

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета



ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

—

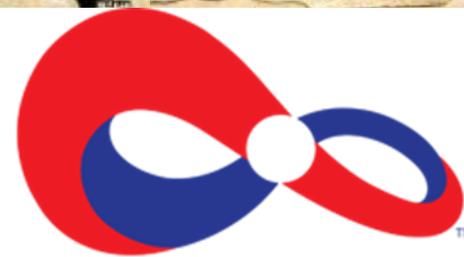
ЗА И ПРОТИВ

*Профессор Соснова Елена
Алексеевна*

World Contraception Day



Всемирный день контрацепции (англ. World Contraception Day (WCD)) — 26 сентября



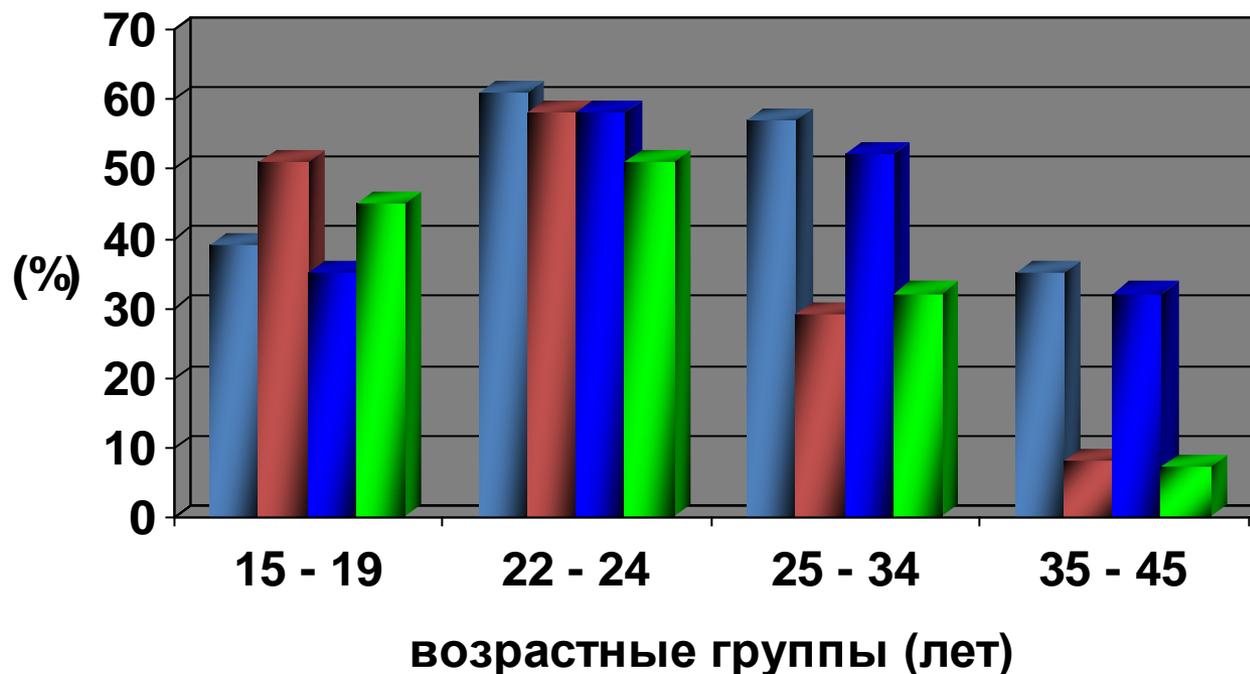
WORLD THROMBOSIS DAY

OCTOBER 13

***Гормональные контрацептивы -
наиболее часто используемый в
мире метод контрацепции и
гормонотерапии.***

(Материалы Европейского конгресса по контрацепции, Прага 2008)

Применение гормональных контрацептивов в некоторых странах мира



■ Германия ■ Великобритания ■ Франция ■ США

Piccinino, 2013

ПОКАЗАНИЯ

- ***ДАЛЕКО НЕ ВСЕГДА КОНТРАЦЕПТИВНЫЕ!***
- Нарушения менструального цикла
- Косметологические проблемы
- Дисменорея (болезненные менструации)

**«Любой вид контрацепции лучше,
чем аборт».**

ВОЗ, 1986г.

