

Контрацепция при Фиброзно-кистозной мастопатии			
Состав		Коммерческое название	Режим приема
Эстраген	Гестаген		
Монофазные оральные контрацептивы			
Микродозированные			
Этинилэстрадиол 20 мкг.	Дезогрестрел 150 мкг.	Новинет	
	Дезогрестрел 75 мкг.	Мерсилон	
	Левоноргестрел 0,1 мг.	Логест	
	Гестоден 75 мкг	Безантра	21+7
	Дроспиренон 3 мг.	Гестарелла	
		Левоноргестрел 0,1 мг.	Линдинет 20
Этинилэстрадиол 20 мкг./ Этинилэстрадиол 10 мкг. (таблетки отмены)		Даилла	
		Джес	24+4 до 120 дней (пролонгировано) 84+7
	Левоноргестрел 0,1 мг.	Модэлль Либера	
Низкодозированные			
Этинилэстрадиол 30 мкг.	Дезогрестрел 150 мкг.	Регулон	
	Гестоден 75 мкг.	Марвелон	
	Дроспиренон 3 мг.	Дейзи-30	
		Фемоден	
		Линдинет 30	
		Дроспиренон 3 мг.	Ярина
Этинилэстрадиол 30 мкг.	Диенгест 2 мг.	Мирина	
	Левоноргестрел 150 мкг.	Модель ПРО	21+7
		Силуэт	
	Левоноргестрел 150 мкг.	Микрогинон	
		Оралкон	
		Ригевидон	
Трехфазные оральные контрацептивы			
I таб.	II таб.	III таб.	
Левоноргестрел 50 мкг. Этинилэстрадиол 30 мкг.	Левоноргестрел 75 мкг. Этинилэстрадиол 40 мкг.	Левоноргестрел 125 мкг. Этинилэстрадиол 30 мкг.	Три-Регол (6+5+10)+7

Эстрадиола валерат 20 мг./ Эстрадиола валерат 10 мг. (таблетки отмены)	Диеногест 3 мг.	Клайра	21+7
17β-эстрадиол (эстрадиола гемигидрат 1,55 мг)	Номегэстрола ацетат 2,5 мг.	Зоэли	24+4
Эстерола моногидрат (Е4) 15 мг	Дроспиренон 3 мг.	Эстеретта	24+4
Прогестагенвысвобождающие внутриматочные системы			
Исходный вариант	Левоноргестрел 52 мг.		
Через 1 год после введения	20 мкг/сут		
Через 5 лет после введения	18 мкг/сут	Мирена	До 6 лет
Через 6 лет после введения	10 мкг/сут 9 мкг/сут		
Через 24 дня	Левоноргестрел 19,5 мг.		
Через 1 год после введения	17,5 скг/сут		
Через 5 лет после введения	9,8 мкг/сут 7,4 мкг/сут	Кайлина	До 5 лет
Трансдермальные контрацептивные средства			
Норэргестромин	Этинилэстрадиол	Евра	
1 ТТС - 6 мг	1 ТТС - 600 мкг		Каждую использованную ТТС Евра® удаляют и сразу же заменяют новой в один и тот же день недели («день замены»), на 8-й и 15-й дни менструального цикла (2-я и 3-я нед). ТТС Евра® можно менять в любое время дня замены. В течение 4-й нед, с 22-го по 28-й день цикла, ТТС Евра® не используют. Новый контрацептивный цикл начинается на следующий день после окончания 4-й нед
Выделение в течение 24 часов - 203 мкг	Выделение в течение 24 часов – 33,9 мкг		
Интравагинальные контрацептивы, вагинальное кольцо с комбинацией эстрогена и гестагена			
Этинилэстрадиол 2,7 мг.	Этоногестрел 11,7 мг.	НоваРинг	21+7

Актуальность.

В последние годы проблема заболеваний молочных желез в России сохраняет высокую актуальность, что связано с неуклонным ростом частоты встречаемости онкологических заболеваний данной локализации. Заболеваемость раком молочной железы в мире увеличивается в среднем на 1% в год. По оценкам некоторых авторов, в следующем десятилетии от него будут страдать 5 млн женщин во всем мире. Частота мастодинии в популяции составляет 30–35%, возрастая до 50–70% при наличии сопутствующих гинекологических болезней.

