувствительности рецепторов системы «гипоталамус–гипофиз–яичники», поэтому при отмене КОК происходит выброс тропных гормонов и стимуляция овуляции. Этот механизм носит название **«ребаундэффект»**, его используют при лечении некоторых форм ановуляции.
- В редких случаях после отмены КОК можно наблюдать аменорею. Аменорея может быть следствием атрофических изменений эндометрия, развивающихся при приёме КОК. Менструация появляется при восстановлении функционального слоя эндометрия самостоятельно или под влиянием терапии эстрогенами. Примерно у 2% женщин, особенно в ранний и поздний периоды фертильности, после прекращения приёма КОК можно наблюдать аменорею продолжительностью более 6 мес (синдром гиперторможения).

ПРАВИЛА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КОК

- Подбор КОК производят по следующей схеме:
 1. Целенаправленный опрос, оценка соматического и гинекологического статуса
 2. Выбор конкретного препарата с учётом его свойств и при необходимости лечебных эффектов; консультирование женщины о методе КОК.
 3. Наблюдение за женщиной в течение 3–4 мес, оценка переносимости и приемлемости препарата. При необходимости — решение о смене или отмене КОК.
 4. Диспансерное наблюдение за женщиной в течение всего времени использования КОК.

Препарат первого выбора

- Препаратом первого выбора должен быть **монофазный КОК** с содержанием эстрогена не более 35 мкг/сут и **низкоандрогенным гестагеном**.
- Трёхфазные КОК можно рассматривать в качестве препаратов резерва при появлении признаков эстрогенной недостаточности на фоне монофазной контрацепции (плохой контроль цикла, сухость слизистой оболочки влагалища, снижение либидо). Кроме того, трёхфазные препараты показаны для первичного назначения женщинам с признаками эстрогенной недостаточности.

Выбор КОК

| Клиническая ситуация | Рекомендации |
|--|--|
| Акне и/или гирсутизм, гиперандрогения | Препараты с антиандрогенными прогестагенами |
| Нарушение менструального цикла (дисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, олигоменорея) | КОК с выраженным прогестагенным эффектом (марвелон [®] , микрогинон [®] , фемоден [®] , жанин [®]). При сочетании дисфункциональных маточных кровотечений с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия продолжительность лечения должна составлять не менее 6 мес |
| Эндометриоз | Монофазные КОК с диеногестом, левоноргестрелом, дезогестрелом или гестоденом, а также гестагенные КОК показаны к использованию в длительном режиме. Применение КОК может способствовать восстановлению генеративной функции |

Выбор КОК

| Клиническая ситуация | Рекомендации |
|--|--|
| Сахарный диабет без осложнений | Препараты с минимальным содержанием эстрогена — 20 мкг/сут |
| Первичное или повторное назначение КОК курящей пациентке | При курении в возрасте до 35 лет — КОК с минимальным содержанием эстрогена. Курящим пациенткам старше 35 лет КОК противопоказаны |
| Предыдущие приёмы КОК сопровождались прибавкой веса, задержкой жидкости в организме, мастодинией | Ярина© |
| При предыдущих приёмах КОК наблюдали плохой контроль менструального цикла (в случаях, когда другие причины, кроме приёма КОК, исключены) | Монофазные или трёхфазные КОК (Три-Мерси©) |

Период адаптации

- Первые месяцы после начала приёма КОК служат периодом адаптации организма к гормональной перестройке. В это время возможно появление межменструальных мажущих кровотечений или реже — кровотечений «прорыва» (у 30–80% женщин), а также других побочных эффектов, связанных с нарушением гормонального равновесия (у 10–40% женщин). Если эти нежелательные явления не проходят в течение 3–4 мес, это может быть основанием для смены контрацептива (после исключения других причин — органических заболеваний репродуктивной системы, пропуска таблеток, лекарственных взаимодействий)