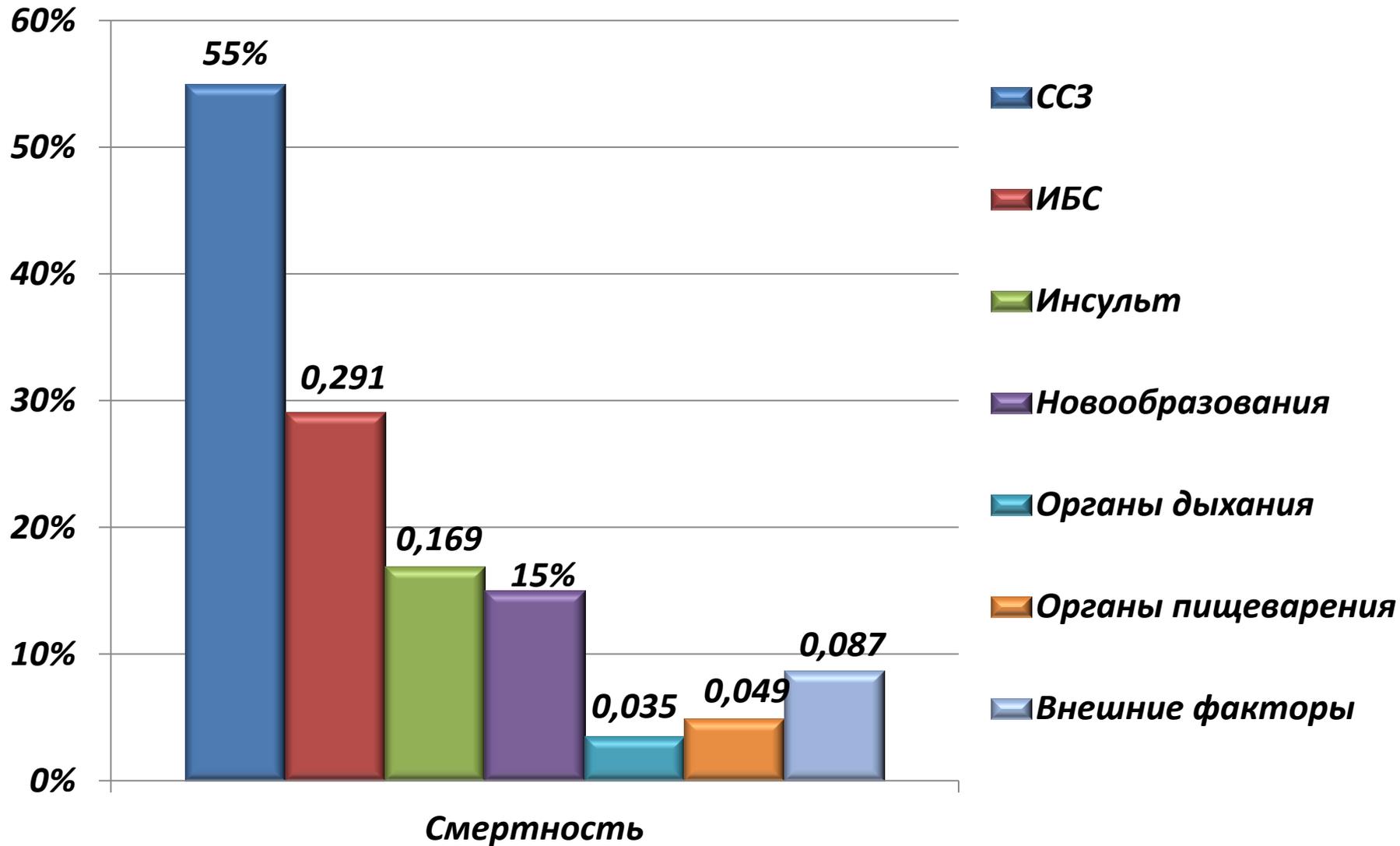


Расширение возможностей и объема использования контрацепции, является одним из реальных шагов не только на пути снижения абортсв и их осложнений, но и улучшения репродуктивного здоровья женщины.

А ОБЩЕГО ЗДОРОВЬЯ?



СТАТИСТИКА



ОСНОВНАЯ ЗОНА КОНФЛИКТА

*Зона риска
заболеваний сердечно-
сосудистой системы:
инфаркт миокарда,
инсульт, тромбоз.*



ГЕНЕОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕРЕВО ОК

4

дроспиренон

3

**гестоден,
дезогестрел,
диеногест**

2

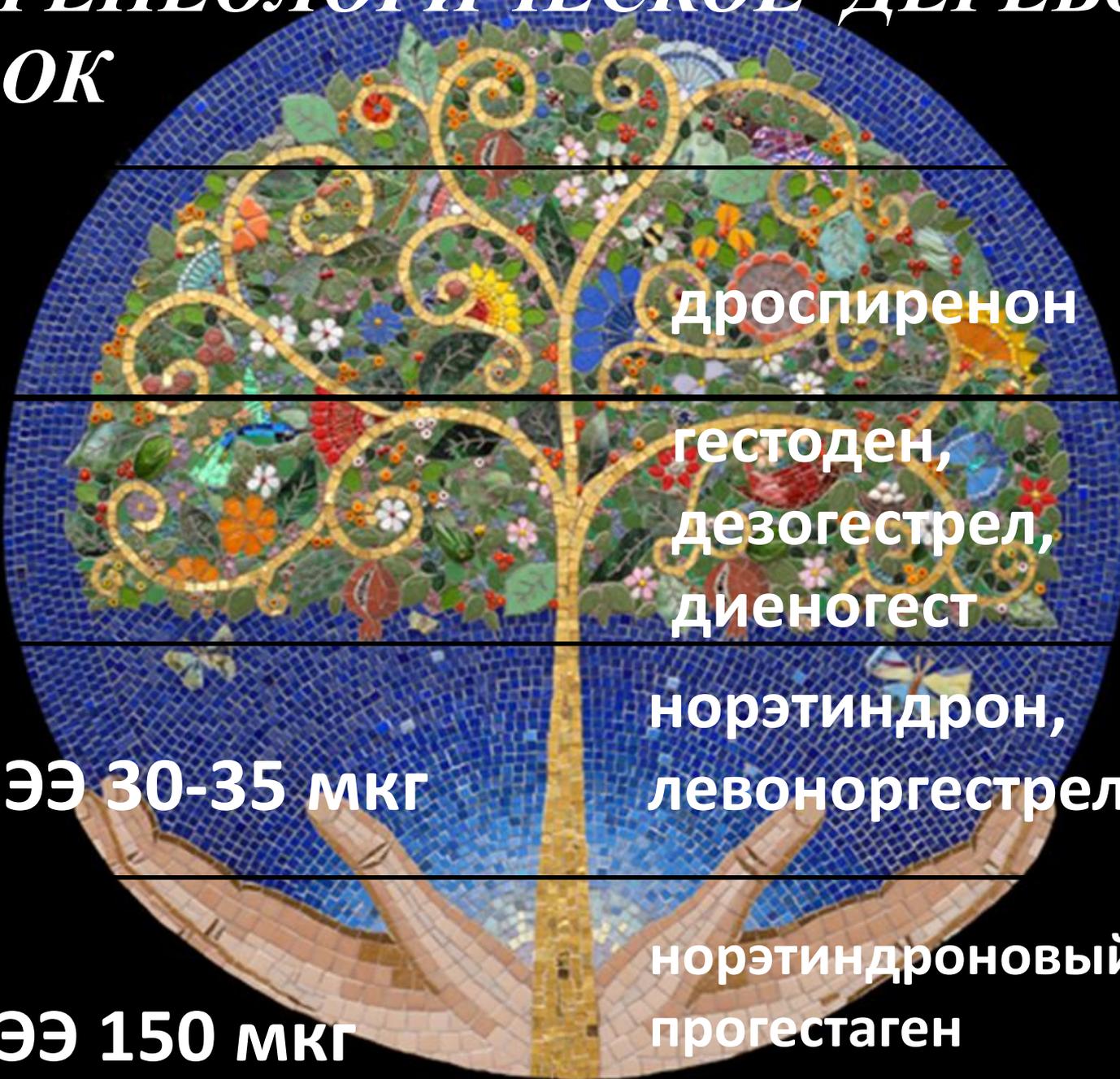
ЭЭ 30-35 мкг

**норэтиндрон,
левоноргестрел**

1

ЭЭ 150 мкг

**норэтиндроновый
прогестаген**



Категории приемлемости КОК (ВОЗ, 1996г.)

- Категория 1 – состояния, при наличии которых нет ограничений к использованию метода.
- Категория 2 – Состояния, при наличии которых, преимущества от назначения метода контрацепции превышают их недостатки
- Категория 3 – Состояния, при наличии которых назначение метода контрацепции приносит больший риск, чем пользу
- Категория 4 – Применение метода представляет недопустимый риск для здоровья



Состояния, относящиеся к I категории приемлемости низкодозированных КОК

- **Возраст до 40 лет**
- **Послеродовой период без лактации (>21 дня), после аборта**
- **Гестационный диабет в анамнезе**
- **Варикозное расширение вен**
- **Миома матки**
- **Эндометриоз**
- **Доброкачественные заболевания молочных желез**
- **Доброкачественные заболевания яичников**
- **Рак эндометрия, яичников**
- **Внематочная беременность в анамнезе**
- **Трофобластическая болезнь**
- **Неактивный вирусный гепатит**
- **Патология щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз, ДНТЗ)**
- **Железодефицитная анемия**
- **Эпилепсия**

КОМЕНТАРИИ

- Возраст до 40 – это от 14-16 лет
- ЧТО ОНА о себе знает?



Состояния, относящиеся ко II категории приемлемости низкодозированных КОК

- Кормление грудью (более 6 месяцев после родов)
- Возраст более 40 лет до менопаузы
- Артериальная гипертензия во время беременности
- **Курение в возрасте до 35 лет**
- Сахарный диабет без сосудистых осложнений
- Большой объем оперативного вмешательства без последующей длительной иммобилизации
- Вагинальное кровотечение неясной этиологии
- Тромбофлебит поверхностных вен
- Неосложненные заболевания клапанов сердца
- **Тяжелые частые головные боли, включая мигрень без очаговых неврологических симптомов**
- Рак шейки матки (до начала лечения)
- **Бессимптомные заболевания** желчевыводящих путей, холецистэктомия в анамнезе, холестаза во время беременности
- **Отягощенный семейный анамнез по эклампсии, ТГВ/ТЭЛА**
- **Ожирение (ИМТ > 30 кг/м²)**

КОМЕНТАРИИ



- Возраст более 40 лет
- Курение до 35 лет...(см 1 критерий – от 16...)
- **Бессимптомные** заболевания желчевыводящих путей
- Неактивный вирусный гепатит
- Патология щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз, ДНТЗ)
- Железодефицитная анемия
- Отягощенный семейный анамнез по **эклампсии, ТГВ/ТЭЛА**

КТО ОБ ЭТОМ ЗНАЕТ? И ЗАДУМЫВАЕТСЯ?

Заключение

- Пациентки 1 и 2 категории приемлемости вступают в контрацептивную жизнь не обследованными!



СТАТИСТИКА



- Гормональную контрацепцию применяют **более 100 миллионов** женщин в мире.

Количество смертей от сердечноvascularных заболеваний (венозных и артериальных)

- Среди молодых, **некурящих женщин** –от 20 до 24 лет – с низким риском летальные исходы по всему миру колеблются от 2 до 6 в год на один миллион
- **Среди курящих** женщин применяющих оральные контрацептивы, число летальных исходов от 100 до 250 на один миллион каждый год.



