

Контрацепция у женщин, больных сахарным диабетом 1 и 2 типа

Е.Э. Гродницкая, О.Р. Григорян, И.И. Дедов

ГУ Эндокринологический научный центр
(дир. – акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

По данным ВОЗ, в 2002 г. в мире насчитывалось около 150 млн. больных сахарным диабетом (СД). По современным эпидемиологическим прогнозам, к 2025 г. ожидается удвоение этой цифры, а среди больных СД около 60% приходится на женщин репродуктивного и перименопаузального возраста.

Современные достижения в области диагностики, лечения и профилактики СД позволяют максимально отдалить сроки появления и прогрессирования сосудистых осложнений, тем самым увеличивая продолжительность детородного периода для женщин. Тем не менее, даже физиологически протекающая беременность у данной категории больных является стрессовым фактором, связанным как с прогрессированием сосудистых осложнений в этот период, частым развитием кетоацидоза, гипогликемических состояний, так и развитием осложнений самой беременности (невынашивание, поздний гестоз, многоводие, инфицирование плода). По данным В.Н. Прилепской, 64,3% беременностей у женщин, больных СД, являются незапланированными, а у 69,4% пациенток в анамнезе были аборт; в 55,6% случаев аборт осложнился кровотечением, в 16,7% – воспалением матки и придатков. Более того, у каждой второй пациентки прерывание беременности по медицинским или социальным показаниям вызывало декомпенсацию СД.

Наличие СД у беременной представляет определенный риск и для развития плода. Наиболее часто этот риск связан с высокой перинатальной смертностью, врожденными аномалиями развития, осложнениями в неонатальном периоде. При этом у детей, рожденных от матерей, больных СД, риск врожденных пороков развития составляет 6-12%, тогда как для детей, рожденных от здоровых женщин, он не превышает 3% [29]. По данным современных эпидемиологических исследований, у женщин, больных СД, риск пороков развития плода существенно возрастает при выявлении на ранних сроках беременности повышенного уровня гликированного гемоглобина [9]. HbA1c – показатель, отражающий степень компенсации углеводного обмена за последние 3 мес, и в норме должен составлять не более 6,5%. Поэтому любые мероприятия, направленные на предупреждение возникновения осложнений как у женщины, больной СД, так и у ее будущего потомства, должны проводиться заблаговременно, то есть не менее чем за 3 мес до предполагаемой беременности и в соответствии со стандартами ВОЗ, где идеальная ком-

пенсация заболевания должна быть достигнута за 3-6 мес до зачатия.

По данным J.L. Kitzmiller, частота возникновения пороков развития плода в группе женщин с нормогликемией до зачатия составила 1,2%, а в группе женщин с нормогликемией после установления факта беременности – 10,4% [21]. Поэтому планирование беременности у женщин, больных СД, является одной из важнейших задач для терапевтов, диабетологов и акушеров-гинекологов. Решение проблем, связанных с планированием беременности для данной категории женщин в различные возрастные периоды, является наиболее актуальным.

На современном этапе планировать беременность у женщин, больных СД, позволяют и различные методы контрацепции. Однако их влияние на углеводный и жировой обмен, а также на систему гемостаза могут ограничивать их выбор.

Современные контрацептивные средства условно можно разделить на следующие группы: гормональные методы; внутриматочные спирали (ВМС); спермицидные контрацептивы; барьерные средства. Гормональные методы включают в себя комбинированные оральные контрацептивы (КОК); контрацептивы, содержащие только гестаген: оральные контрацептивы, содержащие только гестаген – «мини-пили»; парентеральные контрацептивы, содержащие только гестаген (подкожные имплантаты и инъекционные); внутриматочные контрацептивы, содержащие гестаген; вагинальные контрацептивы, содержащие стероиды.

Поэтому женщинам, больным СД, при выборе адекватного метода контрацепции необходимо взвесить несколько ключевых факторов: во-первых, каков риск, связанный с возникновением незапланированной беременности; во-вторых, какова эффективность используемого метода; в-третьих, способствует ли данный метод развитию и поддержанию воспалительного процесса в области малого таза, возникновению кетоацидоза, прогрессированию и развитию других осложнений основного заболевания.

