

Школа по контрацепции: «На вопросы отвечают эксперты»

Участники школы, посвященной гормональной контрацепции, обсудили современные методы контрацепции, преимущества эффективных и безопасных методов гормональной контрацепции у женщин разных возрастных групп и с различными сопутствующими заболеваниями (акне, дисменореей, мастопатией, ожирением, бактериальным вагинозом), разобрали клинические случаи. На вопросы практикующих врачей ответили ведущие эксперты в области гинекологии: профессор В.Н. Прилепская, профессор Н.М. Подзолкова, профессор М.Б. Хамошина.

Открыла школу по контрацепции заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, руководитель Российского общества по контрацепции и Ассоциации по патологии шейки матки и кольпоскопии, д.м.н., профессор Вера Николаевна ПРИЛЕПСКАЯ. Она напомнила, что первым гормональным контрацептивом, предложенным в 1960 г. для повседневной врачебной практики в виде таблеток, стал эновид. Он содержал 10 мг норэтинодрела и 0,15 мг местранола. С тех пор комбинированные контрацептивные средства непрерывно изучались и совершенствовались. Снизилась доза этинилэстрадиола, появились высокоселективные гестагены, что значительно уменьшило число побочных реакций. Были предложены методы контрацепции с альтернативными способами введения: имплантаты, гормональные внутриматочные средства, пластыри и кольцо, инъекционные контрацептивы. Разработаны препараты с дополнительными фармакологическими

свойствами и лечебными показателями (акне, предменструальный синдром, аномальные маточные кровотечения и др.), повысилась контрацептивная надежность и безопасность этих препаратов¹. Гормональная контрацепция получила широкое распространение в странах Европы: в Германии 48% женщин применяют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), во Франции – 36%, в Италии – 23%. В России только 8,6% женщин репродуктивного возраста используют гормональную контрацепцию². Тем не менее в последнее время российские женщины, особенно в крупных городах, все чаще прибегают к гормональным методам контрацепции. Первый шаг на пути повышения эффективности и приверженности контрацепции – индивидуальный подход к выбору контрацептивных средств. Акушеры-гинекологи должны исходить из индивидуальных особенностей пациентки, учитывать клинические данные и пожелания самой женщины. Нет идеальных контрацептивов, поэтому надо выбрать тот, который, с точки зрения врача, наиболее подходит в конкретном случае. Далее профессор

В.Н. Прилепская ответила на ряд вопросов.

Девушка, 14 лет, живет половой жизнью, страдает от первичной дисменореи. С какого возраста можно начать прием КОК?

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гормональные контрацептивы могут быть назначены с менархе до менопаузы и в течение одного года после нее в соответствии с учетом категорий приемлемости:

- категория 1 – отсутствие ограничений к использованию метода;
- категория 2 – преимущества перевешивают риски, то есть метод в большинстве случаев применим, но при этом требуется более тщательное наблюдение;
- категория 3 – риски перевешивают преимущества применения метода;
- категория 4 – применение метода сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья.

Так, нет возрастных ограничений по назначению КОК женщинам в возрасте от менархе до 40 лет (категория 1). Женщины старше 40 лет могут применять КОК,

¹ Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2014.

² Баранов И.И. Комбинированные оральные контрацептивы: принципы индивидуального подбора, предупреждение нежелательной беременности и возможных побочных эффектов, лечебное и профилактическое действие // РМЖ. 2013. Т. 21. № 14. С. 745–750.

Сателлитный симпозиум компании «Байер»



Профессор В.Н. Прилепская

но при наблюдении врача (категория 2).

Если женщине 35 лет и больше, она выкуривает менее 15 сигарет в день, то ей рекомендуется выбрать другие доступные и приемлемые для нее методы контрацепции (категория 3). Ее ровеснице, выкуривающей 16 и более сигарет в день, гормональные контрацептивы противопоказаны, поскольку это опасно для здоровья, главным образом из-за высокого риска инфаркта миокарда и инсульта (категория 4)³. Таким образом, возраст в данном случае (девушке 14 лет) не является ограничением к использованию метода. Более того, при дисменорее КОК относятся к первой линии терапии. Следует отметить, что при этом состоянии эффективны все режимы приема КОК. Однако при пролонгированном режиме быстрее исчезают боли и эффект от терапии сохраняется на более продолжительное время. При гибком пролонгированном режиме приема КОК уменьшается число менструаций, равно как и число дней с дисменореей⁴.

