

Комбинированная гормональная контрацепция: причины отказа и применение у женщин групп высокого риска

Е. Н. Кравченко

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

РЕЗЮМЕ

Цель. В статье рассматриваются возможность использования комбинированной гормональной контрацепции, причины отказа и применение у женщин групп высокого риска.

Методы. Проведен обзор данных за 5 лет, проанализированы факторы, которые привели к отказу использования этого вида контрацепции. Собрана информация о руководящих принципах действий у пациентов с высоким риском появления побочных эффектов, использующих комбинированную гормональную контрацепцию.

Выводы. Страх женщин перед нежелательными явлениями и формированием проблем со здоровьем является одной из основных причин отказа от применения контрацептивов или полного прекращения их использования. Будущие исследования должны изучить предвзятость пользователей к гормональной контрацепции для лучшего понимания контроля над рождаемостью, улучшения соответствия потребностям и ожиданиям женщин и мужчин сегодня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: комбинированная гормональная контрацепция, причины отказа, применение у женщин групп высокого риска.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Combined hormonal contraception: reasons for refusal and use in high-risk women

E. N. Kravchenko

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

SUMMARY

Purpose: the article discusses the possibility of using combined hormonal contraception, the reasons for refusal and the use in women of high-risk groups.

Methods: a review of data for 5 years was carried out, the factors that led to the refusal to use this type of contraception were analyzed. Information has been collected on the guidelines for action in patients with a high risk of side effects using combined hormonal contraception.

Conclusions: women's fear of adverse events, the formation of health problems, are one of the main reasons for refusing to use contraceptives or completely stopping their use. Future research should explore user bias towards hormonal contraception for a better understanding of birth control, better matching the needs and expectations of women and men today.

KEY WORDS: combined hormonal contraception, reasons for refusal, use in high-risk women.

CONFLICT OF INTEREST. The author declares no conflict of interest.

За последние 25 лет технология контроля рождаемости сделала значительный шаг вперед, предлагая более широкий выбор безопасных и эффективных противозачаточных средств, чем когда-либо прежде. Пероральные контрацептивы с более низкими дозами, новые барьерные методы и улучшенные ВМС были важными недавними достижениями, а новые методы введения гормонов открывают перспективы на будущее. Тем не менее поиск более безопасных, более эффективных и более удобных вариантов контрацепции должен оставаться приоритетной задачей исследований [1].

Комплексные услуги по планированию семьи, включая услуги по аборт, должны быть доступны всем женщинам независимо от географического положения. Эти услуги должны быть конфиденциальными, непредвзятыми и уважительными к частной жизни людей и культурному контексту [2]. Медицинские работники должны предоставлять практическую информацию о широком спектре вариантов предохранения от беременности и их потенциальных преимуществах, не связанных с контрацепцией,

и помогать женщинам и их партнерам в выборе наиболее подходящего метода для использования [1].

Несмотря на достижения последних лет, большое число женщин проводят значительную часть своей жизни в условиях риска незапланированной беременности.

Гормональная контрацепция (ГК) доступна во всем мире в различных формах. Контрацептивными преимуществами комбинированных оральных контрацептивов (КОК) являются эффективность, удобство, обратимость эффекта. Противозачаточные таблетки являются безопасным методом контроля беременности. Он был разработан более 60 лет назад, и, несмотря на то что состав был таким же с момента его первой разработки (эстроген и прогестаген), с годами концентрация этинилэстрадиола была снижена для улучшения переносимости [3]. Хорошо известны и неконтрацептивные преимущества КОК: менее выраженные кровотечения, меньшая выраженность анемии и дисменореи, предменструального синдрома, снижение риска развития рака яичников, эндометрия, колоректального рака и другие.

Распространенность

В современных условиях оральные противозачаточные таблетки являются распространенной используемой обратимой формой контрацепции. Так, в США они назначаются в 21,9% всех случаев применения каких-либо противозачаточных средств [4]. В настоящее время имеется два вида оральных контрацептивов – это КОК, которые содержат эстроген и прогестерон, и таблетки, содержащие чисто прогестин. Оба имеют частоту отказов примерно от 7,2 до 9% при обычном использовании и безопасны для большинства пациентов [5].

Назначение контрацептива должно включать сбор анамнеза, скрининг на наличие противопоказаний, выдачу или назначение метода контрацепции, а также изучение выбора и приверженности контрацептивам в более широком контексте сексуального поведения половых партнеров, риска для репродуктивного здоровья, социальных обстоятельств и соответствующих социальных взглядов [2].

