

Современные подходы к назначению гормональной контрацепции. Взгляд российских и зарубежных экспертов. Достижения и перспективы

В программе Всероссийского научного форума «Мать и дитя» – 2012 особое место было отведено репродуктивному здоровью женщины и вопросам контрацепции. Так, в ходе симпозиума, организованного при поддержке компании «МСД Фармасьютикалс», обсуждались проблемы выбора типа (комбинированные или прогестагенные) и формы (таблетки, пластырь или влагалищное кольцо) гормональных контрацептивов. В работе симпозиума приняли участие ведущие специалисты, занимающиеся вопросами контрацепции и лечения заболеваний женской репродуктивной системы в нашей стране и за рубежом.



Профессор
Н.М. Подзолкова

Как отметила заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России, д.м.н., профессор Н.М. ПОДЗОЛКОВА, гормональные препараты являются на сегодняшний день одной из основных групп лекарственных средств, используемых гинекологами в по-

Гормональная контрацепция: взвешенный выбор

вседневной работе. Назначаются они не только для предупреждения нежелательной беременности, но и с целью получения дополнительных неконтрацептивных эффектов. За последние годы гормональные контрацептивы претерпели существенные изменения, которые коснулись не только состава, но и способов введения действующих веществ в организм. Так, на смену этинилэстрадиолу пришел 17β -эстрадиол, а к традиционным таблеткам добавились более удобные формы для парентерального применения (пластырь, влагалищное кольцо). Тем не менее, подбирая гормональный контрацептив для конкретной пациентки, гинекологи по-прежнему сталкиваются с рядом сложностей. По мнению профессора Н.М. Подзолковой, оптимальным

будет считаться такой препарат, который выбран одновременно с учетом пожеланий пациентки и данных доказательной медицины. Последнее особенно важно в настоящее время, когда практикующему врачу иногда сложно уследить за появляющимися новыми препаратами и терапевтическими подходами. В таких случаях опираться исключительно на собственный клинический опыт неверно. Напротив, обращаясь к данным, полученным в ходе крупных исследований, врач фактически перенимает опыт тысяч своих коллег, что существенно повышает качество оказания медицинской помощи. Так, например, анализ сотен крупных исследований, посвященных одной тематике, проводится в каждом обзоре Cochrane.



Сателлитный симпозиум компании «МСД Фармасьютикалс»

В качестве примера использования данных доказательной медицины профессор Н.М. Подзолкова привела результаты метаанализа 15 рандомизированных контролируемых исследований, которые были проведены с целью определения эффективности и безопасности таких форм гормональных контрацептивов, как накожный пластырь и влагалищное кольцо (препарат НоваРинг – 15 мкг этинилэстрадиола, 120 мкг этоноргестрела в сутки)¹. Во всех этих работах в качестве контрольного метода контрацепции использовались комбинированные оральные контрацептивы (КОК), в сравниваемых группах применялись либо пластыри (5 исследований), либо вагинальные кольца (10 исследований). Формы контрацептивов сравнивались по следующим показателям: эффективность, безопасность, контроль менструального цикла и приемлемость. Полученные в ходе анализа данные продемонстрировали не только эффективность контрацепции, но и эффективность влагалищного кольца для контроля менструального цикла. Эффективность кольца в отношении регуляции цикла сравнима с аналогичным показателем КОК, а иногда даже превосходит его. Одним из ключевых преимуществ влагалищного кольца является удобство применения: пациентке не нужно ежедневно принимать таблетку, что делает использование кольца более удобным методом контрацепции и существенно повышает приверженность пациенток.

Приверженность пациенток к применению гормональных контрацептивов также можно повысить при помощи консультирования, обсудив заранее различные опасения пациентки, например, каких побочных явлений теоретически можно ожидать при приеме контрацептивов, а какие страхи

не имеют под собой основания. Так, более чем 50% женщин боятся поправиться, принимая комбинированные гормональные контрацептивы. На самом деле последние исследования показали, что у женщин в возрасте 18–35 лет, не применяющих гормональные контрацептивы, увеличение массы тела составляет 0,6–0,8 кг за 6–9 месяцев², что сопоставимо с изменениями массы тела при приеме гормональной контрацепции.

