

4. Goldenberg RL, Rouse DJ. The prevention of premature birth. *N Engl J Med* 1998; 339: 313–20.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). Т. 1. Ч. 2. ВОЗ, Женева, 1992; с. 74.
6. Приказ Минздрава России от 27.12.2011 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
7. Отчетная форма №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 г.
8. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. Руководство для практикующих врачей. М.: МИА, 2011; с. 534.
9. Мартыненко П.Г., Волков В.Г. Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска. *Акуш. и гинекол.* 2012; 1: 103–7.
10. Заугстад Ола Дидрик. Недоношенный ребенок (пер. с норвежского под ред. Е.Н.Байбариной). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; с. 190.
11. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360: 1489–97.
12. Преждевременные роды. В кн.: Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; с. 105–35.
13. Комаров Ю.М., Самсыгина Г.А., Алексеев В.А. Опыт Финляндии в снижении перинатальной и младенческой смертности. *Педиатрия.* 1990; 4: 100–3.
14. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, 2013; с. 208.
15. Токова З.З., Тетруашвили Н.К., Ан А.В. Материнская смертность при преждевременных родах. *Акуш. и гинекол.* 2010; 6: 97–101.
16. Матвеев М.Е. Материнские потери при многоплодных родах. *Дис. ... канд. мед. наук.* М., 2002; с. 132.
17. ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России. Институт здоровья семьи. Преждевременные роды. Клинический протокол (Прил.). *Акуш. и гинекол.* 2011; 4: 17–30.

# Гормональная контрацепция с применением дезогестрелсодержащего препарата

С.А.Леваков, Н.А.Шешукова  
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России

## Резюме

В настоящей статье представлены современные сведения о существующих методах гормональной контрацепции, освещены медицинские и клинические аспекты приемлемости использования гормональных противозачаточных средств. Сделан важный акцент на преимуществах применения препарата Лактинет у женщин в послеродовом периоде, кормящих грудью и женщин старше 40 лет.

**Ключевые слова:** контрацепция, прогестагены, дезогестрел, послеродовый период, период лактации.

## Hormonal contraception with desogestrel-induced medication use

S.A.Levakov, N.A.Sbesbukova

## Summary

This article presents current information on existing methods hormonal contraception, covered medical and clinical aspects acceptability of hormonal contraceptives.

An important emphasis is made on the benefits of Laktinet® in women of postpartum period, and breastfeeding women older than 40 years.

**Key words:** contraception, progestogens desogestrel, postpartum period, the period of lactation.

## Сведения об авторах

Леваков Сергей Александрович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: levakoff@yandex.ru

Шешукова Наталья Алексеевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: dr.Sbesbukova@mail.ru

Рекомендации по контрацепции являются одним из компонентов качественной профилактики незапланированной беременности и сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Терапевтический принцип в выборе контрацептивов сегодня остается прежним: использование таких форм препаратов, которые обеспечивают эффективную контрацепцию при максимально возможной безопасности в разные возрастные и физиологические периоды женщины. Идеальный метод контрацепции должен быть стопроцентно эффективным, полностью обратимым, целиком приемлемым и лишенным выраженных побочных эффектов [1–5].

Для предупреждения наступления незапланированной беременности и регуляции репродуктивной функции используются следующие контрацептивные методы и средства:

1. Биологические: ритм-метод, температурный метод, метод лактационной аменореи.
2. Механические: шеечные колпачки, влагалищные мембраны, внутриматочные контрацептивы, презервативы.
3. Химические: спермициды.
4. Гормональные: эстроген-гестагенные оральные контрацептивы, таблетированные и инъекционные прогестинные препараты, подкожные импланты, внутриматочные контрацептивы с левоноргестрелом.
5. Хирургические: стерилизация.

Среди перечисленных методов предупреждения нежелательной беременности наиболее эффективным считается гормональная контрацепция – препараты женских половых органов: эстрогены и прогестагены или только прогестагены. Гормональные контрацептивы выпускаются в виде таблеток, растворов для инъекций, подкожных имплантов, влагалищных колец и внутриматочных контрацептивов [6].