Подбор КОК второго ряда

| Проблема | Тактика |
|------------------------------------|--|
| Эстрогензависимые побочные эффекты | Снижение дозы этинилэстрадиола Переход с 30 на 20 мкг/сут этинилэстрадиола Переход с трёхфазных на монофазные КОК |
| Гестагензависимые побочные эффекты | Снижение дозы прогестагена Переход на трёхфазный КОК Переход на КОК с другим прогестагеном |
| Снижение либидо | Переход на трёхфазный КОК Переход с 20 на 30 мкг/сут этинилэстрадиола |
| Депрессия | Переход на трёхфазный КОК Переход с 20 на 30 мкг/сут этинилэстрадиола |
| Угревая сыпь | Переход на КОК с антиандрогенным эффектом |
| Нагрубание молочных желёз | Переход с трёхфазного на монофазный КОК Переход на этинилэстрадиол+дроспиренон Переход с 30 на 20 мкг/сут этинилэстрадиола |

Подбор КОК второго ряда

| Проблема | Тактика |
|--------------------------|--|
| Сухость влагалища | Переход на трёхфазный КОК Переход на КОК с другим прогестагеном |
| Боли в икроножных мышцах | Переход на 20 мкг/сут этинилэстрадиола Отмена КОК |
| Скудные менструации | Переход с монофазного на трёхфазный КОК Переход с 20 на 30 мкг/сут этинилэстрадиола |
| Обильные менструации | Переход на монофазный КОК с левоноргестрелом или дезогестрелом Переход на 20 мкг/сут этинилэстрадиола |

Подбор КОК второго ряда

| Проблема | Тактика |
|--|---|
| Межменструальные кровянистые выделения в начале и середине цикла | Переход на трёхфазный КОК Переход с 20 на 30 мкг/сут этинилэстрадиола |
| Межменструальные кровянистые выделения во второй половине цикла | Переход на КОК с большей дозой прогестагена |
| Аменорея на фоне приёма КОК | Требуется исключить беременность Совместно с КОК этинилэстрадиол в течение всего цикла Переход на КОК с меньшей дозой прогестагена и большей дозой эстрогена, например трёхфазный |

Основные принципы наблюдения женщин, применяющих КОК

- в ежегодном гинекологическом обследовании - кольпоскопию и цитологическое исследование;
- в осмотре молочных желёз каждые полгода (у женщин, в анамнезе которых отмечены доброкачественные опухоли молочных желёз и/или рак молочной железы в семье), проведении маммографии один раз в год (у пациенток в перименопаузе);
- в регулярном измерении АД: при повышении диастолического АД до 90 мм рт.ст. и более — прекращение приёма КОК;
- в специальном обследовании по показаниям (при развитии побочных эффектов, появлении жалоб).

При нарушениях менструальной функции — исключение беременности и трансвагинальное ультразвуковое сканирование матки и её придатков.

ПРАВИЛА ПРИЁМА КОК

- Все современные КОК выпускают в «календарных» упаковках, рассчитанных на один цикл приёма (21 таблетка — по одной в день). Существуют также упаковки с 28 таблетками, в этом случае последние 7 таблеток не содержат гормонов («пустышки»). В таком случае упаковки следует принимать без перерыва, что уменьшает вероятность того, что женщина забудет вовремя начать приём следующей упаковки.
- Женщинам с аменореей следует начинать приём в любое время при условии достоверно исключенной беременности. В первые 7 дней требуется использовать дополнительный метод контрацепции.

ПРАВИЛА ПРИЁМА КОК

- Женщинам, кормящим грудью:
- ранее чем через 6 нед после родов КОК не назначают;
- в период от 6 нед до 6 мес после родов, если женщина кормит грудью, использовать КОК только в случае крайней необходимости (метод выбора — минипили);
- более чем через 6 мес после родов КОК назначают:
 - ◆ при аменорее
 - ◆ при восстановленном менструальном цикле

