

Гормональна контрацепція та ризики тромбозів

За матеріалами конференції

Гормональна контрацепція є одним із найбільш ефективних методів запобігання вагітності, однак страх перед побічними ефектами, зокрема тромбозами, часто стає перешкодою для її застосування. На вебінарі «Жіноче здоров'я від А до Я в рамках професійного розвитку лікарів акушерів-гінекологів» із секцією «Збереження фертильності у різні вікові періоди. Мультитематичний підхід», що відбувся 7 грудня 2021 року, доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та неонатології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця Олександра Леонідівна Громова у доповіді «Гормональна контрацепція та ризики тромбозів» спростувала поширені міфи про гормональну контрацепцію й представила сучасні дані щодо найбільш безпечних комбінованих оральних контрацептивів. **Ключові слова: гормональна контрацепція, комбіновані оральні контрацептиви, тромбози, левоноргестрел.**

Репродуктивне здоров'я розпочинається ще на етапі планування вагітності. І хоча частота абортів в Україні з 2014 року зменшилася майже вдвічі, проте материнська смертність, пов'язана з перериванням вагітності, до цього часу існує майже на тому ж рівні. Саме тому вкрай важливою є ефективна контрацепція, яка сприяє зниженню частоти абортів.

Основні критерії вибору методу запобігання вагітності – це ефективність, безпечність, зворотність та неконтрацептивні переваги. За індексом Перля найбільш ефективними видами контрацепції на сьогодні вважаються стерилізація, внутрішньоматкова й гормональна контрацепція (Tusseau J., 2011).

Спікер зауважила, що контрацепція – це захід, спрямований на покращення якості життя, а не на його порятуюнок, тому безпечність її використання надзвичайно важлива. Для оцінки безпечності методів контрацепції Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ, 2015) запропонувала розподілити різні стани відповідно до ризиків використання на 4 категорії:

- категорія 1 – стани, при яких відсутні будь-які обмеження для використання даного методу контрацепції;
- категорія 2 – стани, при яких переваги використання методу в цілому перебільшують теоретичні або доведені ризики;
- категорія 3 – стани, при яких теоретичні або доведені ризики, як правило, перебільшують переваги від використання методу;
- категорія 4 – стани, які являють собою неприпустимий ризик для здоров'я при використанні даного методу.

Проте варто пам'ятати, що попри певні ризики контрацепції існують випадки, коли вагітність виступає головною небезпекою для жінки, наприклад якщо вона має рак молочної залози, ускладнені ураження клапанів серця, ускладнений цукровий діабет, рак ендометрія та яєчників, артеріальну гіпертензію (систолический артеріальний тиск >160 мм рт. ст., діастолічний артеріальний тиск >100 мм рт. ст.), ВІЛ/СНІД, ішемічну хворобу серця, злоякісні гестаційні хвороби трофобласта, злоякісні пухлини

печінки, декомпенсований цироз печінки, серповидно-клітинну анемію, інсульт, тромбогенні мутації, туберкульоз і т.д. Зазвичай таким жінкам важко підібрати контрацепцію, але вони її потребують більше за інших.

При виборі методу контрацепції важливо звертати увагу на його неконтрацептивні переваги. Вони найбільш виражені у комбінованих оральних контрацептивах (КОК), наявні у чисто прогестинних оральних контрацептивах, левоноргестрел-вивільнюючій внутрішньоматковій системі (ЛНГ-ВМС) та у презервативів (профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом).

До переваг, які дає прийом КОК, відносяться:

- зниження ризику раку ендометрія та яєчників;
- зменшення менструального болю та об'єму крововтрати;
- зменшення утворення функціональних кіст;
- зменшення активності запальних захворювань внутрішніх статевих органів;
- зменшення гірсутизму та покращення стану шкіри;
- зменшення проявів передменструального синдрому.

Однак застосування КОК може спричинити побічну дію та ускладнення. На щастя, хоча побічні ефекти терапії КОК відносно часті, вони не несуть небезпеки й, як правило, минають самостійно або з відміною КОК. Ускладнення тромбози й вкрай рідко – інфаркт та інсульт.

Оральна контрацепція та естрогенна терапія відносяться до факторів ризику виникнення тромбозів, так само як ожиріння, тромбози в анамнезі, онкологічні захворювання, великі хірургічні втручання і т.д. Однак вагітність та післяпологовий період так само є серйозними факторами ризику тромбозів.

У 50% жінок репродуктивного віку, які мали венозні тромбози, прийом КОК розглядається як можливий фактор ризику. Але варто пам'ятати, що кожна людина протягом життя має середній ризик виникнення тромбозу 1:20, що становить 80 на 100 тис. випадків щороку. Базовий ризик тромбозу для жінки репродуктивного віку (15–45 років) складає 5:10 000 (Martinelli I., 2004).

Деякі жінки ризикують більше, приймаючи КОК, оскільки можуть мати набуті або генетичні фактори ризику, а саме:

- набуті фактори ризику
 - ожиріння;
 - вік >40 років;
 - тютюнопаління;
 - синдром полікістозних яєчників;
 - тромбози в анамнезі;
- генетичні фактори ризику
 - мутація фактора V Лейден;
 - мутація гена протромбіну G20210A;
 - група крові, відмінна від 0 (I);
 - тромбози в анамнезі у родичів першої лінії.