Важно помнить, что большинство пациенток с фиброно-кистозной болезнью нуждаются в эффективной контрацепции. Гормональные контрацептивы не только позволяют избежать нежеланной беременности, но и способствуют регуляции менструального цикла. В последние годы уделяется особое внимание неконтрацептивным эффектам КОК: снижению риска рака яичников, рака тела матки, доброкачественной дисплазии молочных желез (ДМЖ), внематочной беременности, ВЗОМТ. Однако при выборе препарата очень важно учитывать его влияние на состояние молочных желез, особенно если женщина уже страдает ДМЖ. Усиление мастодинии в первые месяцы использования может привести к отказу от приема КОК.

Согласно рекомендациям ВОЗ (2015), доброкачественные заболевания молочных желез, а также отягощенная наследственность по раку молочной железы не служат противопоказаниями к приему комбинированных контрацептивов. Гормональная контрацепция противопоказана женщинам, страдающим раком молочной железы на момент обследования или имеющим данное заболевание в анамнезе.

Для молочных желез особенно важен антиминералокортикоидный эффект гестагена, в частности дроспирена. КОК, содержащие дроспиренон, препятствуют задержке жидкости в организме, уменьшая нагрубание молочных желез в предменструальный период. В исследованиях последних лет выявлено специфическое действие нового гестагена диеногеста, обладающего меньшим пролиферативным влиянием на ткань молочной железы, чем натуральный прогестерон. Установлено, что диеногест препятствует активации ангиогенеза и способен блокировать активирующее действие эстрадиола на рост опухолевых клеток при раке молочной железы. Данные о влиянии различных гестагенов на ткани молочных желез позволяют клиницисту индивидуально подобрать КОК.

Заключение.

Согласно анализируемых мной исследований, низкодозированные и микродозированные комбинированные оральные контрацептивы, в особенности комбинацию эстрадиола валерата и диеногеста, а так же прогестагенысвобождающие ВМС и транскермальные контрацептивные средства можно рассматривать как приемлемый метод контрацепции для женщин с заболеваниями молочных желез, в частности с фиброзной доброкачественной дисплазией молочных желез и изолированной мастодинией. Динамический режим дозирования препарата, комбинация натурального эстрогена (эстрадиола валерата) и гестагена с антипролиферативными свойствами обеспечивают

минимальное количество побочных эффектов со стороны молочных желез. Дальнейшие исследования в этой области позволят индивидуализировать подбор метода контрацепции в зависимости от состояния молочных желез.

Литература.

1. Медведева И.Н., Святченко К.С. Эффективность сочетанного трансдермального применения эстрогенов и гормонвыделяющей внутриматочной системы для коррекции менопаузальных расстройств // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №1. – С. 37-44.
2. «Национальные медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 4 издание, 2009». – С. 154.
3. Новикова В.А., Хорольский В.А., Стрельникова Н.П., Макаренко Г.В., Гаспарян С.А., Ткаченко Л.В., Селихова М.С., Андреева М.В. Влияние комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон + этинилэстрадиол, на состояние молочных желез у женщин репродуктивного возраста. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018; 13(2): 382-385.
4. Леонидова Т. Н., Микова В. Н. Гормональная контрацепция и маммологические риски // Доктор.Ру. 2016. № 3 (120). С. 15–17.
5. Горин В. С., Емельянова О. В., Резниченко Е. В., Алексеев А. В. Принципы лечения мастопатии // 2008
6. Коломойцева Т. Н., Орлов О. А. Доброкачественные заболевания молочных желез. Возможности гормональной контрацепции: методические рекомендации. Пермь, 2010. 43 с.
7. Хамошина М. Б., Межевитинова Е. А., Руднева О. Д., Иванова Е. В. и др. Гормональная контрацепция у женщин с высоким риском развития осложнений: грани проблемы, пути решения // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012. Т. 11. № 3. С. 41–47.
8. Коган И. Ю. Фиброзно-кистозные изменения молочных желез (мастопатия) и гормональная контрацепция // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2009. № 3. С. 35–40.
9. Шестакова И.Г., Хамошина М.Б. Кайгородова Л.А. Дифференцированный подход к назначению левоноргестрелвыделяющей внутриматочной системы // Доктор. Ру. – 2014. - №8-2. – С. 5-11.