

# Персонифицированный выбор гормональной контрацепции

Л.Ю.Карахалис✉

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4

✉lomela@mail.ru

Индивидуальный выбор пролонгированной контрацепции, квалифицированное консультирование снижают возможные риски при ее использовании (данные литературы и собственный опыт).

**Ключевые слова:** пролонгированная контрацепция, критерии выбора.

**Для цитирования:** Карахалис Л.Ю. Персонифицированный выбор гормональной контрацепции. Гинекология. 2018; 20 (4): 52–54. DOI: 10.26442/2079-5696\_2018.4.52-54

## Short survey

## Personified choice of hormonal contraception

L.Yu.Karakhalis✉

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

✉lomela@mail.ru

### Abstract

The individual choice of prolonged contraception, and qualified consultation reduce possible risks in its application (these literatures and own experience).

**Key words:** prolonged contraception, choices criteria.

**For citation:** Karakhalis L.Yu. Personified choice of hormonal contraception. Gynecology. 2018; 20 (4): 52–54. DOI: 10.26442/2079-5696\_2018.4.52-54

Сегодня с уверенностью можно сказать о том, что роль женщины за последние десятилетия всецело изменилась. Мы в клинической практике не имеем надежных тестов, которые могли бы определить окончание периода фертильности [1]. Вероятность достижения женщиной к 55 годам менопаузы составляет 85% [2]. В связи с чем и АСОГ (American College of Obstetrics and Gynecology – Американское общество акушеров-гинекологов), и ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology – Европейское общество репродукции человека и эмбриологии) считают возможным использовать комбинированные оральные контрацептивы (КОК) до возраста полной потери фертильности, обозначенной на современном этапе развития медицины как 55-летний рубеж [2]. Согласно клиническим рекомендациям [3] использование контрацепции возможно в течение 2 лет после последней менструации, если она наступила до 50 лет, и в течение 1 года, если менопауза наступила после 50-летнего возраста. В связи с этим выбор режима использования КОК становится весьма актуальным. В практике акушера-гинеколога имеются современные режимы дозирования КОК, которые устраняют безгормональные интервалы, способствуют нивелированию весьма распространенных менструальных симптомов: головной и тазовой боли, вздутия живота, дисменореи и др. Использование таких режимов КОК приводит к снижению эндогенной выработки эстрогенов, ведет к обратимой, высокоэффективной и безопасной контрацепции [4–9]. При этом частота менструаций снижается с 13 до 4 в год, или они прекращаются совсем [8–11].

Современный и надежный контрацептив Модэлль Либеры содержит 84 таблетки с 20 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ), 100 мкг левоноргестрела (ЛНГ) и 7 таблеток с 10 мкг ЭЭ, которые используются непрерывно 91 день. Данный режим соответствует результатам проведенных опросов: наши пациентки желают использовать такие режимы дозирования КОК, которые могут сократить или устранить кровотечения отмены [12–14]. С целью доказательства приемлемости использования такого режима приема КОК проведено рандомизированное контролируемое исследование по сравнению ЛНГ 100 мкг/ЭЭ 20 мкг и традиционного 21-дневного приема КОК в течение 12 циклов [15]. Кроме снижения частоты и количества дней кровотечений отмены, при пролонгированном приеме отсутствуют дни, свободные от гормонов, что определяет отсутствие заметных их колебаний в плазме крови [16].

Учитывая описанные выше преимущества пролонгированной контрацепции, выбор препарата определяется той пользой, которую она приносит. Известно, что КОК устраняют страх беременности, обеспечивая спокойный и радостный сексуальный опыт [17]. КОК Модэлль Либеры, содержащий в качестве гестагенного компонента ЛНГ, способствует сохранению и повышению либидо [18, 19].

Для решения вопроса о назначении контрацептива проводится консультирование, имеющее своей целью проведение конструктивной беседы, во время которой обсуждаются вопросы репродуктивного, сексуального здоровья, проводится подбор контрацепции [20, 21]. Врач-консультант должен знать ответы на возможные вопросы, иметь мотивацию и желание консультировать. Консультирование по контрацепции заключается в выборе метода, изучении правил его использования, наблюдении, выявлении возможных проблем, неудач.

Контингент пациенток, обращающихся для подбора контрацепции, разнообразен. *Клинический пример:* на приеме пациентка Н., 33 лет, которая обратилась для подбора контрацепции после проведенного 4 мес назад искусственного аборта. Из анамнеза выяснено, что было 3 беременности, 2 из которых закончились рождением здоровых детей в 25 и 30 лет. После рождения второго ребенка использовала презерватив для предохранения от непланируемой беременности приблизительно в течение 2 лет. На протяжении последнего года стала отмечать более обильные менструации, снижение либидо, усталость, раздражительность, депрессию. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 23 лет, использовала до планирования рождения первого ребенка с целью контрацепции презерватив. У матери в анамнезе операция на кишечнике по поводу злокачественной опухоли с курсами химиотерапии (со слов), у отца повышенное артериальное давление. Масса тела Н. 64 кг, рост 168 см, индекс массы тела 22,9 кг/м<sup>2</sup>. Через 5 мин измерено артериальное давление на обеих руках: 110 и 70 мм рт. ст., пульс 68 уд/мин. Учитывая наличие злокачественной опухоли у матери, необходимо предоставить пациентке подробную информацию о влиянии контрацепции на риски возникновения злокачественных заболеваний. Сегодня мы с уверенностью можем сказать, что КОК снижают общий относительный риск возникновения любого рака [22], который составляет 0,97. При этом проспективное исследование в рамках на-