Что касается других нежелательных явлений, в том числе со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (рис. 1), в реальности они встречаются примерно в 2 раза реже ожидаемого. В случае применения парентеральных способов введения гормональных препаратов взаимодействие в ЖКТ – минимально.

В последнее время также активно исследуется вопрос применения оральные контрацептивов и вагинального кольца НоваРинг в пролонгированном режиме, без прерыва на менструальноподобные кровотечения. Пролонгированный режим может быть предпочтительнее при таких заболеваниях, как железодефицитная анемия, эндометриоз, миома матки, синдром поликистозных яичников и др., поскольку позволяет уменьшить



Рис. 1. Побочные эффекты на фоне гормональных контрацептивов: исходно ожидаемые против констатируемых*

* Адаптировано по: Подзолкова Н.М. Гормональная контрацепция: вопросы безопасности и переносимости // www.medi.ru/DOC/262705.htm

кровопотерю, избавиться от неприятных проявлений предменструального синдрома, а также снизить интенсивность болезненных ощущений. В некоторых случаях пролонгированные схемы могут применяться у пациенток во время прменопаузы. Во многих работах, посвященных пролонгированному методу использования гормональных препаратов, использовалось гормональное кольцо НоваРинг, причем максимальная продолжи-

Таблица 1. Оценка удовлетворенности женщин пролонгированными режимами использования влагалищного кольца*

Показатель	Режимы использования влагалищного кольца			
	21/7	42/7	84/7	357/7
Удовлетворены применением кольца, %	89,8	91,8	77,5	76,6
Удовлетворены графиком кровотечений при использовании кольца, %	82,7	88,7	69,6	53,5
Случаи внеплановых кровотечений, %	16,3	43,3	73	91,9
Внеплановые кровотечения были проблемой, %	37,5	40,5	60	49,4
Внеплановые кровотечения улучшались со временем, %	62,5	69	56,9	44,3

* Адаптировано по: Miller L., Verhoeven C.H., Hout J. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: a randomized trial // Obstet. Gynecol. 2005. Vol. 106. № 3. P. 473–482.

¹ Lopez L.M., Grimes D.A., Gallo M.F., Schulz K.F. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception // Cochrane Database Syst Rev. 2008. Vol. 23. № 1. CD003552.

² Coney P., Washenik K., Langley R.G.B. et al. Weight change and adverse event incidence with a low-dose oral contraceptive: two randomized, placebo-controlled trials // Contraception. 2001. Vol. 63. № 6. P. 297–302.

тельность его применения составила 357 дней. Впрочем, в реальной клинической практике чаще используются более короткие схемы, предполагающие регулярные перемены на менструальноподобные кровотечения.

Сами пациентки, согласно данным одного крупного наблюдательного исследования, скорее удовлетворены результатами долговременного

(на протяжении более чем 28 дней) применения влагалищного кольца (табл. 1). Наибольшая удовлетворенность отмечалась при использовании двух колец подряд.

Подводя итог своего выступления, профессор Н.М. Подзолкова подчеркнула, что помощь в подборе оптимального средства контрацепции является одной из ключевых задач, стоящих перед любым практикую-

щим гинекологом. Естественно, для разных категорий пациенток оптимальными окажутся разные препараты и схемы применения, но в условиях современного темпа жизни для многих женщин пролонгированное применение контрацепции, например влагалищного кольца НоваРинг, может стать одним из наиболее удобных и надежных методов контрацепции.