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- Пролонгированная контрацепция предусматривает увеличение продолжительности цикла от 7 нед до нескольких месяцев.
- Её применяют по медицинским показаниям при нарушениях менструального цикла, эндометриозе, ММ, анемии, сахарном диабете и т.д.
- Пролонгированную контрацепцию можно применять не только с целью отсрочки менструаций, но и с лечебной целью. Например, после хирургического лечения эндометриоза в непрерывном режиме в течении 3–6 мес, что значительно снижает симптомы дисменореи, диспареунию, способствует повышению качества жизни пациенток и их сексуальную удовлетворённость.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- При ММ подавляется синтез эстрогенов яичниками, снижается уровень общих и свободных андрогенов, которые под действием синтезируемой тканям миомы **ароматазы** могут превращаться в эстрогены. При этом в организме женщины не наблюдаются эстрогенного дефицита за счёт его восполнения этинилэстрадиолом, входящим в состав КОК.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- при СПКЯ непрерывный приём марвелона[©] в течение 3 циклов вызывает более значительное и стойкое снижение ЛГ и тестостерона, сравнимое с таковым при использовании агонистов ГнРГ, и способствует гораздо большему снижению этих показателей, чем при приеме в стандартном режиме.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- в лечении дисфункциональных маточных кровотечений, синдрома гиперполименореи в перименопаузе, а также с целью купирования вазомоторных и нервнопсихических нарушений климактерического синдрома. Помимо этого, пролонгированная контрацепция усиливает онкозащитный эффект гормональной контрацепции и способствует предотвращению потери костной ткани у женщин данной возрастной группы.

ПРАВИЛА ЗАБЫТЫХ И ПРОПУЩЕННЫХ ТАБЛЕТОК

Если пропущена 1 таблетка:

- ◆ опоздание в приёме менее 12 ч — принять пропущенную таблетку и продолжить приём препарата до конца цикла по прежней схеме;
- ◆ опоздание в приёме более 12 ч — те же действия плюс:
 - при пропуске таблетки на 1й неделе использовать в течение последующих 7 дней презерватив;
 - при пропуске таблетки на 2й неделе необходимости в дополнительных средствах предохранения нет;
 - при пропуске таблетки на 3й неделе, закончив одну упаковку, следующую начать без перерыва; необходимости в дополнительных средствах предохранения нет.
- Если пропущены 2 таблетки и более — принимать по 2 таблетки в день, пока приём не войдёт в обычный график, плюс использовать дополнительные методы контрацепции в течение 7 дней. Если после пропущенных таблеток начнутся кровянистые выделения, приём таблеток из текущей упаковки лучше прекратить и начать новую упаковку через 7 дней, считая от начала пропуска таблеток.

ПРАВИЛА НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- Первичное назначение — с 1го дня менструального цикла. Если приём начат позже (но не позднее 5го дня цикла), то в первые 7 дней необходимо использовать дополнительные методы контрацепции.
- Назначение после аборта — сразу после аборта. Аборт в I, II триместрах, а также септический аборт относят к состояниям категории 1 (ограничений к использованию метода нет) для назначения КОК.
- Назначение после родов — при отсутствии лактации — не ранее 21го дня после родов (категория 1). При наличии лактации КОК не назначать, использовать минипили не ранее чем через 6 нед после родов (категория 1).

ПРАВИЛА НАЗНАЧЕНИЯ КОК

- Переход с высокодозированных КОК (50 мкг этинилэстрадиола) на низкодозированные (30 мкг этинилэстрадиола и менее) — без 7дневного перерыва (чтобы не произошла активация гипоталамогипофизарной системы из-за снижения дозы).
- Переход с одного низкодозированного КОК на другой — после обычного 7дневного перерыва.
- Переход с минипили на КОК — в первый день очередного кровотечения.
- Переход с инъекционного препарата на КОК — в день очередной инъекции.
- Переход с комбинированного вагинального кольца на КОК — в день удаления кольца или в день, когда должно было быть введено новое. Дополнительной контрацепции не требуется.

ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН (МИНИПИЛИ)

Оральные контрацептивы минипили содержат только микродозы прогестагенов (300–500 мкг), что составляет 15–30% дозы прогестагена в комбинированных эстрогенгестагенных препаратах.

Механизм контрацептивного действия минипили складывается из следующих факторов:

- шеечный фактор — под влиянием минипили уменьшается количество шеечной слизи, повышается её вязкость, что обеспечивает снижение пенетрирующей способности сперматозоидов в перiovуляторном периоде;
- маточный фактор — применение минипили приводит к изменениям эндометрия, препятствующим имплантации (преждевременная секреторная трансформация, а при длительном применении — атрофия эндометрия);
- трубный фактор — минипили обуславливают замедление миграции яйцеклетки по маточной трубе вследствие снижения сократительной активности маточных труб;
- центральный фактор — у 25–30% пациенток минипили подавляют овуляцию.

