

Персонификация гормональной контрацепции

Л.Ю.Карахалис[✉], Г.А.Пенжоян, М.Н.Могиллина

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России.

350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4

В статье рассматриваются проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем женщины, проблемы регуляции рождаемости и рациональной контрацепции с использованием современных средств гормональной контрацепции, и в частности, линейки препаратов МОДЭЛЛЬ.

Ключевые слова: контрацепция, репродуктивное здоровье, Модельль.

[✉]lomela@mail.ru

Для цитирования: Карахалис Л.Ю., Пенжоян Г.А., Могиллина М.Н. Персонификация гормональной контрацепции. Гинекология. 2016; 18 (6): 4–7.

Personification of hormonal contraception

L.Yu.Karakhalis[✉], G.A.Penzhoyan, M.N.Mogilina

Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 350063, Russian Federation, Krasnodar, ul. Sedina, d. 4

The article deals with the problems related to women's reproductive health, issues of birth control and rational contraception using modern means of hormonal contraception, and in particular, MODEL drug line.

Key words: contraception, reproductive health, Modell.

[✉]lomela@mail.ru

For citation: Karakhalis L.Yu., Penzhoyan G.A., Mogilina M.N. Personification of hormonal contraception. Gynecology. 2016; 18 (6): 4–7.

Реалии сегодняшнего дня таковы, что почти миллион россиянок продолжают выбирать аборт в качестве основного метода планирования семьи. Так, только в 2015 г. по данным Росстата было проведено 746 736 аборт, показатель абортотв на 1 тыс. женщин фертильного возраста составил 20,9 и на 100 родившихся живыми и мертвыми – 38,9. Цифры красноречиво говорят о необходимости внедрения современных методов контрацепции, чтобы именно она (контрацепция), а не аборт, регулировала рождаемость. Большой вопрос вызывает статистика: неучтенные аборты, проведенные в частных клиниках и центрах даже путем медикаментозного прерывания, способствуют возникновению негативных последствий, таких как хронический эндометрит, отсутствие проходимости маточных труб, развитие гормонального стресса в связи с производством самого аборта и др. Можно привести целый ряд научных исследований, показывающих неблагоприятные последствия аборта: это и повышение частоты аденомиоза в несколько раз [1], увеличение числа острых и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза [2, 3], повышение риска рака молочной железы, и хотя этот вопрос сегодня дискутируется, некоторые авторы нашли зависимость возрастания риска онкопатологии у женщин, перенесших аборт [4, 5]. Но если на возникновение различных заболеваний как гинекологического, так и соматического профиля врачами акушерами-гинекологами еще обращается внимание, то психические и депрессивные расстройства послеперорального периода не учитываются [6].

Все это в конечном счете приводит к тому, что, когда наступает время желанной беременности, негативный опыт прерывания ее ведет у более 50% к угрозе невынашивания долгожданной беременности, практически у каждой 5-й к преждевременным родам и развитию аномалии родовой деятельности, повышает частоту кесарева сечения и способствует формированию плацентарной недостаточности, нарушая процессы инвазии трофобласта [7].

А нивелирование этих проблем лежит в правильном и вовремя проведенном консультировании по вопросам назначения современных методов контрацепции. Не секрет, что именно гормональная контрацепция является «золотым» ее стандартом, преимуществами которой являются не только в зарегистрированных контрацептивных свойствах, но и неконтрацептивных эффектах в виде улучшения состояния кожи, волос, профилактики онкопатологии и так далее [8]. А главное – это сохранение репродуктивного и соматического здоровья, тем самым ведущее к улучшению благосостояния нации. Корректное (без перерывов) использование контрацепции повышает ее клиническую эффективность.

Для правильного выбора методов контрацепции необходимо двустороннее желание: консультанта – врача и консультируемого – пациента. И здесь на первый план выходит такое понятие как «безопасный» врач и не менее важное – «безопасный» пациент. Консультирование по вопросам контрацепции, выбор контрацептива для конкретного пациента, наблюдение – это принципы работы «безопасного» врача. Но и «безопасный» пациент должен следить за своим здоровьем, повышать свой образовательный уровень и быть благополучным как в моральном, так и в социальном плане.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения «Охрана репродуктивного и сексуального здоровья ... относится к разряду фундаментальных прав человека». И в 1968 г. в Тегеране, и в 1994 г. в Каире на Международной конференции по народонаселению было декларировано, что «женщины и мужчины имеют право на информацию и доступ к предпочитаемым для них услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, которые должны быть безопасными, эффективными, доступными в финансовом отношении и приемлемыми». То есть предоставляемое пациенту право включает целый спектр категорий: это и информация, и выбор безопасного метода контрацепции, соблюдение конфиденциальности, и возможность высказать свое мнение, имея при этом предоставление непрерывной информации. Врач-консультант должен совершенствовать свои знания в области современных методов контрацепции, в то же время он должен ощущать поддержку руководства, поощряться им и иметь возможность самовыражаться.