Профессор
М.А. Геворкян

Возможности профилактики функциональных кист яичников. Теория и практика

на сегодняшний день не существует диагностических методик, позволяющих однозначно дифференцировать функциональные кисты от истинных в более чем 70% случаев. Даже УЗИ-контролируемая аспирация не всегда может однозначно определить природу кисты. Чтобы определить, насколько часто назначаемое оперативное вмешательство является оправданным, М. Doret и соавт. провели небольшое исследование⁴. Оно показало, что в 12 наблюдениях из 34 кисты были не истинные, как предполагалось, а значит, и показаний к их оперативному удалению в действительности не было. Полученные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что ежегодная оценка оперативной активности может существенно улучшить показатель частоты удаления функциональных кист, снизив его до 30% и менее.

Следует понимать, что повышение качества дифференциальной диагностики истинных и функциональных кист приведет к увеличению диагностики количества последних. Что же является причиной развития функциональных кист в репродуктивном возрасте? Это психические и физические стрессы, смена климата (в том числе во время отпуска), спаечные

процессы, наружный генитальный эндометриоз, а также наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области малого таза, в том числе гистерэктомии, односторонней аднексэктомии, резекции яичников по поводу доброкачественных опухолей и т.д. Функциональные кисты являются одним из клинических признаков снижения овариального резерва. Несколько иначе выглядит этиопатогенез функциональных кист в перименопаузальном возрасте, когда основной причиной нарушения являются естественные инволютивные процессы (рис. 2).

Говоря о лечении функциональных кист, профессор М.А. Геворкян подчеркнула, что в каждом конкретном случае терапевтическая тактика определяется с учетом ряда факторов. Возраст больной, клинические проявления, метаболические нарушения, сопутствующие заболевания и наличие противопоказаний – все это, разумеется, должно приниматься во внимание.

Функциональные кисты желтого тела, как правило, диагностируются на 14–15-й день цикла. В ряде случаев дополнительным средством, способствующим их регрессу, могут стать гормональные контрацептивы, в частности те, в состав

В последние годы наблюдается рост числа пациенток с функциональными кистами яичников. Определив у больной наличие кисты, врач может воспользоваться одной из трех существующих на сегодня тактик ведения пациенток с данным новообразованием:

- наблюдение в течение 2–3 месяцев (30% функциональных кист разрешаются самостоятельно)³;
- применение комбинированных гормональных контрацептивов (увеличивает скорость исчезновения функциональных кист на 15–30%)⁴;
- оперативное вмешательство после 2–3 месяцев наблюдения⁵.

По мнению профессора кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития России, д.м.н. М.А. ГЕВОРКЯН,

³ Cochrane Update. Oral contraceptives for functional ovarian cysts // *Obstet. Gynecol.* 2009. Vol. 114. № 3. P. 679–680.

⁴ Doret M., Raudrant D. Functional ovarian cysts and the need to remove them // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2001. Vol. 100. № 1. P. 1–4.

⁵ Grimes D.A., Jones L.B., Lopez L.M., Schulz K.F. Oral contraceptives for functional ovarian cysts // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 9. CD006134.



Сателлитный симпозиум компании «МСД Фармасьютикалс»

которых входит этинилэстрадиол и дезогестрел. Лечение проводится в несколько этапов: сначала дезогестрелсодержащий КОК назначается на 15 дней по 1–2 таблетки в сутки – это делается для подавления секреции ЛГ и появления эффекта гормонального кюветажа. Затем тот же дезогестрелсодержащий КОК следует принимать с 5-го дня цикла в течение 3–6 месяцев в пролонгированном (при наличии больших кист) или циклическом режиме. После окончания курса терапии показана профилактика рецидивов, то есть прием ГК.