Продолжительность использования и причины отказа

За последнее десятилетие женщины в западных странах обратились к различным платформам социальных сетей, чтобы поделиться своим неудовлетворительным опытом использования гормональной контрацепции, которая выпускается в разных формах и может быть таблетками, пластырями, кольцами, инъекционными препаратами, имплантатами или гормональными внутриматочными средствами. Эти онлайн-отзывы были осуждены как распространяющие гормонофобию, то есть чрезмерный страх перед гормонами, основанный на иррациональных причинах, таких как переоценка рисков для здоровья, связанных с их использованием, что уже было вызвано повторяющимися спорами в средствах массовой информации о гормональной контрацепции. Были изучены аргументы, которые женщины и мужчины (как партнеры женщин-пользователей) недавно выдвинули против гормональной контрацепции, выяснено, связаны ли они с гормонофобией. Систематический обзор новейшей научной литературы, основанной на фактических данных, дал возможность выявить типы причин отказа от гормональной контрацепции (от жалоб до отказа использования), цитируемых в западных странах в социальных сетях. Восемь основных категорий появились в качестве причин отказа от гормональной контрацепции: проблемы, связанные с физическими побочными эффектами; измененное психическое здоровье; негативное влияние на сексуальность; опасения по поводу будущей фертильности; опасения по поводу отсутствия менструации или уменьшения количества менструальной кровопотери; страхи и беспокойство; и делегитимация побочных эффектов гормональных контрацептивов. Таким образом, аргументы против гормональной контрацепции оказались сложными и многофакторными [6].

Таким образом, эффективные методы контрацепции еще недостаточно используются женщинами, особенно среди уязвимых групп населения. В связи с этим представляется интересным обзор последних публикаций, посвященных эффективности и рискам КОК.

Механизм действия и эффективность

Результативность контрацепции определяется сочетанием эффективности препарата, индивидуальной способности к оплодотворению, частоты половых актов, а также приверженности и продолжительности лечения пользователем. Механизм действия КОК в большей степени связан с предотвращением овуляции. Вторичный механизм контрацептивного действия направлен на шейную слизь, в меньшей степени – на подавление имплантации. Все это делает комбинированные гормональные контрацептивы (КГК) высокоэффективными при «идеальном» использовании. Прогестагены являются основным активным агентом гормональной контрацепции. Механизм действия прогестагенов является мультимодальным, выделяют три режима контрацептивного действия: (а) сильное антигонадотропное действие, приводящее к ингибированию овуляции. Необходимая дозировка ингибирования овуляции в день – это фиксированная дозировка, которая присуща каждому прогестагену и не зависит от дозы используемого эстрогена или частичной активности прогестагена или способа применения; (б) утолщение цервикальной слизи для ингибирования проникновения сперматозоидов и (с) десинхронизация изменений эндометрия, необходимых для имплантации. Имеющиеся прогестагены, применяемые для контрацепции, используются либо в комбинированных гормональных контрацептивах (в таблетках, пластырях или вагинальных кольцах), либо только в качестве гестагенных контрацептивов [7].

Согласно введению гестагенов на рынок, гестагенные компоненты в комбинированных гормональных контрацептивах были описаны как прогестагены 1-го, 2-го, 3-го и 4-го поколений. Различные их структуры являются производными тестостерона, прогестерона и спиронолактона. Эти различия в молекулярной структуре определяют фармакодинамические и фармакокинетические дифференциальные эффекты, которые способствуют переносимости и дополнительным полезным или терапевтическим эффектам, независимо от того, используются они в КОК или в качестве препаратов, содержащих только прогестаген. Эти различия расширяют индивидуальные возможности для разных профилей пациентов [7].

Риски и использование КОК у женщин группы высокого риска

Консультирование по вопросам контрацепции должно включать обсуждение типичных случаев отказа от использования и важности последовательного и правильного использования метода контрацепции во избежание беременности. КГК, несмотря на их высокую эффективность, связаны с рисками их применения, в частности, обсуждаются риски опухолей молочной железы, венозной тромбоземболии, сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркт миокарда и ишемический инсульт.