На сегодняшний день для женщин, больных СД, барьерные методы и спермициды, ввиду их метаболической нейтральности, являются наиболее приемлемым методом контрацепции. Однако их низкая эффективность может оказаться неприемлемой для многих пациенток. Это связано с тем, что барьерные методы имеют низкий уровень реального использования в связи с необходимостью применения непосредственно перед коиту-

сом. К преимуществам же этого метода относятся защита от заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), отсутствие побочных реакций (кроме аллергических реакций на латекс) и его низкая стоимость. Необходимо учитывать, что при использовании некоторых спермицидных контрацептивов у данной категории больных возможно развитие аллергических реакций на компоненты, входящие в их состав, а также рецидивирование вагинального кандидоза и прогрессирование хронического диабетического вульвита. При этом высокий риск наступления беременности и необходимая мотивация могут также сделать их использование неприемлемым для многих пациенток. Поэтому перечисленные способы контрацепции показаны женщинам, больным СД типа 1 в фазе декомпенсации и/или с выраженными сосудистыми осложнениями.

Для надежной контрацепции у женщин, больных СД, необходимо акцентировать внимание на методах с более высокой эффективностью, к которым относятся гормональные контрацептивы, ВМС и хирургическая стерилизация.

По данным зарубежных исследований, оральные контрацептивы не способствуют прогрессированию диабета. Более того, многими исследователями не выявлено корреляционной связи между отрицательной динамикой ретинопатии, артериальной гипертензией, уровнем HbA1c и приемом КОК [23]. Использование ОК не влияло на прогрессирование ретинопатии и нефропатии у женщин, больных СД типа 1 [13]. При этом такие факторы как диета, стресс, доза инсулина, а также физические нагрузки имели гораздо большее влияние на прогрессирование осложнений СД в сравнении с ОК. Во многих проспективных исследованиях не было доказано, что использование ОК способствует прогрессированию и макрососудистых осложнений диабета [27]. А в рекомендациях ВОЗ [29] утверждается, что у женщин, больных СД, без макрососудистых осложнений преимущества ОК превалируют над их риском. При этом нельзя забывать о том, что нарушения углеводного обмена, возникающие при приеме КОК, связаны главным образом с гестагенным компонентом, входящим в его состав, и зависят от его типа и дозы.

По данным зарубежных исследователей, при использовании высокодозированных КОК или КОК, содержащих прогестин, обладающий андрогенным эффектом, снижается толерантность к глюкозе и увеличивается инсулинорезистентность [24]. Женщины, принимающие низкодозированные КОК, в 70% случаев имеют нормальную толерантность к глюкозе, однако и эти препараты могут незначительно ухудшать инсулинорезистентность [14, 15].

По данным отечественных исследователей,

комбинированные ПК, содержащие 20 мкг этинилэстрадиола, в сочетании с прогестагенами третьего поколения, а также содержащие только прогестаген пероральные контрацептивы не оказывают влияния на показатели липидного обмена у больных СД типа 1. Применение комбинированных препаратов, содержащих в качестве эстрогенного компонента 30 мкг этинилэстрадиола, сопровождается снижением уровня общего холестерина, холестерина ЛПНП и повышением содержания холестерина ЛПВП в сыворотке крови, а также не оказывает клинически значимого влияния на показатели плазменного звена системы гемостаза (время свертывания крови, каолиновое время, индекс АПТВ, содержание факторов 7 и 8 и др.) и фибринолитической системы плазмы крови (спонтанный лизис эглобулинов плазмы крови, хагеманзависимый фибринолиз) [6].

Это связано с тем, что влияние КОК на липидный обмен и систему гемостаза зависит как от дозы эстрогена, так и андрогенной активности прогестагена. Учитывая то, что эстрогенный компонент, входящий в состав КОК, повышает уровни триглицеридов и ЛПВП и снижает уровни ЛПНП, эффект его может варьировать как в сторону ухудшения липидного спектра крови, так и в сторону улучшения [16, 17, 18]. Повышение значения индекса атерогенности (соотношение ЛПНП/ЛПВП) является прогностически неблагоприятным, так как связано с повышением относительного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [22]. Прогестины, имеющие высокую андрогенную активность (норгестрел, левоноргестрел), увеличивают уровень ЛПНП и уменьшают ЛПВП. При этом прогестины 3-го поколения (гестоден, норгестимат, дезогестрел) увеличивают уровни ЛПВП и уменьшают уровни ЛПНП [19, 25, 26].