От назначения пациенткам с кистами антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов лучше воздержаться: такое лечение является не только дорогостоящим, но и рискованным. Пациенткам также может быть показан ряд негормональных препаратов (антибактериальных, нестероидных противовоспалительных, антиоксидантов и детоксикантов), дополнительно можно назначить седативные средства. Метаболические нарушения, если они имеются у пациентки, должны быть скорректированы медикаментозными

и немедикаментозными методами. Иначе выглядит процесс лечения функциональных кист у пациенток пре- и перименопаузального возраста. При выявлении у первой группы женщин персистирующих фолликулов или фолликулярных кист возможно назначение КОК или норэтистерона в непрерывном режиме до полного регресса кисты, а затем можно перейти на микродозированный КГК, например, НоваРинг в циклическом режиме. В перименопаузальном возрасте возможно применение норэтистерона на первом этапе и микродозированных КГК в пролонгированном режиме на втором этапе терапии (рис. 3). При наличии противопоказаний к эстрогенам пациентке можно назначить прогестинный препарат, например, Чарозетту (75 мкг дезогестрела). Завершая выступление, профессор М.А. Геворкян поделилась с аудиторией собственными клиническим опытом, подчеркнув, что многие ее пациентки как репродуктивного, так и пре- и перименопаузального возраста, ведущие активный образ жизни, выбирают НоваРинг для контрацепции.



ГГЯ – ось «гипоталамус – гипофиз – яичники»; ЛГ – лютеинизирующий гормон; ФСГ – фолликулостимулирующий гормон.

Рис. 2. Формирование функциональных кист

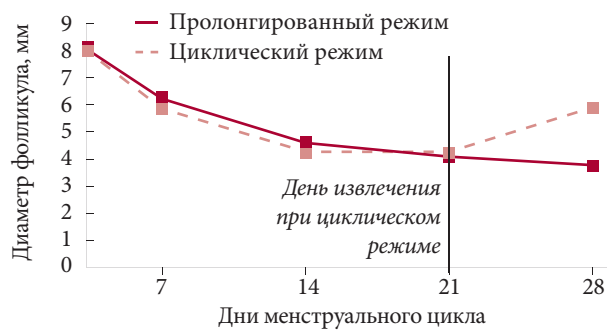


Рис. 3. Динамика изменений диаметра фолликулов на фоне циклического и пролонгированного использования НоваРинг*

* Адаптировано по: Геворкян М.А., Манухина Е.И., Студеная Л.Б. Контрацептивные и лечебные эффекты влагалищного гормонального кольца при использовании в различных режимах // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2010. № 6. С. 31–35.

Контрацепция у женщин высокого риска. Международные рекомендации

Руководитель отделения гинекологической эндокринологии и репродуктивной медицины Медицинского университета г. Вена, профессор К. ЭГАРТЕР представил российским гинекологам и эндокринологам основные положения международных рекомендаций по контрацепции. Профессор К. Эгартер отметил связь между правильностью использования гормонального контрацептива и его надежностью. Таблетки, пластырь, влагалищное кольцо – все эти методы предотвращения нежелательной беременности достаточно надежны, но лишь в том случае, если женщина сама ответственно подходит к вопро-

сам контрацепции и применяет выбранное средство без пропусков и в соответствии с инструкцией. Существуют и другие, негормональные методы контрацепции, однако их эффективность существенно ниже.

Подбор контрацептива должен осуществляться не только на основе пожеланий самой женщины, но и с учетом критериев приемлемости методов контрацепции ВОЗ, согласно которым существуют 4 различные категории, позволяющие принять взвешенное решение при назначении того или иного метода контрацепции каждой конкретной женщине (табл. 2). Например, пациентки с артериаль-



Профессор К. Эгартер

ной гипертонией могут иметь 3-ю или 4-ю категорию, а с наличием избыточной массы тела – 2-ю или 3-ю. Однозначно противопоказаны гормональные препараты женщинам с тромбозом или инфарктом миокарда в анамнезе, а также пациенткам с выраженным цир-

Таблица 2. Категории приемлемости методов контрацепции (по ВОЗ)*

Категория	С учетом клинических данных	При недостатке клинических данных
1	Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции. Метод можно использовать при любых обстоятельствах	ДА Метод можно использовать
2	Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать	
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	НЕТ Метод не следует использовать
4	Состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции. Метод не рекомендуют к применению	

* Адаптировано по: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th ed. World Health Organization, 2009.