Какие исследования необходимо провести женщине 23 лет после родов, перед тем как назначить ей КОК?



Профессор Н.М. Подзолкова

Рекомендации ВОЗ относительно стандарта обследования здоровых женщин перед началом применения методов контрацепции включают методы категорий А, В и С:

- А – влияют на безопасность и эффективность методов;
- В – существенно влияют на безопасность и эффективность методов;
- С – не влияют на безопасность и эффективность методов.

Перед назначением всех методов контрацепции без исключения необходимо провести консультацию (категория А). Целесообразность остальных методов исследования зависит от типа контрацептива (КОК, мини-пили, инъекции, имплантат, внутриматочные средства)³. Так, в данном случае в первую очередь необходимо выяснить, кормит ли женщина грудью, и провести пальпацию молочных желез (категория В).

Кроме того, при назначении КОК следует учесть абсолютные и относительные противопоказания. КОК абсолютно противопоказаны при тромбозе и состояниях, ему предшествующих, мигрени с очаговыми неврологическими симптомами, панкреатите с выраженной гипертриглицеридемией,



Профессор М.Б. Хамошина

сахарном диабете с сосудистыми осложнениями, печеночной, тяжелой и/или острой почечной, надпочечниковой недостаточностью, опухолях печени. К относительным противопоказаниям относятся такие факторы, как курение, ожирение, наследственный ангионевротический отек, болезнь Крона, язвенный колит, флебит поверхностных вен, сахарный диабет, системная красная волчанка. Ежегодные осмотры помогают своевременно выявить возникшие в последующем противопоказания к применению КОК.

Пациентка принимает Джес Плюс в течение шести месяцев с целью лечения акне, в ходе терапии отмечено улучшение состояния. Необходимо ли делать перерывы в приеме КОК?

Использовать КОК можно столь долго, сколько это необходимо. Первые три месяца приема любого КОК могут сопровождаться реакциями адаптации: тошнотой, межменструальными кровянистыми выделениями. После перерыва женщина будет снова вынуждена пройти неприятный период адаптации. Перерывы в приеме КОК оправданы в исключительных

гинекология

³ Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015 // www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf.

⁴ Strowitzki T., Kirsch B., Elliesen J. Efficacy of ethinylestradiol 20 µg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen in women with moderate-to-severe primary dysmenorrhoea: an open-label, multicentre, randomised, controlled study // J. Fam. Plann. Reprod. Health Care. 2012. Vol. 38. № 2. P. 94–101.

случаях, таких как период перед операцией, заболевания почек и печени, длительная антибиотикотерапия, сопутствующая терапия другими лекарственными средствами, появление межменструальных кровянистых выделений неясного генеза.

У пациентки 24 лет спустя месяца после приема КОК в условиях солнечного климата появились жалобы на пигментацию на лице. Можно ли уменьшить негативное влияние ультрафиолетового излучения на кожу при применении КОК?

Действительно, на сегодняшний день особое внимание уделяется дерматологическим аспектам применения инновационных оральных контрацептивов с антиандрогенным действием. В ряде работ продемонстрировано, что использование КОК приводит к регрессу акне. Так, в исследовании с участием 67 женщин в возрасте 16–32 лет с акне второй-третьей степени тяжести было показано, что на фоне терапии препаратами Джес® (n = 43) и Джес® Плюс (n = 24) в 45% случаев был достигнут полный клинический эффект, в 37% – значительное улучшение, а в 18% – улучшение⁵.

Ультрафиолетовое излучение чревато фотодинамическим поражением структурных элементов кожи, способствует повышению комедогенной активности кожного сала и снижению местной иммунной защиты. Негативный эффект усугубляется при приеме КОК, поскольку эстрогены повышают чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. Ввиду того что фолаты могут нивелировать влияние ультрафиолетового излучения, в условиях солнечного климата можно порекомендовать принимать КОК, содержащие фолаты, такие как Джес Плюс, Ярина Плюс.