Таким образом, прогестины с высокой андрогенной активностью нивелируют благоприятный эффект эстрогенов на индекс атерогенности, а при использовании КОК, содержащих прогестины 3-го поколения, этот положительный эффект эстрогенов сохраняется. Необходимо отметить, что все КОК увеличивают уровни триглицеридов, однако это является фактором риска лишь для пациенток с исходной гипертриглицеридемией [10, 11, 12].

Поэтому женщинам, больным СД типа 1, в фазе компенсации и субкомпенсации без выраженных сосудистых осложнений наиболее показаны трехфазные оральные контрацептивы. К таким препаратам относятся «Триквилар» («Shering»); «Тризи-стон» («Jenafarm»); «Три-мерси» («Organon»). Женщинам, больным СД типа 2, в фазе компенсации и субкомпенсации основного заболевания показаны низкодозированные КОК, содержащие 20-30 мкг этинилэстрадиола и прогестагены последнего поко-

ления (дезогестрел, норгестимат, гестоден). К таким препаратам относятся «Логест» («Shering»); «Мерсилон» («Organon»); «Новинет» («Gedeon Richter») (см. таблицу).

Абсолютными противопоказаниями к беременности у женщин, больных СД, являются:

- тяжелая нефропатия (клиренс креатинин <50 мл/мин; суточная протеинурия 3,0 г и более; креатинин крови более 120 мкмоль/л; и/или сочетание с артериальной гипертонией);

- тяжелая ишемическая болезнь сердца; прогрессирующая пролиферативная ретинопатия.

КОК не показаны женщинам, больным СД типа 2, с гипертриглицеридемией и нарушениями функции печени, а также женщинам с СД 1 типа в фазе декомпенсации и/или с выраженными сосудистыми осложнениями [4].

Применение пролонгированных форм гестагенов (депо медроксипрогестерона ацетат и подкожные имплантанты, содержащие левоноргестрел) в настоящее время недостаточно изучено у женщин, больных СД. Однако эти пролонгированные гестагены могут быть показаны пациенткам, имеющим противопоказания к назначению эстрогенов, а также женщинам, не приемлющим ежедневный режим приема ОК. Необходимо отметить, что рекомендации ВОЗ не противостоят использованию подкожных имплантантов у женщин, больных СД [1]. Но при использовании «депо медроксипрогестерона ацетата» теоретический риск может быть связан с нарушениями липидного обмена в группе женщин, имеющих

нейропатию, ретинопатию, нефропатию, в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или с длительностью диабета более 20 лет [14, 15].

Одним из надежных методов контрацепции для пациенток с СД являются ВМС, обеспечивающие длительную и обратимую защиту от нежелательной беременности. При этом использование медьсодержащих ВМС снижает риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза (1.6 на 1000 женщин). Использование ВМС должно быть ограничено женщинами с высоким риском ВЗОМТ, то есть полигамным и имевшим ВЗОМТ в недавнем прошлом. Опасения связаны с тем, что потенциально увеличенный риск ВЗОМТ может привести к серьезным осложнениям сахарного диабета, таким как кетоацидоз. Общеизвестно, что наиболее высокий риск ВЗОМТ наблюдается в течение первых 20 дней после введения ВМС. После этого периода степень риска возникновения данного осложнения примерно одинакова у женщин, использующих и не использующих ВМС. Однако несколько проспективных исследований не обнаружили различий в частоте развития ВЗОМТ при использовании ВМС здоровыми женщинами и женщинами, больными СД. Не было найдено достоверных различий в показаниях к экстракции ВМС, а частота развития ВЗОМТ была одинакова в обеих группах [21, 28]. Тем не менее, ввиду отсутствия доказательств повышения риска развития ВЗОМТ предпочтительнее использовать безусые медьсодержащие ВМС у данной ка-