ИСТОРИЯ ВОПРОСА

- ***В 1961 г. были опубликованы первые сообщения о тромбэмболиях у женщин, применяющих ОК.***



КТО ВИНОВАТ?



• ***ЭСТРОГЕНЫ***

• ***ПРОГЕСТАГЕНЫ***

ЭСТРОГЕНЫ



- Прослежена четкая тенденция между концентрацией ЭЭ и повышением риска тромботических осложнений: **ВЫЯВЛЕН ДОЗОЗАВИСИМЫЙ ЭФФЕКТ**
- При концентрации ЭЭ 50 мкг относительный риск составил **2,65**
- При концентрации ЭЭ 40 мкг риск составлял **1,60.**
- Дальнейшее снижение концентрации эстрогенного компонента не привело к ожидаемому снижению риска тромботических осложнений
- **Т.Е. НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОК МЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫ!**

ПРОГЕСТАГЕНЫ



В эпидемиологических исследованиях установлено

- относительный **риск фатального венозного тромбоза и ТЭЛА** составляет **2,1**
- **нефатального** тромбоза глубоких вен — **3,8**
- **поверхностного** венозного тромбоза — **2,7**.

- **Риск церебральных артериальных тромбозов** (инсультов)
- при приеме ОК первого поколения выше **в 1,8** раза
- при приеме ОК второго поколения выше **в 2,37** раза
- при приеме препаратов третьего поколения в **1,32** раза

Было установлено, что препараты третьего поколения в большей степени повышают риски венозных тромботических осложнений по сравнению с артериальными.

МИРОВАЯ СТАТИСТИКА

Частота возникновения венозной тромбоэмболии в год в разных группах женщин (в перерасчете на 100.000 женщин).

Небеременные и не использующие КОК
44 (24 - 73)

Употребляющие дроспиренон-содержащие КОК
91 (59-133)

Применяющие левоноргестрел-содержащие КОК
80 (52-117)

Другие КОК
99 (74-130)

Беременные женщины
291 (60-828)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

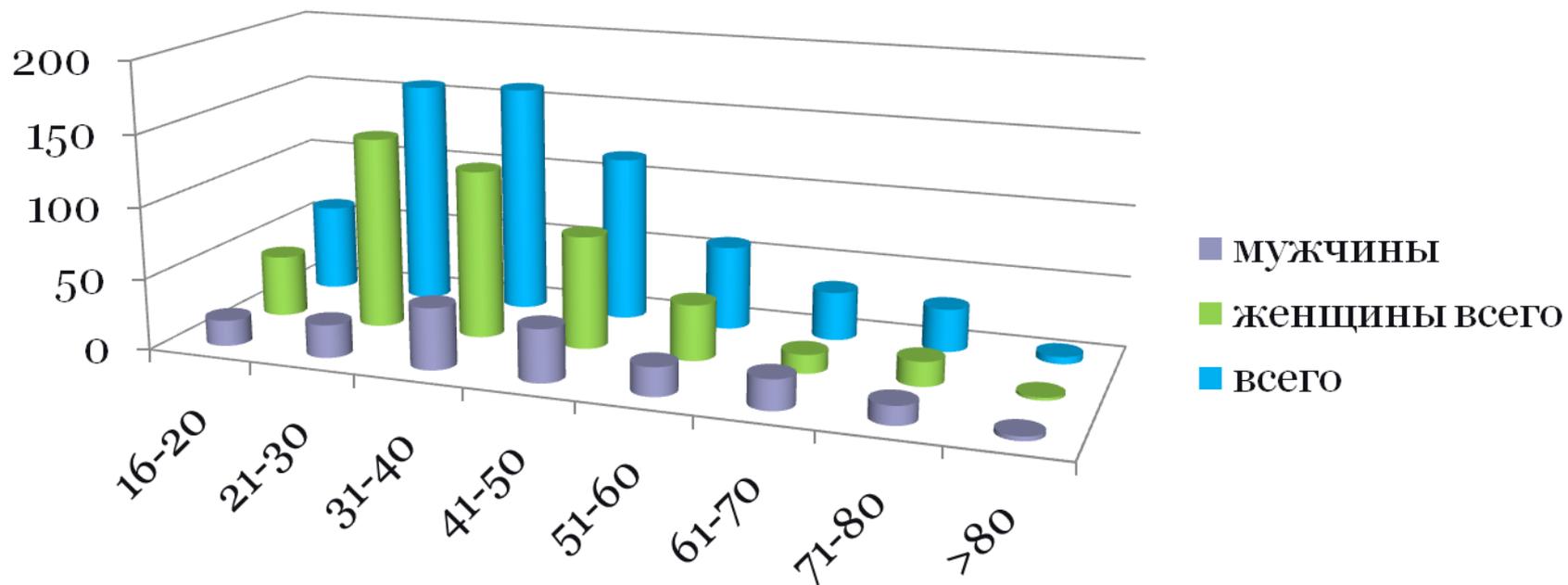
- **Для разных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) характерен разный риск возникновения тромбоза, но одинаковая небезопасность применения.**
- *Риск тромбоза оральной контрацепции*
- *WoltersKluwerHealth – лидирующий поставщик квалифицированной медицинской информации.*
- *HanneloreRott – немецкий врач*
- *Август, 2012*