Риск рака молочной железы. Большинство женщин используют ГК более 30 лет, и для многих это может быть связано с воздействием в старшем репродуктивном возрасте, когда базовый риск рака молочной железы (РМЖ) резко возрастает. В целом опасность формирования РМЖ при воздействии ГК очень мала и перевешивается контрацептивными преимуществами, но, несмотря на это, все еще остаются нерешенными

вопросы для всех методов, используемых в клинической практике, из-за недостаточных доказательств полной безопасности. Это иллюстрируется следующими предположениями: таблетки только с прогестагеном и обратимые контрацептивы длительного действия являются «безопасными для груди» вариантами у женщин в перименопаузе, использование внутриматочной системы левоноргестрела для лечения патологии эндометрия у выживших после РМЖ с меньшей вероятностью будет способствовать рецидиву заболевания и пользе всех гормональных препаратов. Методы контрацепции способствуют снижению незапланированной беременности у женщин с высоким семейным риском, перевешивая риск диагностики РМЖ. Консультации врачей общей практики и специалистов по сексуальному и репродуктивному здоровью неизбежно будут акцентированы по некоторым или всем этим вопросам, и в отсутствие убедительных доказательств клинических исследований следует проявлять осторожность и надлежащим образом консультировать женщин [8].

Риск сердечно-сосудистых осложнений. КГК, несмотря на их высокую эффективность, связаны с повышенным относительным риском сердечно-сосудистых осложнений. Женщины должны быть в должной степени информированы об этих очень небольших рисках. Выбор конкретного препарата необходимо проводить с учетом индивидуального анамнеза женщины совместно с пациенткой и врачом либо другим специалистом по планированию семьи. Противозачаточный механизм действия комбинированных таблеток принципиально зависит от их прогестинового компонента [9].

Венозные тромбозы. Пользователи ГК имеют повышенный риск венозных тромбозов по сравнению с популяцией. Женщин следует информировать об этих рисках и предлагать обучение методам, основанным на осведомленности о фертильности, с сопоставимой эффективностью для планирования семьи. Венозные тромбозы в анамнезе у женщины являются абсолютным противопоказанием для применения методов контрацепции с использованием этинилэстрадиола в комбинации с прогестагеном [10].

COVID-19. В последние годы широко обсуждается возможность использования КГК во время пандемии COVID-19. Анализируются факторы риска использования этого вида контрацепции, особенно связанные с повышенным риском тромботического события, информация о руководящих принципах действий у пациентов с COVID-19, использующих КГК, показано, что мы можем продолжать назначать и использовать гормональные методы с этинилэстрадиолом [11]. Также было изучено влияние социального дистанцирования во время пандемии COVID-19 на использование ГК, их прекращение и риск незапланированной беременности. Было показано, что несколько женщин прекратили свой метод контрацепции во время пандемии, но продолжали заниматься половой жизнью и имели незапланированную беременность. Следовательно, необходимо консультировать женщин о том, что они должны обязательно использовать контрацепцию в случае возникновения мер социального дистанцирования во время будущей пандемии [12].

Мигрень. КГК противопоказаны при мигрени, особенно при мигрени с аурой, из-за риска ишемического инсульта. В настоящее время доступны более новые сочетания гормональных контрацептивов, и врачи могут без необ-

ходимости ограничивать доступ к противозачаточным средствам и медицинским терапевтическим средствам для пациентов с мигренью. Недавние результаты показали, что имеются ограниченные данные о современных формах КГК и их результатах у пациентов с мигренью. Исследования показывают, что риск ишемического инсульта может быть связан с дозой эстрогена, поскольку препараты с высокой дозой имеют самый высокий риск. Абсолютный риск ишемического инсульта при комбинированной гормональной контрацепции и мигрени низкий. Риск ишемического инсульта у пользователей комбинированных гормональных контрацептивов в связи с мигренью низкий, и индивидуальный подход может быть более тщательным с учетом конкретных данных личного анамнеза пациентки [13].