блюдабельной программы Diet and Health Study Национального института рака США продемонстрировало, что относительный риск возникновения рака яичника составляет 0,74; рака эндометрия – 0,78, колоректального рака – 0,96. В исследовании участвовали 196 536 женщин, период набора составил 1995–1996 гг. с наблюдением до 2011 г. В этом исследовании было отмечено незначительное увеличение риска только рака молочной железы, которое составило 1,03 [22]. Учитывая наличие артериальной гипертензии у отца, необходимо объяснить пациентке, что именно кумулятивный эффект эстрогенов, в отличие от стандартного режима 21+7, не приводит к повышенному риску венозной тромбоземболии (ВТЭ) [23]. Сегодня наступил ренессанс ЛНГ, который рассматривается в сравнении с более поздними генерациями гестагенов как препарат выбора при возможных сосудистых патологиях и ассоциируется с более низкой частотой ВТЭ [24, 25]. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и АСОГ риски использования КОК не превышают преимуществ применительно к артериальному давлению [26, 27]. На сегодняшний день доказана безопасность использования КОК у пациенток с контролируемой артериальной гипертензией, неосложненным диабетом, умеренной гиперлипидемией, депрессией, неосложненной клапанной патологией сердца, ВИЧ-инфекцией, разными соединительнотканными нарушениями, мигренями без ауры, системной красной волчанкой без антифосфолипидных антител и неосложненными заболеваниями печени [26, 28].

Учитывая все перечисленное, с целью контрацепции для пациентки Н. рекомендован КОК Модэль Либер, одобренный FDA (Food and Drug Administration) в октябре 2008 г. Кроме того, что ЛНГ демонстрирует самый надежный профиль безопасности относительно ВТЭ среди всех современных гестагенов, он обладает выраженным антипролиферативным эффектом, что при увеличении в последнее время у Н. кровопотери во время менструации является весьма актуальным [29]. Выбор ЛНГ, входящего в состав Модэль Либер в дозе 100 мкг, обусловлен также и жалобами на снижение либидо, а, как известно, контрацептивы с ЛНГ способствуют его сохранению и повышению [18]. Кроме этого, ЛНГ, который обладает остаточной андрогенностью, имеет антидепрессивный и антиастенический эффекты [26]. Таким образом, для пациентки Н. мы порекомендуем Модэль Либер.

Важным моментом в процессе консультирования является вопрос о восстановлении фертильности после отмены КОК. Так как наша пациентка находится в репродуктивном возрасте, у нее могут возникнуть эти вопросы, на которые она должна получить квалифицированные ответы. Фертильность после прекращения использования КОК восстанавливается, как правило, в течение 1 года [30], а частота наступления беременности сопоставима у КОК (83,8%) и презерватива (91,3%).

Мы после назначения контрацепции рекомендуем нашим пациенткам в течение 3 мес вести дневник для оценки приемлемости метода контрацепции. Через 3 мес пациентка приходит на консультативный прием (возможно и более раннее наблюдение при необходимости), и проводится оценка действия и переносимости контрацептива. Представленный нами выбор контрацептива с учетом анамнеза (личного и семейного), жалоб и данных физического обследования помогает индивидуализировать метод контрацепции, основываясь на последних научных достижениях и собственном опыте [31]. Пролонгированная контрацепция может быть назначена и в подростковом возрасте, эпидемиологические исследования подчеркивают, что 5-летнее использование КОК, назначенных до 30 лет, увеличивает продолжительность жизни [32].

#### **Литература/References**

1. Hillard PJ, Berek JS, Barss VA et al. Guidelines for women's health care: A resource manual. 3rd ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007.
2. Allen RH, Cwiak CA. Contraception for midlife women. *Menopause* 2016; 23 (1).

3. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протокол лечения). Проблемы репродукции. 2016; 6: 425–47. / Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija). Problemy reprodukcii. 2016; 6: 425–47. [in Russian]
4. Schlaff WD, Lynch AM, Hughes HD et al. Manipulation of the pill-free interval in oral contraceptive pill users: the effects on follicular suppression. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 943–51.
5. Sulak PJ, Scow RD, Preece C et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 261–6.
6. Coffee A, Kuehl TK, Willis SA, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1311–9.
7. Vandever MA, Kuehl TJ, Sulak PJ et al. Evaluation of pituitary–ovarian axis suppression with three oral contraceptive regimens. *Contraception* 2008; 77 (3): 162–70.
8. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB et al. Efficacy of a new low dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 492–501.
9. Davis AR, Kroll R, Soltes B et al. Return to menses after continuous use of a low-dose oral contraceptive. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 3S.
10. Archer DF, Jensen JT, Johnson JV et al. Evaluation of a continuous regimen of levonorgestrel/ethinyl estradiol: phase 3 study results. *Contraception* 2006; 74 (6): 439–45.
11. Burness CB. Extended-cycle Levonorgestrel/ethinylestradiol and low-dose ethinylestradiol (Seasonique): a review of its use as an oral contraceptive. *Drugs* 2015; 75 (9): 1019–26. DOI: 10.1007/s40265-015-0407-9
12. Den Tonkelaar I, Oddens BJ. Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use. *Contraception* 1999; 59: 357–62.
13. Andrist LC, Arias RD, Nucatola D et al. Women's and providers' attitudes toward menstrual suppression with extended use of oral contraceptives. *Contraception* 2004; 70: 359–63.
14. Glasier AF, Smith KB, van der Spuy ZM et al. Amenorrhea associated with contraception—an international study on acceptability. *Contraception* 2003; 67: 1–8.
15. Miller L, Hughes JP. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 653–61.
16. Archer DF, Kovalevsky G, Ballagh S, Grubb GS. Effect on ovarian activity of a continuous-use regimen of oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Fertil Steril* 2005; 84 (Suppl): S24.
17. Gold R. Rekindling efforts to prevent unplanned pregnancy: A matter of "equity and common sense". *Guttmacher Policy Rev* 2006; 9: 2–6.
18. Davis SR, Bitzer J, Giraldi A et al. Change to either a nonandrogenic or androgenic progestin-containing oral contraceptive preparations associated with improved sexual function in women with oral contraceptive-associated sexual dysfunction. *J Sex Med* 2013; 10 (12): 3069–79.
19. Nappi RE, Davis SR, Parke S et al. Effects of Estradiol Valerate/Dienogest Compared with Ethinyl Estradiol/Levonorgestrel on Libido. *Endocr Rev* 2011; 32: 1–315.
20. Карахалис Л.Ю., Федорович О.К. Дифференцированное применение комбинированных пероральных контрацептивов. *Акушерство и гинекология*. 2006; 6: 51–4. / Karakhalis L.Yu., Fedorovich O.K. Differentirovannoe primeneniye kombinirovannykh peroral'nykh kontratseptivov. *Akusberstvo i ginekologiya*. 2006; 6: 51–4. [in Russian]
21. Карахалис Л.Ю. Пролонгированный режим: контрацептивные и неконтрацептивные преимущества. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (6): 54–6. DOI: 10.26442/2075-1753\_19.6.54-56 / Karakhalis L.Yu. The prolonged regime: contraceptive and non-contraceptive benefits. *Consilium Medicum*. 2017; 19 (6): 54–56. DOI: 10.26442/2075-1753\_19.6.54-56 [in Russian]
22. Michels KA et al. Oral Contraceptive Use and Risks of Cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Epidemiol* 2018. DOI: 10.1093/aje/kwx388
23. Sbrader SP, Dickerson LM. Extended- and Continuous-Cycle Oral Contraceptives. *Pharmacotherapy* 2008; 28 (8): 1033–40.
24. Lidegaard O. Hormonal contraception and venous thromboembolic risk in midlife women. *Maturitas* 2013; 74 (1): 1–2. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.09.015
25. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ* 2015; 350: h2135. DOI: 10.1136/bmj.h2135
26. ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology. ACOG practice bulletin. No. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (6): 1453–72.
27. Department of Reproductive Health, World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th ed. 2009. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html)
28. Kaunitz A. Hormonal Contraception in Women of Older Reproductive Age. *N Engl J Med* 2008; 358: 1262–70.
29. Инструкция по применению препарата Мирена, версия 12/09/2016. / Instruksia po primeneniui preparata Mirena, versia 12/09/2016. [in Russian]
30. Hassan MA, Killick SR. Is previous use of hormonal contraception associated with a detrimental effect on subsequent fecundity? *Human Reprod* 2004; 19 (2): 344–51.
31. Карахалис Л.Ю., Пензоян Г.А., Могилina М.Н. Персонализация гормональной контрацепции. *Гинекология*. 2016; 18 (6): 67–70. / Karakhalis L.Yu., Penzboian G.A., Mogilina M.N. Personifikatsiya gormonal'noi kontratseptsii. *Ginekologiya*. 2016; 18 (6): 67–70. [in Russian]
32. Кузнецова И.В. Гормональная контрацепция в коррекции нарушений менструального цикла у подростков. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2014; 1: 35–40. / Kuznetsova I.V. Gormonal'naya kontratseptsia v korrektsii narushenii menstrual'nogo tsikla u podrostkov. *Reproduktivnoye zdorov'e detei i podrostkov*. 2014; 1: 35–40. [in Russian]

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

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