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- У некурящих женщин, проверяющих АД и не страдающих артериальной гипертензией, при приеме ОК с низкой дозировкой стероидов риск ишемического инсульта в 1,5 раза выше, чем у не пользующихся такой контрацепцией.
- Тромботический инсульт случается в 6 раз чаще у принимающих ОК, чем у не принимающих.
- Риск больше для курящих в возрасте старше 35 лет, использующих высокодозированные препараты. Курение и гипертензия являются наиболее важными факторами риска субарахноидального кровоизлияния.
- Женщинам с артериальной гипертензией свойственен повышенный риск геморрагического инсульта. Относительный риск геморрагического инсульта у принимающих ОК при наличии артериальной гипертензии в 10 раз превышает риск у принимающих препараты, но не страдающих артериальной гипертензией

Церебральный венозный тромбоз

- 1% от общего числа инсультов,
- 78% - пациенты моложе 50 лет.
- заболеваемость женщин в 2 раза выше
- смертность 6%



РЕЗЮМЕ

- **Повышение риска тромботических осложнений раньше связывали только с эстрогенным компонентом оральных контрацептивов, однако результаты более поздних исследований показали, что риск тромботических осложнений зависит не только от эстрогенного компонента ОК, но и от гестагенной составляющей препарата**
- **Таким образом, правомерно говорить о сочетанном действии эстроген-гестоген-содержащих препаратов на систему гемостаза, которое может отличаться от действия отдельных компонентов**

**Клиника нервных болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова**

***История болезни
№ 153/9905/13***

от проф. Торопиной Г.Г.



П-ва М.С., 36 лет

Поступила в нейрохирургическое отделение клиники нервных болезней в состоянии легкого оглушения с подозрением на объемное образование в левом мосто-мозжечковом углу по данным МРТ.

Жалобы на:

- Системное головокружение
- Умеренную диффузную головную боль (ВАШ 3-4 балла), усиливающуюся при натуживании, кашле, чихании.
- Слабость и онемение в левых конечностях
- Однократный приступ потери сознания и общих судорог

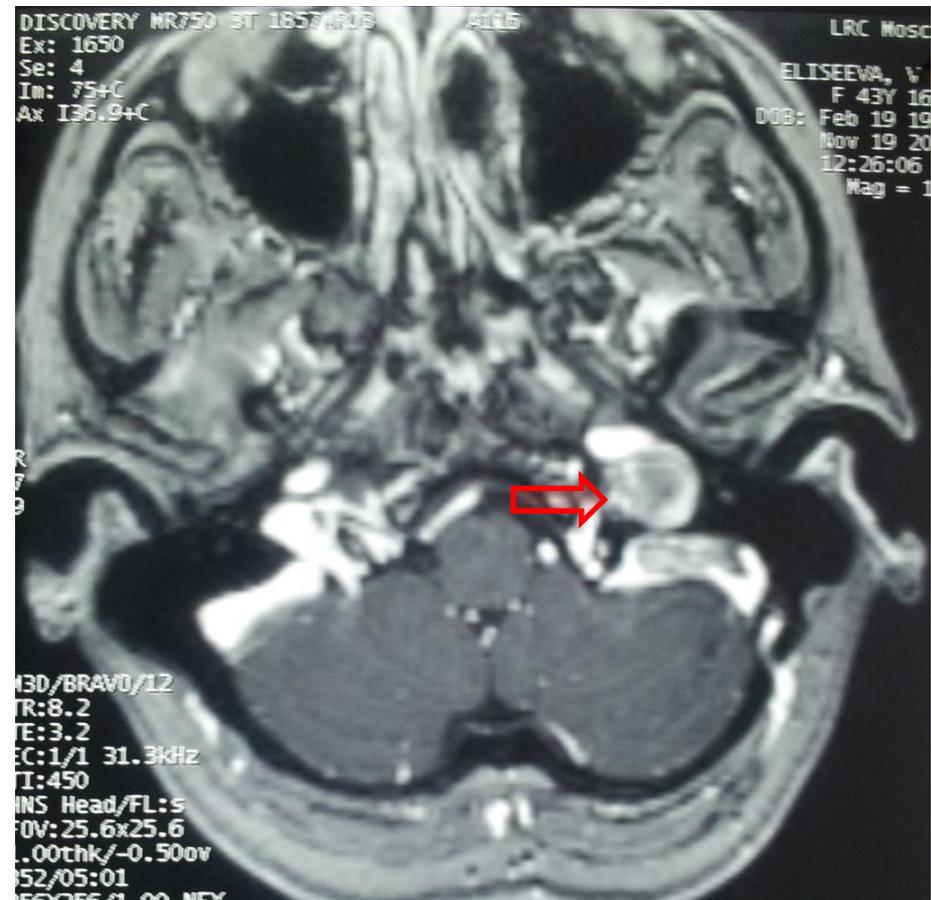
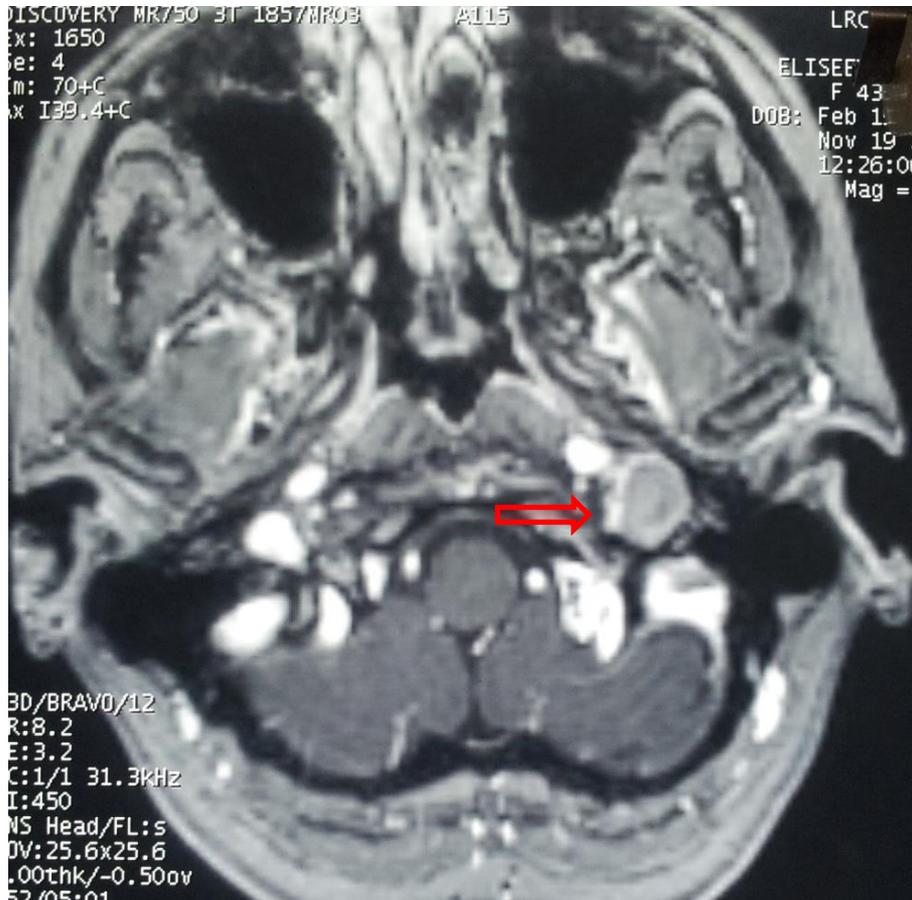
Состояние развилось остро в течение суток.