Основные методы контрацепции у женщин с СД 1 и 2 типа

Контрацептивные средства	Показания	Общие противопоказания
Низкодозированные оральные контрацептивы: «Логест» «Мерсилон» «Новинет»	Больные СД 2 в состоянии компенсации и субкомпенсации	Беременность, тяжелые формы артериальной гипертонии, ИБС, гиперлипидемии, тромбозы и тромбоэмболии (в т. ч. в анамнезе), коагулопатии, заболевания и нарушения функции печени, желтуха во время предыдущей беременности, синдром Ротора, синдром Дубина-Джонсона, эстрогензависимые опухоли, в т. ч. рак молочной железы и рак эндометрия (в т. ч. в анамнезе), маточные кровотечения неясной этиологии, повышенная чувствительность к компонентам препарата, герпес во время предыдущей беременности, порфирия и серповидно-клеточная анемия
Трехфазные оральные контрацептивы: «Тривилар» «Три-Мерси» «Тризистон»	Больные СД 1 в состоянии компенсации и субкомпенсации без выраженных осложнений (диабетическая ретинопатия, пролиферативная и репролиферативная (II-III ст.); нефропатия на стадии протеинурии и ХПН; автономная полинейропатия; макроангиопатии)	Беременность, злокачественные новообразования половых органов и молочной железы, воспалительные заболевания органов малого таза, маточные кровотечения неясной этиологии, тромбоемболические заболевания, острые заболевания печени, рубцовая деформация шейки матки
Внутриматочная контрацепция (безусые медьсодержащие внутриматочные спирали-ВМС) «Мирена»	Больные СД 2 и СД 1 в состоянии компенсации и субкомпенсации	Беременность, злокачественные новообразования половых органов и молочной железы, воспалительные заболевания органов малого таза, маточные кровотечения неясной этиологии, тромбоемболические заболевания, острые заболевания печени, рубцовая деформация шейки матки
Механические и химические (спринцевания и пасты)	Больные СД 1 в состоянии декомпенсации и/или с выраженными сосудистыми осложнениями	Повышенная чувствительность к компонентам препарата

тегории больных и в фазе компенсации или субкомпенсации. Необходимо помнить, что использование ВМС не рекомендуется нерожавшим женщинам, так как их введение часто требует расширения цервикального канала, что ведет к травматизации шейки матки.

По данным Е. А. Межевитиновой и Г. А. Мельниченко (1998), у больных СД женщин репродуктивного возраста имеется та или иная гинекологическая патология. Кольпиты, эндоцервициты диагностируются у 90% пациенток, мастопатия — у 65,9%, а предменструальный синдром — у 54,3% больных. Каждая вторая пациентка жалуется на нарушение менструального цикла, а более чем у половины больных диагностируется дисменорея. При этом фертильность у пациенток с СД не отличается от их здоровых сверстниц [2].

Нарушения менструального цикла — гиперполименорея и дисменорея — самые частые осложнения ВМС у женщин, больных СД, которые нередко и являются причиной отказа от их использования. Однако перспективным методом контрацепции является левоноргестрелсодержащая внутриматочная система («Мирена», «Shering AG»), представляющая собой Т-образное пластиковое устройство с резервуаром, из которого выделяется левоноргестрел непосредственно в полость матки со скоростью 20 мкг/сут, и сохраняющая эффективность в течение 5 лет.

«Мирена» сочетает в себе положительные свойства гормональных контрацептивов и ВМС, нивелирует их отрицательные эффекты. По контрацептивной надежности «Мирена» сравнима с хирургической стерилизацией, но в отличие от последней ее эффект полностью обратим. Система имеет преимущества в сравнении с медьсодержащими ВМС, а именно: отсутствие дисменореи и уменьшение объемов кровопотери; частоты ВЗОМТ (особенно среди самых молодых возрастных групп, у которых риск развития ВЗОМТ выше). При этом уменьшается вероятность развития миом матки и происходит торможение их роста, предотвращается развитие гиперплазии и рака эндометрия. По данным ВОЗ, левоноргестрелсодержащие ВМС могут незначительно влиять на углеводный и жировой обмены, однако преимущества их использования очевидны.