Риск депрессии. Влияние гормональных контрацептивов на риск депрессии неоднозначно. Тем не менее клинические исследования и рандомизированные плацебо-контролируемые исследования женщин с психическими расстройствами, как правило, сообщают об аналогичных или более низких показателях изменения настроения при оценке имеющихся симптомов у пользователей ГК по сравнению с теми, кто их не использует. Хотя взаимодействия между психотропными препаратами и противозачаточными средствами встречаются редко, клозапин, противосудорожные средства и зверобой являются исключениями. Упреждающее лечение психических заболеваний, контрацепция и беременность улучшают душевное состояние женщины и оптимизируют ее психическое и репродуктивное здоровье [14]. Основным путем, ответственным за изменения настроения, связанные с менструальным циклом, является путь γ -аминомасляной кислоты, который чувствителен к изменениям уровня прогестерона, его метаболитов, нейростероидов. В частности, аллопрегнанолон является потенцирующим нейростероидом с анксиолитическими и противосудорожными эффектами, уровни которых изменяются во время нормального менструального цикла вместе с уровнями прогестерона. Прогестины оказывают различное влияние на аллопрегнанолон главным образом из-за их разнообразной чувствительности к рецепторам андрогенов. Более того, они могут повлиять на структуру и функцию мозга, хотя смысл этих изменений еще предстоит выяснить. Важно определить группы женщин, у которых чаще возникают негативные расстройства настроения [15].

Влияние на сексуальность. Безопасность и эффективность контрацептивов были тщательно изучены, в то же время мало что известно об их влиянии на женскую сексуальную функцию, и доказательства по этой теме противоречивы. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что меньшинство женщин испытывают изменения в сексуальном поведении в отношении с половым партнером, желания, смазки, оргазма и удовлетворенности отношениями. Патофизиологические механизмы, приводящие к сообщениям о сексуальных трудностях, таких как снижение желания и вульвовагинальная атрофия, остаются неясными. Недостаточно данных о корреляции между ГК и функцией тазового дна и урологическими симптомами [16].

Восстановление фертильности после прекращения контрацепции. Наряду с увеличением доступности и использования противозачаточных средств важно

также подтвердить, что влияние использования противозачаточных средств на возобновление фертильности после прекращения использования контрацепции в настоящее время неубедительно, и вопрос наступления беременности имеет большое значение для женщин, использующих контрацепцию. Этот страх оказывает негативное влияние на использование и продолжение контрацепции. Результаты двадцати двух исследований, в которых приняли участие в общей сложности 14 884 женщины, прекратившие использование противозачаточных средств, было выяснено, что совокупный показатель наступления беременности составил 83,1% (95% ДИ = 78,2–88%) в течение первых 12 месяцев после отмены контрацептивов. Это не имело существенных различий для гормональных методов и пользователей ВМС. Точно так же тип прогестерона в конкретном варианте контрацепции и продолжительность использования оральных контрацептивов не оказывают существенного влияния на восстановление фертильности после прекращения контрацепции. Однако доказательств влияния паритета на наступление беременности после прекращения контрацепции получено не было. Использование контрацептивов, независимо от их продолжительности и типа, не оказывает отрицательного влияния на способность женщин к зачатию после прекращения их использования и существенно не замедляет фертильность. Поэтому важное значение имеет соответствующее консультирование, чтобы убедить женщин использовать методы в соответствии с их интересами [17].

Эндометриоз. Был проведен систематический обзор исследований применения контрацептивов у женщин с эндометриозом, чтобы изучить доказательства эффективности использования ГК для уменьшения боли, связанной с заболеванием, и снижения послеоперационного риска рецидива заболевания. КГК и прогестиновые контрацептивы эффективны для облегчения дисменореи, связанной с эндометриозом, тазовой боли и диспареунии, а также улучшают качество жизни. Некоторые КОК снижали риск рецидива заболевания после консервативной операции, но ЧПОК – нет. Однако недостаточно доказательств, чтобы сделать окончательные выводы об общем превосходстве какого-либо конкретного гормонального контрацептива [18]. Кроме того, непрерывное введение (непрерывный режим) казалось более полезным, чем циклическое введение КОК. Эффективность КГК для уменьшения боли при эндометриозе была аналогична или меньше, чем у пероральных прогестинов и агонистов ГнРГ [19].

Заключение

Страх женщин перед побочными явлениями и нежелательными эффектами, формированием проблем со здоровьем является одной из основных причин отказа от применения контрацептивов или полного прекращения их использования. Будущие исследования должны изучить отношения врачей, назначающих методы предохранения от беременности, и пациенток, гендерную предвзятость к гормональной контрацепции и требования к естественности, чтобы понять, как контроль над рождаемостью может лучше соответствовать потребностям и ожиданиям женщин и мужчин сегодня.