Коагулограмма – фибриноген 6,38г/л (норма 1,8-4,5 г/л)

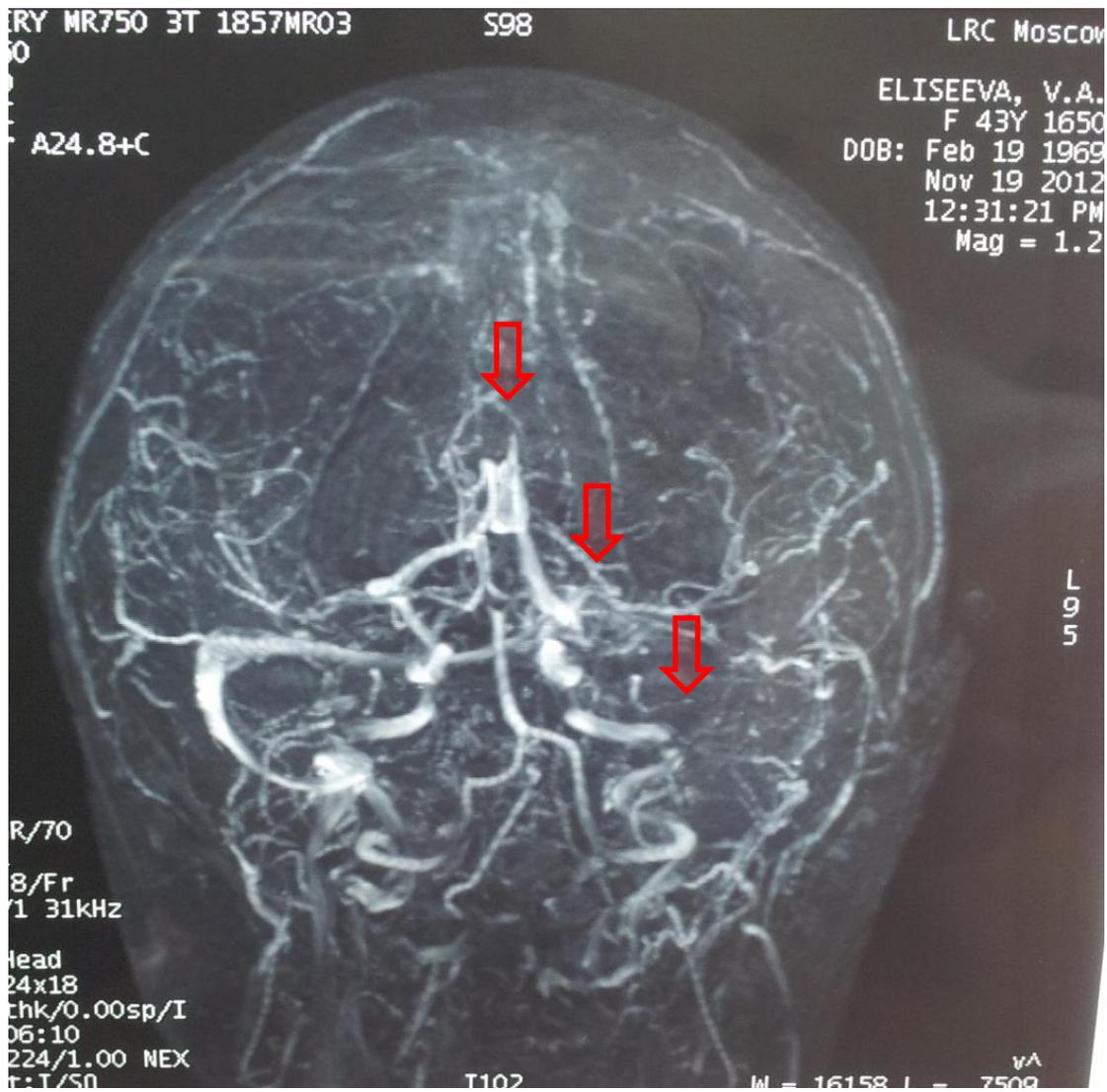
ВСК начало 2 мин 13 сек- конец 3 мин 21 сек (норма начало 3 мин- конец 6 минут)