Конечным продуктом этой совместной работы является консультирование: непосредственное общение, которое помогает консультируемому определить свои потребности для принятия решения о выборе метода контрацепции и сделать выбор в сторону современного метода, каким на сегодняшний день является гормональная контрацепция. Выбор метода контрацепции должен помочь разрешить имеющиеся проблемы, т.е. иметь возможность планировать рождение детей.

Врач должен обладать не только навыками консультирования по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, но и иметь для проведения консультаций желание, правильную позицию, а главное – мотивацию. Важным этапом консультирования является обстановка, позиция консультанта и его подход – все это играет ключевую роль для создания условий консультирования. На этапе консультирования необходимо остановиться не только на выборе самого метода контрацепции, правиле его использования, но и осветить возможные проблемы.

Важным аспектом в консультировании является оценка эффективности контрацептива, поэтому необходимо остановиться на высокой контрацептивной эффективности именно гормональных методов. Формируемое контрацептивное поведение определяется не только образом жизни женщины, но и мотивацией избежать непланируемую беременность и ее отношением к выбранному методу.

Неоднократно учеными делались попытки помочь врачу, консультирующему по вопросам использования гормональной контрацепции, путем создания тех или иных способов назначения комбинированных гормональных контрацептивов (КГК). Нами также в 2004 г. были получены патенты на изобретения «Способ определения нарушений гормонального статуса у женщин» [9] и «Способ гормональной контрацепции» [10], которые способствуют дифференцированному применению КГК, что нашло свое отражение в научной статье [11]. В соответствии с рекомендациями, выделяются следующие гормональные типы: гипоэстрогенный – рекомендуется использовать КГК с минимальным антиэстрогенным влиянием; гиперандрогенный – КГК с антиандрогенным действием; гиперэстрогенный – подразумевает назначение низкодозированных контрацептивов с минимальным содержанием эстрогенов или чистые прогестины [11].

Наиболее сложными являются пациентки, имеющие сочетание гипоэстрогении с гиперандрогенией, так как необходимо подобрать такой КГК, который обладал бы антиандрогенным эффектом и минимальным антиэстрогенным действием. И здесь на помощь врачу приходит инновационная линейка МОДЭЛЛЬ, в которой планируется 9 продуктов, отвечающих основным потребностям гормональной контрацепции.

Согласно рекомендациям, пациенткам до 25 лет при необходимости коррекции гиперандрогении мы назначаем ципротеронсодержащие КГК (МОДЭЛЛЬ ПЬЮР), в возрасте 25–35 лет КГК с дроспиреноном (МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, МОДЭЛЛЬ ПРО), а у пациенток старше 35 лет к дроспиренонсодержащим КГК присоединяются и содержащие дезогестрел (МОДЭЛЛЬ МАМ), которые, конечно же, подходят кормящим мамам, но могут использоваться и в случае необходимости исключить эстрогенный компонент конкретной пользовательнице КГК [12, 13].

Не менее сложными в плане подбора КГК являются пациентки, имеющие проявления гиперандрогении в сочетании с гиперэстрогенией. В арсенале использования контрацепции у пациенток до 35 лет это могут быть дроспиренонсодержащие КГК (МОДЭЛЛЬ ТРЕНД и МОДЭЛЛЬ ПРО), а после 35 лет чистые прогестины (МОДЭЛЛЬ МАМ).

Линейка препаратов МОДЭЛЛЬ скоро пополнится новыми контрацептивами, которые будут содержать не только дроспиренон, ципротерона ацетат и дезогестрел, но и левоноргестрел (широко использующийся, в том числе и для экстренной контрацепции), гестоден, имеющий хороший и наиболее изученный профиль безопасности, и другие гестагены.