Також важливо враховувати фактори, зумовлені застосуванням контрацептивів, що впливають на ризик тромбозу. Особливо багато уваги приділяється гестагенам у складі КОК. За даними Європейської медичної агенції за 2019 рік, жінки, які використовують КОК із такими гестагенними компонентами, як левоноргестрел, норетістерон, норгестімат, мають найнижчий ризик тромбозів – 5–7 на 10 тис. жінок протягом року (базовий ризик – 2). Жінки, що використовують КОК, у складі яких є етоногестрел, норелгестромін (пластирі та вагінальні кільця), мають ризик 6–12. Ті, хто віддають перевагу КОК із дроспіреноном, гестоденом, дезогестрелом, ципротерону ацетатом, мають найвищий ризик – 9–12.



О.Л. Громова

На сучасному фармацевтичному ринку представлений КОК із левоноргестрелом (150 мкг) та етинілестрадіолом (30 мкг) – Церінта. Саме ця комбінація у складі препарату має найнижчу частоту тромботичних ускладнень при використанні КОК. Також відомо, що низький ризик тромбозів спостерігається при використанні натурального естрадіолу – естрадіолу валерату. Проте в дослідженні F. Fruzzelti (2018) ризик тромбозу при використанні КОК із цим найбезпечнішим компонентом та дієгестом був зрівняним із таким при застосуванні КОК з етинілестрадіолом та левоноргестрелом.

Стосовно оптимальної тривалості прийому КОК – доповідь зазначила, що тривала терапія не підвищує ризик тромботичних ускладнень, адже найбільший ризик тромбозів спостерігається у перші 3–6 міс прийому. Потім цей ризик вирівнюється й стабілізується.

Також лікарі часто відмовляються від призначення пролонгованого прийому КОК через страх перед тромбозами. Однак цей режим застосування має серйозні переваги з точки зору лікування передменструального синдрому, дисменореї, менструальної мігрені. J. Li et al. (2018) зафіксували незначне підвищення рівня тромбозів при пролонгованому прийомі КОК (відносний ризик – 1,3 проти 1,8 при циклічному та пролонгованому прийомі відповідно), але абсолютний ризик був настільки малим, що виявлені статистичні відмінності не мали клінічного значення.

Якщо підсумувати рекомендації різних керівництв, то КОК не рекомендовано використовувати до 21-го дня після пологів (категорія 3/4), від 21-го до 42-го дня після пологів (категорія 2/3), якщо жінка палить після 35 років (категорія 3/4), має особистий анамнез тромбозу глибоких вен/тромбоемболії легеневої артерії (категорія 4) або при запланованому великому хірургічному втручанні з іммобілізацією (категорія 4).

Щодо тактики ведення пацієнтів, у яких виникли тромбози на фоні прийому КОК, то думки експертів розходяться. ВООЗ рекомендує термінову відміну препаратів. Але не у всіх настановах підтримується ця тактика. У деяких керівництвах не радять відміняти КОК через антитромботичну терапію, яку отримує пацієнтка: лікування перебиває тромботичний вплив КОК, натомість як відміна контрацептивів може призвести до маткової кровотечі (Martmel U.I., 2016). Тому вирішення цієї проблеми зазвичай потребує консиліуму.

Отже, використання гормональної контрацепції має тромботичні ризики, проте вагітність також є вагомим фактором ризику виникнення тромбозів. Надійне запобігання небажаній вагітності залишається дієвим способом профілактики абортів та їх ускладнень, а з огляду на високий профіль безпеки сучасних КОК, таких як Церінта, у тому числі відносно тромбозів, майже не несе ризиків для здоров'я жінки.

Підготувала **Анастасія Романова**

Церінта Cerinta
Левоноргестрел 0,15 мг (mg)
Етинілестрадіол 0,03 мг (mg)

1-2 Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Церінта

Увага! Є протипоказання та побічні ефекти. Рекомендовано ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування препарату та проконсультуватися з лікарем!

Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу Церінта: **Склад:** діючі речовини: левоноргестрел, етинілестрадіол; 1 таблетка містить левоноргестрелу 0,15 мг та етинілестрадіолу 0,03 мг; **Показання.** Пероральна контрацепція, контроль нерегулярного менструального циклу. **Спосіб застосування та дози.** Спосіб застосування. Застосовують внутрішньо, приблизно в один і той самий час, по одній таблетці на добу. **Побічні реакції.** На початку застосування дуже часто (>1/10) відзначали нудоту.

Упаковка. По 21 таблетці у блистері, по 1 блистеру в картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Сан Фармасьютікал Індастріз Лтд, Церінта 14.11.2019 № 2283 Реєстраційне посвідчення № UA/17746/01/01. ТОВ «Ранбаксі Фармасьютікалс Україна» (група компаній «САН ФАРМА»). Не є рекламою. Дана інформація призначена винятково для дипломованих фахівців медичної сфери та для використання на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

1 таблетка містить:
етинілестрадіол 0,03 мг
левоноргестрел 0,15 мг

Cerinta
Гормональні контрацептиви для системного застосування¹
Низький вміст гормонів²