В анамнезе – контрацепция регулоном 3-ий месяц

MPT

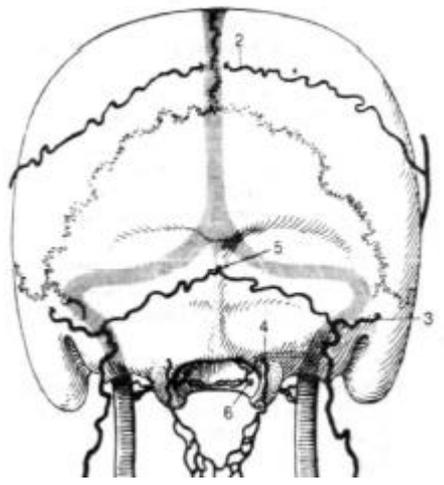


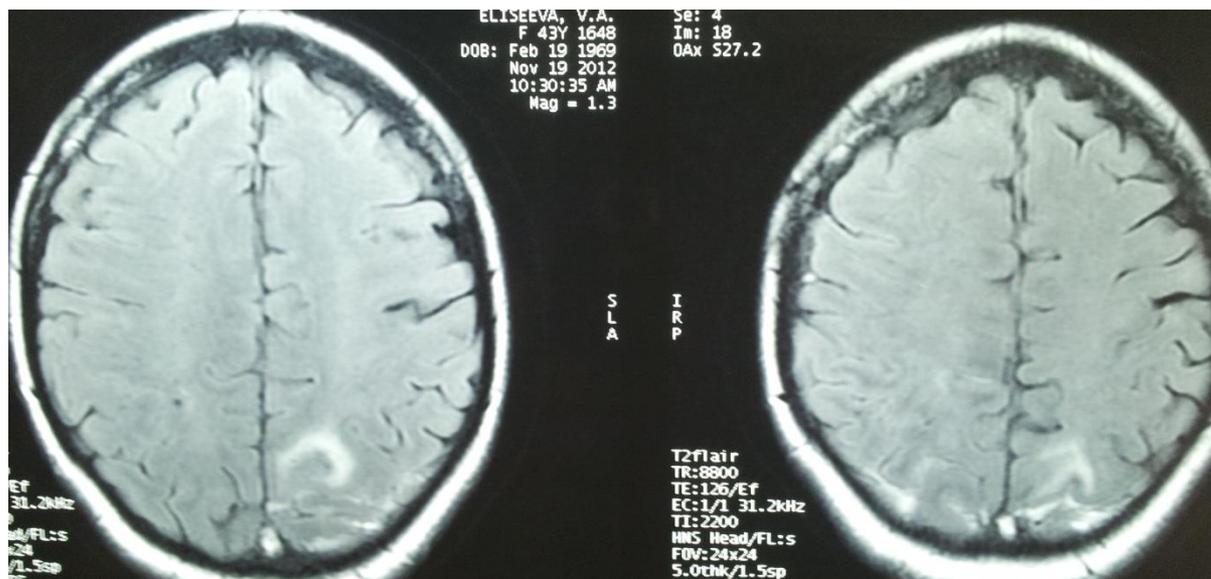
**Луковица внутренней яремной вены слева –расширена.
Измененный сигнал характерен для тромбоза.**



Флебография

Дефект накопления (за счет тромботической окклюзии) верхнего саггитального, поперечного и сигмовидного синусов слева, а так же начального отдела левой внутренней яремной вены.





***МР-картина
венозного
инфаркта в
правой и левой
задне-теменных
областях в
подострой
стадии.***

Диагноз

Нарушение мозгового кровообращения по типу ишемии на фоне острого церебрального тромбоза левой внутренней яремной вены, верхнего саггитального синуса, левого поперечного и сигмовидного синусов.

*Клиника профзаболеваний им. Тареева
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова*

***ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ ИЗ
ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №
667/9845/12***

От профессора Козловской Н.Л.



П-ри Е.А., 1983 г.р.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание

Системная красная волчанка, fulминантного течения с поражением почек (активный волчаночный нефрит с развитием нефротического и остонефротического синдромов, выраженного отеочного синдрома – асцит, гидроторакс, анасарка), с катастрофическим антифосфолипидным синдромом (АФС-ассоциированная нефропатия, артериальная гипертензия, сетчатое ливедо с некрозом кожных покровов преимущественно нижних конечностей), поражение головного мозга – острое нарушение мозгового кровообращения спинного мозга – поперечный миелит шейного отдела, компрессионно-ишемическая миелопатия с5-6, постгеморрагический стеноз левой почечной артерии, циркулирующий волчаночный антикоагулянт, положительные антитела к кардиолипинам, анемия, лечение преднизолоном, циклофосфаном, в т.ч. в сверхвысоких дозах, гепаринами (низкомолекулярными и нефракционированными)

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. Нарушение толерантности к углеводам. Вторичный гиперпаратиреоз

Трофические язвы кожи в области крестца, большого вертела правого бедра, пяточной области справа, ягодичных областей.