Но уже имеющаяся линейка препаратов МОДЭЛЛЬ защищает женщину в самые ответственные периоды ее жизни: когда она молода и хочет иметь здоровую кожу (МОДЭЛЛЬ ПЬЮР), когда она взрослеет и ее пугает набор веса, связанный с задержкой жидкости при предменструальном синдроме [14], когда она имеет отклонения в гинекологическом здоровье (МОДЭЛЛЬ ПРО)* [15], при этом мы можем использовать свойства препарата для купирования нарушений менструального цикла и предменструального синдрома, устранения масталгии и мастодиссии [15–18]. Важным для любой женщины является вопрос набора веса, который решается путем использования с целью контрацепции КГК МОДЭЛЛЬ ТРЕНД, содержащего дроспиренон, который имеет доказанную (in vitro) способность ингибировать дифференцировку преадипоцитов в зрелые адипоциты [19]. И в самый ответственный момент ее жизни, кормление малыша, требующий особого внимания к контрацепции, –

выбор КГК МОДЭЛЛЬ МАМ, содержащего 75 мкг дезогестрела и не имеющего негативного влияния на качество и количество грудного молока [20].

Для того чтобы можно было легко определить, какой именно из представленных в линейке контрацептивов, нужен конкретной пациентке, сегодня создано мобильное приложение «Модель выбора контрацепции», которое может учесть все важные моменты, сможет выбрать оптимальный контрацептив, который будет безопасным для нашей пациентки. Индивидуальный подход – главный тренд сегодняшнего дня, линейка контрацептивных препаратов МОДЭЛЛЬ позволяет нам персонифицировать контрацепцию. Каждый пациент, получающий знания и консультируемый по поводу назначения КГК, должен знать те преимущества, которые характерны для КГК, и понимать свою выгоду при их приеме.

Литература/References

1. Ищенко АИ, Жуманова ЕН, Ищенко АА и др. Современные подходы в диагностике и органосохраняющем лечении аденомиоза. *Акушерство, гинекология, репродукция*. 2013; 7 (3): 30–4. / *Ischchenko AI, Zhumanova EN, Ischchenko AA et al. Sovremennye podkhody v diagnostike i organosokhraniyatsii lechenii adenomioza. Akusherstvo, ginekologiya, reproduktivnaya meditsina*. 2013; 7 (3): 30–4. [in Russian]
2. *Аборты в I триместре беременности*. Под ред. В.Н. Приленской, А.А. Кузмина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; с. 210. / *Aborty v I trimestre beremennosti*. Pod red. V.N. Prilepskoy, A.A. Kuzemina. M.: GEOTAR-Media, 2010; s. 210. [in Russian]
3. Кулинич СИ, Чертовских МН. К вопросу об абортax. *Сиб. мед. журн*. 2013; 6: 142–4. / *Kulichin SI, Chertovskikh MN. K voprosu ob abortakh*. *Sib. med. zhurn*. 2013; 6: 142–4 [in Russian]
4. Yubei Huang, Xiaoliang Zhang, Weiqin Li et al. A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes & Control* 2013. <http://link.springer.com/article/10.1007/s10552-013-0325-7>
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F et al. *DMGLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10* [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>. Accessed May 2011.
6. Карахалис ЛЮ. Психологические проблемы у женщин репродуктивного возраста с бесплодием различного генеза. *Журн. российского общества акушеров-гинекологов*. 2007; 9 (6): 35. / *Karakhalis LYu. Psikhologicheskie problemy u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta s besplodiem razlichnogo genезa*. *Zhurn. russiiskogo obshchestva akusherov-ginekologov*. 2007; 9 (6): 35. [in Russian]
7. Волкова ЕЮ, Корнеева ИЕ., Силантьева ЕС. Роль маточной гемодинамики в оценке репродуктивности эндометрия. *Проблемы репродукции*. 2012; 2: 57–62. / *Volkova EYu., Korneeva IE., Silant'eva ES. Rol' matochnoy gemodinamiki v otsenke retseptivnosti endometriya*. *Problemy reproduktivnoi meditsiny*. 2012; 2: 57–62. [in Russian]
8. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM et al. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioners oral contraception study. *BMJ* 2007; 335: 651.
9. *Способ определения нарушений гормонального статуса у женщин (патент на изобретение)*. Федорович О.К., Карахалис ЛЮ., Двуреченская О.В. Пат. 2225009 РФ №2002112502; заявл. 13.05.2002; опубл. 27.02.2004. Бюл. 6. / *Sposob opredeleniya narushebeniy gormonal'nogo statusa u zhenshchin (patent na izobretenie)*. Fedorovich OK, Karakhalis LYu., Dvurechenskaya O.V. Pat. 2225009 RF №2002112502; zayavl. 13.05.2002; opubl. 27.02.2004. Byul. 6. [in Russian]
10. *Способ гормональной контрацепции (патент на изобретение)*. Федорович О.К., Карахалис ЛЮ., Двуреченская О.В. Пат. 222331 РФ №2002107339; заявл. 22.03.2002; опубл. 27.01.2004. Бюл. 3. / *Sposob gormonal'noy kontratsepsii (patent na izobretenie)*. Fedorovich OK, Karakhalis LYu., Dvurechenskaya O.V. Pat. 222331 RF №2002107339; zayavl. 22.03.2002; opubl. 27.01.2004. Byul. 3. [in Russian]
11. Карахалис ЛБ, Федорович О.К. Дифференцированное применение комбинированных пероральных контрацептивов. *Аку-*