Список литературы / References

1. Abbe CR, Page ST, Thirumalai A. Male Contraception. *Yale J Biol Med.* 2020 Sep 30;93(4):603–613. PMID: 33005125; PMCID: PMC7513428.
2. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC.* Vol. 37, 11 (2015): 1033–9. doi:10.1016/s1701-2163(16)30054-8
3. Regidor Pedro-Antonio. Clinical relevance in present day hormonal contraception. *Hormone molecular biology and clinical investigation.* Vol. 37, 1 10.1515/hmbci-2018-0030. 26 Oct. 2018. doi:10.1515/hmbci-2018-0030
4. Teal S, Edelman A. Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA.* 2021 Dec 28;326(24):2507–2518. doi:10.1001/jama.2021.21392. PMID: 34962522.
5. Brown EJ, Deshmukh P, Antell K. Contraception Update: Oral Contraception. *FP Essent.* 2017 Nov;462:11–19. PMID: 29172411.
6. Le Guen, Mireille et al. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social science & medicine (1982).* Vol. 284 (2021): 114247. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114247
7. Regidor Pedro-Antonio. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. *Oncotarget.* Vol. 9,7734628–34638. 2 Oct. 2018. doi:10.18632/oncotarget.26015
8. Marsden Jo. Hormonal contraception and breast cancer, what more do we need to know? *Postreproductive health.* Vol. 23,3 (2017): 116–127. doi:10.1177/2053369117715370
9. Sales Vieira C, Celis C, Galán G, Hernández L, Díaz I, López J. Drospirenone: a Latin American perspective for oestrogen-free oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2021 Feb;26(1):73–78. doi:10.1080/13625187.2020.1837364. Epub 2020 Nov 6. PMID: 33155847.
10. Systematic Review of Hormonal Contraception and Risk of Venous Thrombosis. *The Lancet quarterly.* Vol. 85,4 (2018): 470–477. doi:10.1177/0024363918816683
11. Lete Iñaki. Combined hormonal contraception and COVID-19. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception.* Vol. 26,2 (2021): 128–131. doi:10.1080/13625187.2020.1867845
12. Caruso Salvatore et al. Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception.* Vol. 25,6 (2020): 445–448. doi:10.1080/13625187.2020.1830965
13. Voedisch AJ, Hindiyyeh N. Combined hormonal contraception and migraine: are we being too strict? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2019 Dec;31(6):452–458. doi:10.1097/GCO.0000000000000586. PMID: 31573998.
14. McCloskey LR, Wisner KL, Cattán MK, Betcher HK, Stika CS, Kiley JW. Contraception for Women With Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry.* 2021 Mar 1;178(3):247–255. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20020154. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33167674.
15. Fruzzetti Franca and Tiziana Fidicicchi. Hormonal Contraception and Depression: Updated Evidence and Implications in Clinical Practice. *Clinical drug investigation.* Vol. 40,12 (2020): 1097–1106. doi:10.1007/s40261-020-00966-8
16. Both Stephanie et al. Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *The Journal of sexual medicine.* Vol. 16,11 (2019): 1681–1695. doi:10.1016/j.jsxm.2019.08.005
17. Gium T, Wasie A. Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med.* 2018 Jul 23;3:9. doi:10.1186/s40834-018-0064-y. PMID: 30062044; PMCID: PMC6055351.
18. Grandi Giovanni et al. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception.* Vol. 24,1 (2019): 61–70. doi:10.1080/13625187.2018.1550576
19. Jensen, Jeffrey T et al. Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: a systematic review of the evidence. *Fertility and sterility.* Vol. 110,1 (2018): 137–152.e1. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.03.012

Статья поступила / Received 28.06
Получена после рецензирования / Revised 04.07
Принята в печать / Accepted 06.07

Сведения об авторе

Кравченко Елена Николаевна, д.м.н., проф., профессор кафедры акушерства и гинекологии. E-mail: kravchenko.en@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-9481-8812

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

Для переписки: Кравченко Елена Николаевна. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

About author

Kravchenko Elena N., DM Sci (habil.), professor, professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the 1st Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education. E-mail: kravchenko.en@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-9481-8812

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

For correspondence: Kravchenko Elena N. E-mail: kravchenko.en@mail.ru

Для цитирования: Кравченко Е. Н. Комбинированная гормональная контрацепция: причины отказа и применение у женщин групп высокого риска. *Медицинский алфавит.* 2022; (24): 27–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-27-30>.

For citation: Kravchenko E.N. Combined hormonal contraception: reasons for refusal and use in high-risk women. *Medical alphabet.* 2022; (24): 27–30. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-24-27-30>.