Ультрафиолетовое излучение чревато фотодинамическим поражением структурных элементов кожи. Эстрогены повышают чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. Фолаты могут нивелировать влияние ультрафиолетового излучения, поэтому в условиях солнечного климата женщинам можно рекомендовать принимать КОК, содержащие фолаты, такие как Джес Плюс, Ярина Плюс

В заключение профессор В.Н. Прилепская отметила, что только индивидуальный подход к назначению контрацепции с учетом противопоказаний и особенностей организма пациентки может обеспечить эффективную профилактику беременности и лечебный эффект гормональной контрацепции.

Отвечать на вопросы продолжила заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Российской академии непрерывного образования, д.м.н., профессор Наталия Михайловна ПОДЗОЛКОВА.

У пациентки диагностирована диффузная мастопатия, отмечается напряженность молочных желез, особенно во вторую фазу цикла. Можно ли ей назначить КОК и не повысит ли это риск развития рака молочной железы?

Согласно рекомендациям ВОЗ (2009, 2015) и национальным рекомендациям 2012 г., наличие доброкачественных заболеваний молочных желез у пациенток соответствует первой категории приемлемости таких методов контрацепции, как прогестиновые оральные контрацептивы, гестагенные контрацептивы, имплантаты и внутриматочная система (с использованием меди или левоноргестрела), экстренная и барьерная контрацепция^{3, 6}. Таким образом, у женщин с мастопатией

возможен прием КОК. Известное носительство генетической мутации, ассоциированной с раком молочной железы, например BRCA, относится ко второй категории приемлемости. В этом случае различные методы контрацепции можно применять после дополнительного обследования при тщательном наблюдении врача. При раке молочной железы гормональные методы контрацепции абсолютно противопоказаны (категория 4). Однако пациентке с раком молочной железы в анамнезе и отсутствием рецидива в течение пяти последних лет (категория 3) после серьезной оценки соотношения риска и пользы можно назначить КОК.

При мастодинии, как правило, используют препараты, которые содержат дроспиренон. Дроспиренон, подобно эндогенному прогестерону, компенсирует натрийсберегающее действие альдостерона и стабилизирует состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Следствие деактивации РААС – уменьшение нагрубания и болезненности молочных желез (мастодинии) в предменструальный период. В 66–85% наблюдений устранение вызванной эстрогенами задержки жидкости во внеклеточных пространствах предупреждает ряд проявлений предменструального

⁵ Монахов С.А. Фолатсодержащие антиандрогенные оральные контрацептивы: дерматологические аспекты // Гинекология. 2016. Т. 18. № 4. С. 54–58.

⁶ Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 4-е издание, 2009». М., 2012.

Сателлитный симпозиум компании «Байер»

синдрома. В отличие от препаратов с дроспиреноном другие КОК, не влияющие на активность РААС, в меньшей степени способны устранять симптомы мастодинии⁷. Метаанализ 13 проспективных когортных исследований показал, что современные низкодозированные КОК не вызывают дополнительного риска развития рака молочной железы⁸. По данным другого метаанализа, прием оральных контрацептивов может приводить к развитию рака молочной железы у носителей мутации BRCA независимо от длительности применения. При этом КОК, существовавшие до 1975 г., значительно повышали риск развития рака молочной железы, но для современных КОК такая связь не установлена⁹. Таким образом, использование современных КОК в прошлом или настоящем не увеличивает риск развития рака молочной железы.

Пациентка, 32 года, несколько лет принимает КОК без перерыва. Сейчас использует Джес Плюс. В семье были случаи онкологических заболеваний. В течение какого времени можно применять контрацептивы женщинам с онкологическими заболеваниями в семейном анамнезе и существует ли риск развития онкологических заболеваний различной локализации на фоне приема КОК? КОК обладают широким спектром положительных непротивопоказательных эффектов. При длительном

приеме КОК снижается относительный риск развития злокачественных новообразований. Так, относительный риск развития рака яичников уменьшался каждые пять лет приема КОК. Протективный эффект сохранялся в течение 15 лет после прекращения приема КОК¹⁰. По данным других исследований, использование новейших КОК снижает риск развития рака эндометрия. Поскольку рак эндометрия считается следствием митогенного эффекта несбалансированной эстрогеновой стимуляции, теоретически протективным эффектом обладают все прогестагены. Отмечено 40%-ное снижение риска развития рака эндометрия при использовании КОК на протяжении не менее 12 месяцев. Защитный эффект проявлялся в отношении аденокарциномы, аденоакантомы, аденосквамозного эпителиального рака¹¹. Кроме того, отмечено снижение риска развития колоректального рака у женщин, применявших КОК. При этом современные молекулы препаратов оказывают более четкое онкопротективное действие (уровень доказательности 1А)¹².