Один из распространенных методов контрацепции – использование комбинированных контрацептивов (монофазных, двух- и трехфазных). Эти препараты принимают ежедневно в течение 21 дня, начиная с 1-го дня менструации, затем делают перерыв 7 дней. Существуют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), которые принимают без перерыва.

Широкое применение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов обусловлено наличием у них дополнительных преимуществ оральной контрацепции – неконтактных сопутствующих эффектов (протективное действие в отношении развития доброкачественных и злокачественных новообразований матки и придатков, а также защита от воспалительных процессов тазовых органов). Кроме того, эти противозачаточные средства эффективно используются для лечения дисфункциональных маточных кровотечений, дисменореи, предменструального синдрома, эндометриоза и др.

Среди нежелательных клинических проблем, связанных с использованием КОК, следует отметить наличие нерегулярных, нередко профузных, кровотечений и в ряде случаев развитие аменореи. Одной из наиболее частых причин отказа женщин от гормональной контрацепции продолжает оставаться прибавка в массе тела.

КОК последнего поколения, в состав которых входят синтетические и натуральные аналоги эстрогенов и прогестагенов, имеют большую популярность среди женщин и обладают хорошей клинической эффективностью. Однако эта группа контрацептивов противопоказана кормящим женщинам после родов [6–8].

### Прогестиновые контрацептивы

В последнее время все больше пациенток выбирают другой вариант гормональной контрацепции – прогестиновые контрацептивы. Небольшое количество прогестина в кровотоке оказывает существенное воздействие только на ткани, высокочувствительные к стероидным гормонам, – эстрогену и прогестерону. Контрацептивный эффект прогестиновых противозачаточных средств зависит в основном от их действия на эндометрий (развитие инволютивных изменений, которые препятствуют процессу имплантации) и дополнительно на слизистую шейки матки (повышение вязкости слизи). Подавление гонадотропинов при этом не наблюдается.

Прогестиновые контрацептивы не вызывают существенных нарушений метаболических процессов, а после прекращения их приема репродуктивная способность восстанавливается немедленно. Контрацептивы, содержащие гестагены I и II поколения (норэтистерон и левоноргестрел), к сожалению, не стали полноценной заменой эстроген-гестагенным препаратам, так как оказались не способны вызывать стойкое и полноценное подавление овуляции, что значительно снижает их контрацептивную эффективность. К недостаткам этой группы контрацептивов были также отнесены дозозависимый андрогенный эффект и ациклические кровянистые выделения в течение 1-х месяцев приема препаратов, возникающие в результате их влияния на ткань эндометрия [6].

### Особенности дезогестрела

Дезогестрел является высокоселективным прогестагеном последнего поколения с низкой андрогенной активностью. В клинической практике одним из препаратов, содержащих дезогестрел, является Лактинет. Изучение влияния разных доз дезогестрела на подавление овуляции позволило внедрить в клиническую практику максимально эффективную и безопасную дозу, равную 0,075 мг, составляющую основу контрацептивного препарата Лактинет. Дезогестрел стойко подавляет овуляцию за счет снижения секреции гонадотропинов (в большей степени лютеинизирующего гормона) и стероидных гормонов. Кроме того, контрацептивный эффект Лактинета обусловлен действием дезогестрела на эндометрий, вязкость слизи цервикального канала, а также подавлением функциональной активности желтого тела.

Дезогестрел, входящий в состав препарата Лактинет, не влияет отрицательно на систему гемостаза. Благодаря своей низкой андрогенной активности дезогестрел не оказывает неблагоприятного действия на холестерин-липидный профиль, а значит, способен обеспечить защиту от сердечно-сосудистых заболеваний.