«Мирена» является предпочтительным методом контрацепции для женщин, больных СД, в сочетании с избыточной массой тела, гипертриглицеридемией и/или нарушениями функции печени, особенно в период перименопаузы.

Гормональные вагинальные кольца также могут широко использоваться женщинами, больными СД (кроме пациенток с СД типа 1 в фазе декомпенсации и/или с выраженными сосудистыми осложнениями). Указанный метод особенно показан больным СД в сочетании с избыточной массой тела, гипертриглицеридемией и нарушениями функции печени.

Вагинальное кольцо с левоноргестрелом представляет собой силикатовое кольцо диаметром 5,5 см и толщиной 8,5 см. Ежедневно из стержня кольца выделяется 20 мкг левоноргестрела, абсорбирующей поверхностью для которого является слизистая влагалища. Под воздействием последнего и происходит ступение цервикальной слизи.

К преимуществам данного метода относится отсутствие прохождения препарата через печень, а к недостаткам — повышение частоты ациклических кровянистых выделений.

В качестве посткоитальной контрацепции у пациенток с СД 1 и 2 типа могут использоваться различные методы:

КОК (метод Юзпе); этот метод заключается в приеме в течение первых 72 ч после незащищенного полового акта 2 таблеток КОК, содержащих 50 мкг этинилэстрадиола, и через 12 ч еще 2 таблеток. Одним из преимуществ данного метода является то, что с целью посткоитальной контрацепции можно использовать любой КОК, но число таблеток будет меняться в зависимости от состава и дозировки.

Даназол применяется по 400 мг с интервалами 12 ч дважды или трижды в течение 72 ч после незащищенного полового акта. По данным А. Webb и соавт. (1992), использование даназола было связано с меньшей частотой возникновения побочных эффектов, в сравнении с методом Юзпе.

Мифепристон (RU-486) применяется в дозе 600 мг однократно в течение 72 ч после незащищенного полового акта или по 200 мг с 23-го по 27-й день менструального цикла. Метод характеризуется высокой эффективностью, однако после его использования отмечается повышение частоты каких-либо нарушений менструального цикла, которые нивелируются путем назначения после очередной менструации КОК в постоянном режиме [5].

Тем не менее, необходимо помнить, что использование методов экстренной контрацепции для женщин, больных СД, допустимо не более одного раза в 6-12 мес.

Особенно важен тщательный подбор контрацептивных средств для девочек-подростков, больных СД. Это связано с тем, что в данной возрастной группе достаточно сложно достичь оптимального метаболического контроля ввиду изменений уровня стероидных гормонов и активного образа жизни подростков в период пубертата. Поэтому, с одной стороны, лучше рекомендовать девушкам-подросткам, больным СД, забеременеть перед тем, как разовьются выраженные макро- и микрососудистые осложнения. С другой стороны, прерывание беременности у данной категории больных связано со значительным риском, так как частота осложнений после аборт в этой возрастной группе в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз больше, чем у женщин репродуктивного возраста.

та [8]. Поэтому к подбору контрацептивных средств для девушек-подростков, больных СД, в настоящее время предъявляются наиболее строгие требования, к которым относятся, во-первых, близкая к 100% надежность, во-вторых, хорошая переносимость и безопасность для здоровья, в-третьих, обратимость. Важное значение также имеют доступность, приемлемость и стоимость выбранного метода контрацепции.

Барьерные методы являются единственным надежным средством контрацепции, связанной с защитой от инфекций, передаваемых половым путем, что также особенно актуально для сексуально активных подростков. Поэтому с целью увеличения контрацептивной эффективности возможно сочетание механических и химических (спермицидов) барьерных методов.

Использование ВМС у девочек-подростков ограничено высоким риском возникновения внематочной беременности и прогрессирования ВЗОМТ, а также повышением частоты нарушений менструального цикла; дисменореи; высокой возможностью экспульсии ВМС. Единственным преимуществом ВМС для них является то, что этот метод контрацепции не требует ежедневного самоконтроля. ВМС можно рекомендовать не рожавшей девушке только в том случае, если она желает использовать данный метод контрацепции в течение не менее года, имеет одного постоянного партнера и не страдала ВЗОМТ в недавнем прошлом. Врач должен тщательно подбирать размер ВМС в соответствии с размерами полости матки.