Недостаток фолиевой кислоты ведет к избыточному накоплению гомоцистеина в плазме крови и, как следствие, нарушению процессов метилирования РНК, ДНК, белков и фосфолипидов в клетках. Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований (2013) показал, что добавление фолиевой

Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований (2013) показал, что добавление фолиевой кислоты повышает эффективность онкопротекции КОК

кислоты повышает эффективность онкопротекции КОК¹³. При этом не увеличивается риск развития онкологических заболеваний. Данные одного миллиона женщин/лет наблюдательного когортного исследования эффективности оральных контрацептивов свидетельствуют о снижении риска злокачественных опухолей у пользователей КОК в целом на 12%. Снижение кумулятивного риска гинекологического рака составило 29%¹⁴.

Какой контрацептив можно назначить курящей женщине?

Согласно рекомендациям ВОЗ, курящей женщине в возрасте старше 35 лет применение КОК противопоказано³. Это обусловлено тем, что курение приводит к повышению сердечных сокращений, системного артериального давления и свертываемости крови. У курящих женщин, принимающих КОК, значительно повышается риск развития тромбозов и тромбоэмболии (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии), ишемического и геморрагического инсульта, особенно в старшей возрастной группе.

⁷ Ahmed A.H., Gordon R.D., Taylor P.J. et al. Effect of contraceptives on aldosterone/renin ratio may vary according to the components of contraceptive, renin assay method, and possibly route of administration // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2011. Vol. 96. № 6. P. 1797–1804.

⁸ Zhu H., Lei X., Feng J., Wang Y. Oral contraceptive use and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2012. Vol. 17. № 6. P. 402–414.

⁹ Iodice S., Barile M., Rotmensz N. et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis // Eur. J. Cancer. 2010. Vol. 46. № 12. P. 2275–2284.

¹⁰ Beral V., Doll R., Hermon C. et al. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls // Lancet. 2008. Vol. 371. № 9609. P. 303–314.

¹¹ Vessey M., Painter R. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968–2004 // Br. J. Cancer. 2006. Vol. 95. № 3. P. 385–389.

¹² Franceschi S., La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal tumors. A review of epidemiologic studies // Contraception. 1998. Vol. 58. № 6. P. 335–343.

¹³ Qin X., Cui Y., Shen L. et al. Folic acid supplementation and cancer risk: a meta-analysis of randomized controlled trials // Int. J. Cancer. 2013. Vol. 133. № 5. P. 1033–1041.

¹⁴ Hannaford P.C., Selvaraj S., Elliott A.M. et al. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study // BMJ. 2007. Vol. 335. № 7621. ID 651.

Альтернатива КОК для курящих женщин – внутриматочная контрацепция. Ни возраст, ни количество выкуриваемых сигарет не являются противопоказанием для ее использования.

Существуют ли какие-нибудь ограничения или предпочтения при назначении КОК пациенткам с избыточной массой тела или ожирением?

Среди всех причин отказа от гормональной контрацепции лидирует боязнь набрать вес. Повышение массы тела при использовании КОК обусловлено действием как гестагенного (анаболический эффект), так и эстрогенного компонента (задержка жидкости), повышением аппетита. Современные КОК с невысоким содержанием эстрогенов и селективными гестагенами практически не влияют на массу тела.

Эксперты Европейского эндокринологического общества рекомендуют женщинам с гиперандрогенией и ожирением избегать применения КОК, содержащих производные 19-норстероидов, из-за возможных негативных метаболических эффектов. Предполагается, что контрацептивы, в состав которых входит дроспиренон, могут стать препаратами первого выбора у женщин с избыточной массой тела¹⁵.