Проблема контрацепции очень актуальна у кормящих женщин. По данным статистики, примерно 98% супружеских пар начинают половую жизнь в 1-й месяц после родов. Беременность в период лактации наступает примерно у 1% женщин. От 10 до 28 женщин из 100 обращаются в медицинские учреждения для прерывания беременности в течение 1-го года после родов [2].

Метод лактационной аменореи в течение 6 мес после родов при исключительно грудном вскармливании является достаточно надежным. Однако у женщин, кормящих грудью нерегулярно, возможны овуляция и наступление беременности, поэтому для данной категории пациенток лактационная аменорея как метод контрацепции неприемлем [7–9]. Приоритетным показанием к назначению препарата

Лактинет является контрацепция в период лактации. В это время действие дезогестрела сочетается с подавлением овуляции, индуцируемым пролактином, что обеспечивает высокую контрацептивную эффективность.

Сегодня нет никаких оснований говорить о неблагоприятном влиянии чисто прогестиновых противозачаточных средств на грудное вскармливание: отрицательного влияния на количество и качество материнского молока не выявлено. Так, суточный объем молока у женщин, принимающих Лактинет, до назначения препарата составил 791 мл, а через 4 мес – 772 мл. Не выявлено также отрицательного влияния Лактинета на качество материнского молока (содержание жира составило до назначения препарата 1,51 г на 100 мл, а через 4 мес приема – 1,2 г на 100 мл). Эти результаты сравнимы с показателями количества и качества молока кормящих матерей, применяющих для контрацепции внутриматочные спирали. Наблюдение за детьми, матери которых принимали прогестагенные контрацептивы после родов до 2,5 года, не выявило отрицательного влияния на их рост и развитие [7, 8].

### Схемы назначения и особенности действия

В настоящее время предложено несколько схем назначения Лактинета. Стандартная контрацептивная схема: препарат назначается в непрерывном режиме с 1-го дня менструального цикла по 1 таблетке в сутки в одно и то же время без перерыва в период менструации.

Кормящим матерям в послеродовом периоде препарат рекомендуется назначать через 6 нед после родов. Некормящим женщинам препарат можно рекомендовать уже через 21–28 дней после родов. Если менструальный цикл на фоне приема Лактинета не восстановился и имели место половые акты, у этой женщины прием препарата прекращается и рекомендуется обследование для исключения беременности [10].

Контрацептивный эффект препарата Лактинет проявляется уже через 36 ч у 99% женщин. Однако при первичном его назначении или при переходе с других видов контрацептивов на прогестагенные противозачаточные средства в течение первых 7 дней желательно использовать барьерные методы контрацепции. Если по каким-либо причинам интервал между приемами составил более 24 ч, таблетку нужно принять как можно быстрее, но не позднее чем через 12 ч. Если прием препарата задержан менее чем на 12 ч, это не влияет на контрацептивный эффект Лактинета, и прием препарата продолжается в обычном режиме. Если интервал между приемами был более 36 ч, то в дальнейшем требуются дополнительные (барьерные) методы предохранения от беременности [9].

Применение препарата Лактинет можно рассматривать и в качестве приемлемой альтернативы для женщин, предъявляющих жалобы на снижение либидо при использовании КОК, что может быть объяснено пониженным уровнем андрогенов. Прогестиновые контрацептивы, содержащие дезогестрел, можно рекомендовать и женщинам, у которых имеют место болезненность молочных желез, головные боли, желудочно-кишечные заболевания, что ограничивает возможность применения эстроген-гестагенных противозачаточных средств.

Для женщин старше 40 лет вопросы контрацепции также являются весьма актуальными. В этот возрастной период снижается частота овуляций, начинает угасать функция яичников. По мере того как менструальные циклы становятся нерегулярными, в конце неполноценной лютеиновой фазы или вслед за пиком эстрадиола возникают ановуляторные маточные кровотечения. В отдельных случаях наблюдается формирование и функционирование желтого тела, поэтому женщины после 40 лет не являются полностью защищенными от нежелательной беременности.