розом печени; не рекомендованы они и пациенткам, страдающим мигренями, курящим женщинам старше 35 лет, пациенткам, страдающим сахарным диабетом и диабетической нефропатией, а также большим раком молочной железы. Некоторые из этих противопоказаний встречаются часто, в то время как другие, например, инфаркт миокарда в репродуктивном возрасте, – очень редко. Доказано также, что применение гормональных контрацептивов практически не увеличивает риск развития инфаркта миокарда, если только речь не идет о курящих женщинах старшего возраста, страдающих артериальной гипертонией. Таким пациенткам лучше назначать не комбинированные препараты, а прогестиновые контрацептивы. То же относится и ко всем курящим женщинам в возрасте 35 лет и старше. Пациенткам с избыточной массой тела также показаны скорее прогестиновые препараты, ввиду частого сочетания ожирения и других сопутствующих заболеваний. Профессор К. Эгартер акцентировал внимание слушателей на такой серьезной проблеме, как увеличение вероятности развития тромбоза глубоких вен голени и легочной тромбоэмболии. Факторы риска этих серьезных патологических состояний хорошо известны – в пер-

вую очередь, это тромбогенные мутации и хирургические вмешательства, требующие длительной иммобилизации, анамнестические данные. Наличие любого фактора риска тромбоза является противопоказанием для назначения комбинированных контрацептивов, в то время как прогестиновые препараты могут назначаться таким пациенткам без ограничений. Если же по каким-либо причинам па-

циентка из группы риска все-таки решила принимать комбинированные препараты, необходимо выбирать такое средство, количество этинилэстрадиола в котором будет минимальным. Таким образом, при наличии противопоказаний к назначению эстрогенсодержащих контрацептивов, но при необходимости обеспечения надежной контрацепции женщины могут быть назначены прогестиновые контрацептивы, например, содержащие 75 мкг дезогестрела (Чарозетта). Современные прогестиновые контрацептивы так же эффективны, как и КОК (эффективность более 99%), для них справедливо правило пропущенной таблетки 12 часов, и они, так же как и КОК, обладают рядом дополнительных преимуществ. К. Эгартер подчеркнул важность консультирования и индивидуального выбора контрацепции в каждом конкретном случае и призвал гинекологов быть внимательными к выбору ГК, ведь часто они забывают о том, что есть женщины из групп риска, которым показано назначение именно контрацепции без эстрогенов.

Заключение

Современные гормональные препараты обеспечивают эффективную контрацепцию, гораздо реже приводят к развитию нежелательных эффектов и обладают рядом дополнительных положительных свойств, например, препятствуют развитию функциональных кист и способствуют регрессу уже образовавшихся, способствуют снижению выраженности предменструального синдрома, уменьшают ежемесячную кровопотерю и улучшают качество жизни пациенток в целом. Кроме того, в последние годы на смену традиционным таблетированным формам контрацептивов пришли новые, такие как накожный пластырь, влагалищное кольцо, подкожный имплантат. Особую популярность при-

обрело влагалищное кольцо ввиду минимальной дозировки гормонов и удобства применения, поскольку его использование избавляет женщину от необходимости постоянно помнить о следующем приеме препарата, а также делает контрацептивный эффект независимым от пищевых отравлений и прочих состояний, при которых нарушается всасывание из ЖКТ. НоваРинг обеспечивает надежную контрацепцию, его применение сопровождается меньшим количеством нежелательных явлений, а также позволяет более эффективно контролировать менструальный цикл. Таким образом, НоваРинг можно рекомендовать женщинам на протяжении всего репродуктивного периода: от менархе до менопаузы. ♡