Национальные и международные рекомендации относят индекс массы тела ≥ 30 кг/м² ко второй категории приемлемости методов контрацепции (КОК, трансдермальных пластырей, влагалищного кольца)^{3, 6}. У страдающих ожирением женщин, которые используют КОК, выше вероятность развития венозной тромбоэмболии, чем у тех, кто не использует КОК.

Когда и как стоит переводить с КОК на менопаузальную гормональную терапию?

Чтобы выяснить, есть ли необходимость в дальнейшей контрацепции, женщине в возрасте около 50 лет отменяют гормональные контрацептивы на один-два месяца. При отсутствии менструации или уровне фолликулостимулирующего гормона ≥ 30 МЕ/л констатируют наступление менопаузы. Надежная контрацепция должна проводиться в течение двух лет после последней менструации у женщин в возрасте до 50 лет, в течение одного года – после менопаузы в возрасте старше 50 лет. По данным ВОЗ, спонтанная беременность может наступить до 59 лет, поэтому до этого возраста женщина не может быть признана стерильной.

Профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов, д.м.н. Марина Борисовна ХАМОШИНА продолжила вести школу по контрацепции.

До какого возраста нужно использовать контрацепцию и что лучше порекомендовать женщине 40 лет и старше?

Большинство современных женщин после 40 лет сексуально ак-

тивны и нуждаются в эффективной контрацепции. В США почти половина женщин старше 40 лет подвержена риску незапланированной беременности¹⁶.

Согласно критериям ВОЗ, возраст женщины не может служить противопоказанием для использования доступных контрацептивных методов³. Более того, для женщин старше 35 лет выпускаются гормональные контрацептивы, которые положительно влияют на организм женщины в этом возрасте. Например, КОК, содержащий эстрадиола валерат и диеногест, (Клайра) с динамическим режимом дозирования обеспечивает организм аналогом натурального эстрогена. При этом влияние на метаболические и гемостатические профили значительно благоприятнее, чем у КОК с этинилэстрадиолом. Кроме того, КОК не только оказывают контрацептивное действие, но и купируют в перименопаузе вазомоторные симптомы.

Препарат Клайра вызывает значительно меньше осложнений со стороны печени, чем синтетические аналоги прогестерона. Отвечая потребностям женщин старше 35 лет, препарат положительно влияет на метаболизм, минеральную плотность костной ткани¹⁷,

При мастодинии, как правило, используют препараты, которые содержат дроспиренон. Дроспиренон, подобно эндогенному прогестерону, компенсирует натрийсберегающее действие альдостерона и стабилизирует состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Следствие дезактивации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – уменьшение нагрубания и болезненности молочных желез (мастодинии) в предменструальный период

¹⁵ Conway G., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E. et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology // Eur. J. Endocrinol. 2014. Vol. 171. № 4. P. 1–29.

¹⁶ Finer L.B., Zolna M.R. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006 // Contraception. 2011. Vol. 84. № 5. P. 478–485.

¹⁷ Junge W., Mellinger U., Parke S., Serrani M. Metabolic and haemostatic effects of estradiol valerate/dienogest, a novel oral contraceptive: a randomized, open-label, single-centre study // Clin. Drug. Investig. 2011. Vol. 31. № 8. P. 573–584.

Сателлитный симпозиум компании «Байер»

обильные менструальные кровотечения¹⁸, купирование дисменореи, эпителий влагалища¹⁹ и сексуальную функцию²⁰.

Когда происходит восстановление фертильности после отмены КОК? После прекращения приема КОК нормальное функционирование системы «гипоталамус – гипофиз – яичники» быстро восстанавливается. Восстановление фертильности после приема КОК не отличается от такового при использовании барьерных методов контрацепции²¹. Результаты наблюдений продемонстрировали, что среди женщин, прекративших прием КОК по причине планирования беременности, не обнаружено значимых различий между когортами женщин, принимавших разные препараты. В течение первого года забеременели 70% женщин, в течение двух лет – 89%²². По данным другого исследования, в течение года после прекращения использования КОК в пролонгированном режиме беременность наступила у 81% женщин²³. Кроме того, нет доказательств негативного влияния КОК на течение гестации и состояние плода, если мать по какой-либо причине принимала контрацептив во время беременности. Согласно Национальным критериям приемлемости методов контрацепции 2012 г., это не является поводом для прерывания беременности⁶. Можно сказать, что современные КОК обладают протективными в отношении репродуктивной системы свойствами:

✓ предупреждают незапланированную беременность;

✓ регулируют менструальный цикл;
✓ снижают риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), анемии, частоту развития рака яичников, эндометрия, доброкачественных дисплазий молочной железы;

✓ сохраняют овариальный резерв;
✓ повышают эффективность пре-гравидарной подготовки.

КОК, фортифицированные фолатами, эффективны в лечении предменструального синдрома, коррекции проявлений синдрома гиперандрогении, дефицита В₉, снижении риска фолатзависимых пороков развития плода, наследственных синдромов, онкологических заболеваний и аутизма у детей, уровня гомоцистеина.

Каковы нежелательные явления при приеме КОК? Могут ли после назначения КОК наблюдаться такие побочные эффекты, как выпадение волос и обострение акне?

Факторами, влияющими на переносимость КОК, могут стать сопутствующие заболевания, порядок приема КОК, состав и характеристики компонентов КОК. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции предназначены выявить противопоказания для приема КОК. В ряде случаев причины плохой переносимости КОК часто не связаны с самим контрацептивом. Неправильное использование препарата – одна из причин неэффективности лечения. Поэтому при назначении КОК необходимо обсудить с пациенткой режим приема и механизм

Предполагается, что контрацептивы, в состав которых входит дроспиренон, могут стать препаратами первого выбора у женщин с избыточной массой тела

действия КОК, продолжительность лечения, время до видимого улучшения состояния, возможные нежелательные явления.

Некоторые оральные контрацептивы могут содержать гестагены с андрогенной активностью, которые могут усугублять течение акне и гирсутизма. Гестагены с остаточной андрогенной активностью, даже высокоселективные, способны повышать продукцию кожного сала. Подобный эффект может быть устранен при помощи КОК с антиандрогенной активностью. Так, антиминокортикоидное свойство дроспиренона, входящего в состав Джес Плюс, дополняет его положительное влияние на кожу. Дроспиренон может оказывать лечебное действие на течение акне благодаря предотвращению задержки жидкости и уменьшению отека устьев фолликулов²⁴.

Какие методы контрацепции можно рекомендовать женщинам с ВЗОМТ?

Известно, что ВЗОМТ – серьезная угроза репродуктивному здоровью женщины. ВЗОМТ могут привести к таким отдаленным осложнениям, как бесплодие, внематочная беременность, хрони-

¹⁸ Ahrendt H.J., Makalová D., Parke S. et al. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel // Contraception. 2009. Vol. 80. № 5. P. 436–444.

¹⁹ Smith S.M., Mefford M., Sodora D. et al. Topical estrogen protects against SIV vaginal transmission without evidence of systemic effect // AIDS. 2004. Vol. 18. № 12. P. 1637–1643.

²⁰ Di Carlo C., Gargano V., De Rosa N. et al. Effects of estradiol valerate and dienogest on quality of life and sexual function according to age // Gynecol Endocrinol. 2014. Vol. 30. № 12. P. 925–928.

²¹ Barnhart K.T., Schreiber C.A. Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91. № 3. P. 659–663.

²² Dinger J., Do Minh T., Heinemann K. Impact of estrogen type on cardiovascular safety of combined oral contraceptives // Contraception. 2016. Vol. 94. № 4. P. 328–339.

²³ Barnhart K., Mirkin S., Grubb G., Constantine G. Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91. № 5. P. 1654–1656.

²⁴ Тихомиров А.Л. Комбинированная по составу и востребованности гормональная контрацепция // РМЖ. 2014. Т. 22. № 1. С. 38–40.