* Не являются показанием к применению. Инструкция по применению препарата МОДЭЛЛЬ ПРО: у женщин, принимающих комбинированные пероральные контрацептивные препараты (КОК), менструальный цикл становится более регулярным, реже наблюдаются болезненные менструации, уменьшается интенсивность менструальноподобного кровотечения, в результате чего снижается риск железодефицитной анемии [15].

- шерство и гинекология. 2006; 6: 51–3. / Karakbalis L.B., Fedorovich O.K. *Differentsirovannoe primeneniye kombinirovannykh peroral'nykh kontratseptivov. Akusherstvo i ginekologiya*. 2006; 6: 51–3. [in Russian]
12. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ, 2012. / *Meditsinskie kriterii priemlemosti metodov kontratseptsii RF*, 2012. [in Russian]
 13. Федорович О.К., Карахалис Л.Ю., Ковтун Н.В. Применение дезогестрелсодержащего контрацептива при лечении предменструального синдрома. Журн. Российского общества акушеров-гинекологов. 2005; 1: 45–46. / Fedorovich O.K., Karakbalis L.Yu., Kovtun N.B. *Primeneniye dezogestrelsoderzhashchego kontratseptiva pri lechenii predmenstrual'nogo sindroma*. Zhurn. Rossiyskogo obshchestva akusherov-ginekologov. 2005; 1: 45–46. [in Russian]
 14. Данченко О.В., Шимановский Н.Л. Эффективность и безопасность длительного применения препарата Диане-35 для лечения симптомов андрогенизации. Рус. мед. журн. 2000; 8 (11): 449–53. / Danchenko O.V., Shimanovskiy N.L. *Effektivnost' i bezopasnost' dlitel'nogo primeneniya preparata Diane-35 dlya lecheniya simptomov androgenizatsii*. Rus. med. zhurn. 2000; 8 (11): 449–53. [in Russian]
 15. Инструкция по применению препарата МОДЕЛЛЬ ПРО. / *Instruktsiya po primeneniyu preparata MODEL' PRO*. [in Russian]
 16. Иргашева С.У. Анализ эффективности лечения нарушений репродуктивного здоровья у больных СПКЯ. Молодой ученый. 2014; 11: 145–9. / Иргашева С.У. *Анализ эффективности лечения нарушений репродуктивного здоровья у больных СПКЯ*. Молодой ученый. 2014; 11: 145–9. [in Russian]
 17. Karakbalis L, Fedorovich O, Kovtun N. Using Drospirenon-containing contraceptive by women with hyperandrogenia. *Contraception Reproductive Health Care. The 9th Congress of the European Society of Contraception Istanbul*. 2006; p. 57.
 18. Lopez LM et al. Oral contraceptives drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012CD006586.
 19. Caprio M, Antelmi A, Chetrite G et al. Antiadipogenic effects of the mineralocorticoid receptor antagonist drospirenone: potential implications for the treatment of metabolic syndrome. *Endocrinology* 2011; 152 (1): 113–25.
 20. Руководство по контрацепции. Под ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс, 2006; с. 400. / *Rukovodstvo po kontratseptsii*. Pod red. V.N.Prilepskoj. M.: MEDpress, 2006; s. 400. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Карахалис Людмила Юрьевна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ. E-mail: lomela@mail.ru
Пенжоян Григорий Аргемович – д-р мед. наук, проф. зав. каф. акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ. E-mail: corpus@ksma.ru
Могиллина Марина Николаевна – аспирант каф. акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ. E-mail: mogilinamn@mail.ru