МИНИПИЛИ

- Контрацептивная эффективность минипили — 0,3–9,6 беременностей на 100 женщин/лет. Минипили — надёжный метод контрацепции только у кормящих женщин. В других ситуациях следует использовать их только в том случае, если невозможно использовать более надёжные методы, например КОК.
- К основным препаратам класса относят микролют[©], эксклютон[©], чарозеттау[©]. Минипили принимают в непрерывном режиме в одно и то же время суток, начиная с 1го дня менструального цикла. Поскольку при этом в большинстве случаев овуляция у женщин сохраняется, надёжная контрацепция может быть достигнута только при тщательном соблюдении режима приёма минипили (отклонение во времени приёма не более 3 ч). После родов, если женщина кормит грудью, приём препарата начинают через 6–8 нед после рождения ребёнка.

МИНИПИЛИ

Показания:

- период лактации (спустя 6 нед после родов) — минипили не влияют на продолжительность лактации, количество и качество молока;
- наличие противопоказаний к назначению эстрогенов (ряд экстрагенитальных заболеваний) или эстрогензависимые осложнения в анамнезе;
- репродуктивный возраст, включая поздний, пременопауза;
- ожирение.

МИНИПИЛИ

Противопоказания те же, что при назначении КОК.

Побочные эффекты:

- нарушения менструального цикла;
- тошнота, рвота;
- депрессия;
- увеличения массы тела;
- снижение либидо;
- головная боль, головокружение;
- нагрубание молочных желёз.

МИНИПИЛИ

Ограничения метода:

- меньшая контрацептивная эффективность по сравнению с КОК;
- необходимость строгого соблюдения режима приёма препарата (строго в одно и то же время);
- увеличение риска развития функциональных кист яичников;
- увеличение риска внематочной беременности (её частота составляет 2 на 100 женщин/лет; вместе с тем в соответствии с критериями приемлемости ВОЗ внематочная беременность в анамнезе отнесена ко 2му классу приемлемости, т.е. польза от применения метода превышает теоретический и доказанный риск);
- нарушения менструального цикла:
 - ◆ появление ациклических маточных кровотечений;
 - ◆ укорочение менструального цикла до 25 дней и менее;
 - ◆ появление маточных кровотечений «прорыва».

МИНИПИЛИ

Преимущества метода:

- низкое содержание прогестагена и отсутствие эстрогенного компонента;
- в сравнении с КОК более низкий риск развития заболеваний сердечнососудистой системы и цереброваскулярных нарушений;
- не влияют на углеводный обмен и систему свёртывания крови;
- оказывают терапевтическое действие при дисменорее, ПМС, овуляторных болях, воспалительных заболеваниях внутренних половых органов;
- быстрое восстановление фертильности (в течение 3 мес после отмены препарата);
- допускают применение в период лактации;
- возможно применение курящими женщинами старше 35 лет;
- простота и биодоступность применения.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

- При появлении болей в животе и/или длительных кровянистых выделений из половых путей необходимо исключить функциональные кисты яичников (разрыв, перекрут ножки кисты), внематочную беременность, гиперпластические процессы в эндометрии, ММ, эндометриоз.
- При задержке менструации на 45 дней и более — исключить беременность (при желании пациентки сохранить беременность необходимо просто прекратить приём минипили — низкая доза прогестагена в препаратах данной группы не приводит к увеличению риска врождённых пороков развития плода).

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

- Пациенткам с высоким риском наступления беременности (сохраняется двухфазный характер кривой базальной температуры) рекомендуют использование дополнительного метода контрацепции с 10го по 16й день цикла (при регулярном менструальном цикле) или КОК (при отсутствии противопоказаний).
- При появлении межменструальных кровянистых выделений в первые месяцы применения минипили следует продолжить обычный приём препарата (как правило, через 6–12 мес менструальный цикл нормализуется) либо перейти к другому методу контрацепции.