ческая тазовая боль. По данным многочисленных исследований, пролонгированный режим приема КОК может способствовать профилактике ВЗОМТ. Сгущение цервикальной слизи под действием прогестагена предотвращает проникновение бактерий в полость матки. Следует учитывать, что для женщин с ВЗОМТ каждая менструация – риск рецидива воспаления. Менструация создает благоприятные условия для роста и развития инфекционного агента. Фармакологические эффекты КОК, такие как торможение овуляции, блокада циклического характера секреции фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона, снижение выработки стероидов яичниками, нарушение подготовки эндометрия к имплантации, сгущение цервикальной слизи, препятствие проникновению сперматозоидов в полость матки и труб, потенцированы на фоне гибкого пролонгированного режима. Уменьшение менструальной кровопотери приводит к сокращению ретроградного заброса менструальной крови в фаллопиевы трубы, что негативно сказывается на жизнедеятельности микроорганизмов. В свою очередь сокращение матки при кровопотере тормозит подъем организмов из нижних отделов репродуктивного тракта в верхние. Все это способствует снижению риска развития ВЗОМТ.

Пациентка, 30 лет, страдает рецидивирующим бактериальным вагинозом. Замужем, беременность не планирует, обратилась с просьбой подобрать контрацептивы. Какие КОК целесообразно рекомендовать в этом случае?

В настоящее время принято характеризовать вагинальную флору как динамическую систему. Однако в современной литературе нет однозначных выводов о влиянии гормональной контрацепции

Антиминералокортикоидное свойство дроспиренона, входящего в состав Джес Плюс, дополняет его положительное влияние на кожу. Дроспиренон может оказывать лечебное действие на течение акне благодаря предотвращению задержки жидкости и уменьшению отека устья фолликулов

на микрофлору влагалища. Было проведено проспективное сравнительное исследование с участием 60 женщин в возрасте 18–45 лет, принимавших КОК, содержащие эстрадиол. Первая группа пациенток получала эстрадиола валерат/диеногест, вторая группа – 17-бета-эстрадиол/номегестрол. У пациенток брали мазки из влагалища до приема, через три и шесть циклов приема контрацептивов. Отслеживали наличие и число лактобактерий, pH влагалища, наличие вагинитов и вагинозов²⁵. В первой группе (эстрадиола валерат/диеногест) отмечено значительное снижение уровня pH влагалища через три месяца терапии ($p = 0,008$), тенденция сохранялась и после шести месяцев ($p = 0,016$). Во второй группе (17-бета-эстрадиол/номегестрол) данный параметр значительно не изменился. Кроме того, у пациенток первой группы на фоне терапии КОК (эстрадиола валерат/диеногест) наблюдалась тенденция к росту числа лактобактерий, тогда как во второй группе доля женщин с активным ростом лактофлоры снижалась. При этом во время приема двух видов КОК в течение шести месяцев не было выявлено случаев вагинита/вагиноза. В группе женщин, принимавших эстрадиола валерат/диеногест (Клайра), обнаружено более значительное снижение уровня лейкоцитов в мазке по сравнению с группой, получавшей 17-бета-эстрадиол/номегестрол. Таким об-

разом, гормональная контрацепция играет немаловажную роль в формировании влагалищной микрофлоры, и этот аспект необходимо учитывать при назначении КОК пациенткам с исходными нарушениями вагинального микробиоценоза.

Заканчивая выступление, профессор М.Б. Хамошина подчеркнула необходимость эффективной коммуникации между врачом и пациентом. Взаимоотношения между врачом и пациентом лежат в основе любой лечебной деятельности и напрямую влияют на качество медицинской помощи.

Заключение

В настоящее время гормональная контрацепция, и в частности КОК, пользуется большой популярностью во всем мире. Можно сказать, что действие КОК направлено на сохранение репродуктивного здоровья женщины. КОК предохраняют от нежелательной беременности, регулируют менструальный цикл, устраняют симптомы предменструального синдрома. Кроме того, КОК способны уберечь женщину от ВЗОМТ, злокачественных опухолей яичников и слизистой оболочки матки, эндометриоза. Вместе с тем КОК могут оказывать положительный эффект при некоторых косметических заболеваниях, вызванных избытком мужских гормонов: угревой сыпи, облысении, гипертрихозе и некоторых других.

²⁵ De Seta F, Restaino S., Banco R. et al. Effects of estroprogestins containing natural estrogen on vaginal flora // Gynecol. Endocrinol. 2014. Vol. 30. № 11. P. 830–835.