Стенозирующий артериолосклероз, медиакальциноз.

Анемия нормохромная смешанного генеза.

Подкожная и межмышечная гигантская гематома левой голени с развитием влажной гангрены.

Операция ампутации левой нижней конечности на уровне нижней трети бедра.

Нагноение послеоперационной раны левого бедра (дренирование)

Подкожная и межмышечная обширная гематома правой голени. Некроз дермы с отслойкой эпидермиса.

Септический шок.

Синдром полиорганной недостаточности: ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, отек мозга, отек легких.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Около 2 лет принимала гормональные контрацептивы (2009-2011)

На фоне приема КОК в январе 2011 г. появились отеки степени анасарка, тяжелая артериальная гипертензия, тошнота, рвота.

23.02.12 / 16.03.12- госпитализирована.

Нв 136 г/л; лейкоциты 13,6 тыс, тромбоциты 438 тыс, СОЭ 39 мм/час, общий белок 48,6 г/л, креатинин 173,4 мкмоль/л, СКВ 40 мл/мин, К⁺ 4,4 мэкв/л, общий холестерин 10,8 ммоль/л, фибриноген 8,8 г/л

Д-з: АФС, Гломерулонефрит быстро прогрессирующего течения с нефротическим синдромом, правосторонний гидроторакс, асцит. Отмечалась склонность к образованию подкожных геморрагий больше на нижних конечностях.

Получала преднизолон, свежезамороженную плазму, альбумин, гепаринотерапию.

28/02

В течение 6 дней (!) развилась мозговая, спинномозговая симптоматика, клиническая картина тетрапареза, с быстрым (6 дн) образованием обширных пролежней на крестце и наружной поверхности левого бедра

03/03

Подкожная и межмышечная гигантская гематома левой голени с развитием влажной гангрены.

07/03

Операция ампутации левой нижней конечности на уровне нижней трети бедра.

10/03

Подкожная и межмышечная обширная гематома правой голени. Некроз дермы с отслойкой эпидермиса.

16/03

Септический шок.







Поражения печени, ассоциированные с применением оральных контрацептивов

- Лекарственный гепатит
- ***Тромбоз воротной вены***
- ***Тромбоз печеночных вен (синдром Бадд-Киари)***
- Очаговая узловая регенерация печени
- Аденома печени
- Гепатоцеллюлярная карцинома

Тромбоз печеночных вен (синдром Бадд-Киари)

- В 60% случаев ассоциирован у женщин с приемом оральных контрацептивов;***
- Относительный риск (OR) – 2.37 ($p < 0.02$);***
- Тромбоз воротной вены у женщин в 12% случаев ассоциирован с приемом оральных контрацептивов***

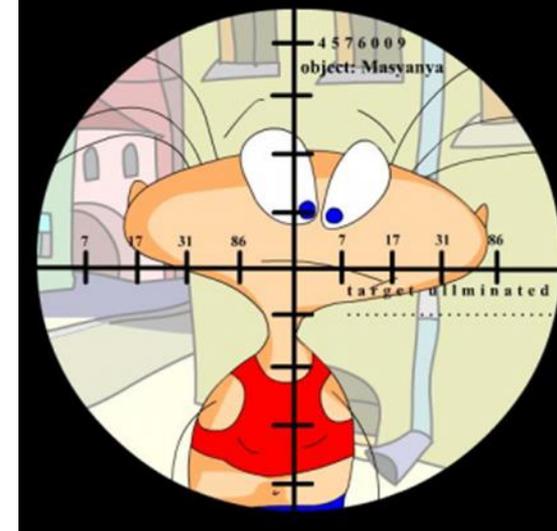
ПОДВОДЯ ИТОГИ

Принимая во внимание чрезвычайно высокую распространенность гормональной контрацепции, зачастую бесконтрольное ее использование, следует учитывать, что 20% женщин имеют относительные или абсолютные противопоказания к приему препаратов данной группы.



Перед назначением КОК важно правильно оценить не только общесоматический, но и гемостатический статус женщины

Показания к назначению **прицельного** обследования:



- 1. Женщины, планирующие прием оральных контрацептивов, либо уже находящиеся на гормональной терапии (ВРТ-ЭКО, ЗГТ).**
- 2. Женщины с рецидивирующими тромбозами или эпизодами тромбоза в анамнезе; с варикозной болезнью вен нижних конечностей.**
- 3. Женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (невынашивание беременности, пре- и эклампсия, отслойка плаценты, плацентарная недостаточность).**
- 4. Женщины с отягощенным семейным анамнезом (наличие родственников с тромботическими осложнениями в возрасте до 50 лет – тромбозы глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, инсульт, инфаркт миокарда, внезапная смерть, эклампсия).**

«Все прожекты зело исправлены быть должны, дабы казну изрядно не разорять и отечеству ущерба не чинить. Кто прожекты будет абы как ляпать, того чина лишу и кнутом драть велю – в назидание потомкам.»

► Петр I





БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