В перименопаузе использование эстроген-гестагенных контрацептивов сопряжено с высоким риском сердечно-сосудистой патологии, особенно у курящих женщин. Кроме того, в этом возрасте возрастает частота гормонально-зависимых заболеваний, в том числе и экстрагенитальной патологии, что также ограничивает прием комбинированных противозачаточных средств.

Снижение способности к зачатию у женщин старше 40 лет усиливает действие чисто прогестиновых препаратов и тем самым обеспечивает абсолютный контрацептивный эффект. Поэтому содержащие только прогестин препараты вполне подходят женщинам этого возраста, особенно курящим.

Таким образом, препарат Лактинет в полной мере соответствует медицинским критериям приемлемости методов контрацепции, рекомендуемым Всемирной организацией здравоохранения (2009 г.), что позволяет его широко рекомендовать женщинам в качестве эффективного противозачаточного средства [1, 4].

Учитывая особенности влияния препарата Лактинет на основные функциональные системы организма и высокую контрацептивную активность, приоритетными показателями к назначению препарата являются: контрацепция у женщин в послеродовом периоде, особенно после операции кесарева сечения, в период лактации; наличие противопоказаний для назначения комбинированных КОК; наличие экстрагенитальной патологии (пороки сердца, сахарный диабет, варикозное расширение вен, мигрень); контрацепция у курящих женщин старше 35 лет.

Применение Лактинета в послеродовом периоде и/или во время лактации ассоциируется с комплексом эффектов, следствием которых является улучшение репродуктивного здоровья женщин.

### Заключение

Гормональная контрацепция является доступным, простым в применении и эффективным методом предохранения от нежелательной беременности. К сожалению, большинство женщин, обращающихся в разные лечебные учреждения, не получают полноценной информации о существующих безопасных и эффективных методах, в том числе о послеродовой контрацепции. При выборе средства предохранения от нежелательной беременности необхо-

дим строгий индивидуальный подход в зависимости от возраста женщины, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии и др. [1, 3, 4].

Информирование пациентки дает возможность разумного выбора противозачаточного средства в разные периоды жизни женщины, включая послеродовый и период лактации. Отсутствие влияния эстрогенного компонента, незначительный процент побочных эффектов в сочетании с надежной контрацепцией дает возможность рекомендовать препарат Лактинет в качестве противозачаточного средства 1-го выбора у женщин после родов, в период кормления грудью и у женщин старше 40 лет.

### Литература

1. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. ВОЗ. 2004; с. 157–9.
2. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Бостанджян Л.Л. Гормональная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; с. 24–46.
3. Руководство по контрацепции. 2-е изд., перераб. и доп. Под ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2011.
4. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4-th ed. Geneva, 2009.
5. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Шешко Е.Л. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Гинекология. 2014; 1.
6. Rowlands S. New technologies in contraception. BJOG 2009; 116 (2): 230–9.
7. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Куликов И.А. Послеродовая контрацепция прогестагенными препаратами. Гинекология. 2013; 2.
8. Осипова Н.А., Зазерская И.Е. Проблемы планирования семьи после родов. Гинекология. 2013; 5.
9. Манухин И.Б., Тумлович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
10. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen – only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010; 82 (1): 17–37.



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 1 ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА  
КЛИНИКА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИМ. В.Ф. СНЕГИРЕВА

**РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,  
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА  
«СНЕГИРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

**МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:**  
Москва, ул. Еланского, д. 2  
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева  
Конференц-зал, 2 этаж

**НАЧАЛО МЕРОПРИЯТИЯ:**  
26 февраля 2014 г. в 09 ч 30 мин.  
Регистрация участников: с 08 ч 30 мин.

**КОНТАКТЫ:**  
Оргкомитет:  
Александров Леонид Семенович +7 (903) 730-52-48.  
Организация выставок:  
Лавренова Евгения Александровна +7(906) 727-53-88.

Подробная информация и План научно-практических мероприятий представлены на информационном портале Первого МГМУ имени И.М. Сеченова  
[www.mma.ru](http://www.mma.ru)