Наиболее приемлемым методом контрацепции для девушек-подростков, больных СД, в фазе компенсации и субкомпенсации, без выраженных сосудистых осложнений являются низкодозированные КОК, содержащие прогестагены 3-го поколения. Помимо контрацептивного эффекта, использование КОК подростками, имеет ряд преимуществ: во-первых, восстановление регулярного менструального цикла, во-вторых, уменьшение проявлений предменструального синдрома, дисменореи, овуляторных болей, объема менструальной кровопотери; в-третьих (что не менее значимо для подростка), уменьшение проявлений юношеской гиперандрогении со стороны кожи и ее придатков.

Одной из проблем, с которой сталкиваются акушеры-гинекологи и эндокринологи, является подбор контрацепции для женщин с гестационным СД в анамнезе. Под гестационным сахарным диабетом (ГСД) принято понимать любые нарушения толерантности к глюкозе, возникшие или впервые выявленные во время беременности. Развитие ГСД связано с инсулинрезистентностью, обусловленной плацентарными гормонами — прогестероном, эстрогенами, пролактином и плацентарным лакто-

геном. Дело в том, что риск развития СД в течение 10-20 лет после родов у женщин, имевших эту форму нарушения толерантности к глюкозе во время беременности, составляет 50-60%. У 80% женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе, выявленной в раннем послеродовом периоде, СД развивается в течение последующих 5 лет. Принимая во внимание тот факт, что женщины с ГСД в анамнезе должны регулярно подвергаться тестированию с целью выявления нарушений толерантности к углеводам, им необходимо, во-первых, изменить образ жизни; во-вторых, стремиться к снижению массы тела; в-третьих, избегать факторов риска, одним из которых является применение стероидных гормонов. В настоящее время существуют три состояния, при которых в организме женщины увеличиваются уровни половых стероидов — это использование гормональной контрацепции, заместительная гормональная терапия в период пери- и постменопаузы и беременность.

На современном этапе в мире нет данных о применении гестагенов для парентерального введения (инъекционные и подкожные) с целью контрацепции у женщин с ГСД в анамнезе. Ввиду незначительного ухудшения толерантности к глюкозе у здоровых женщин и отсутствия данных у женщин с ГСД в анамнезе ни медроксипрогестерон ацетат — депо, ни Норплант не могут быть рекомендованы в качестве препаратов выбора у женщин с предшествующим ГСД. Однако у некоторых пациенток, у которых приемлемость ежедневного использования контрацептива представляет проблему, а к использованию ВМС есть противопоказания, гормональные контрацептивы, содержащие только гестаген, для парентерального введения могут применяться, но с большой осторожностью и под контролем гликемии в течение суток.

Современные данные рекомендуют использование низкодозированных КОК у женщин с ГСД в анамнезе, но при условии, что пациентки имели нормальную толерантность к углеводам в течение 1 года перед их назначением [20, 22]. Все пациентки должны быть консультированы эндокринологом относительно увеличения риска возникновения СД. Женщины с предшествующим ГСД, использующие КОК, должны регулярно контролировать АД и массу тела; проводить пероральный глюкозотолерантный тест не менее чем 1 раз в 6 мес.

Что касается контрацепции в период перименопаузы у женщин, больных СД, то данный вопрос требует тщательного изучения. Перименопауза — это период от окончания позднего репродуктивного периода (45 лет) до 2 лет после последней самостоятельной менструации, и возможность наступления беременности в этот период достаточно высока. По данным R. H. Gray (1972), 50% женщин старше 40

лет остаются фертильными, а у женщин старше 45 лет с аменореей в течение 1 года возможность восстановления менструаций, даже с овуляторными циклами, равна около 10%. Это подчеркивает необходимость контрацепции до менопаузы и в течение года после нее, особенно у пациенток с СД [7]. Актуальность вопросов контрацепции в перименопаузе у женщин с соматической патологией определяется высоким риском, связанным с беременностью. Для женщин, больных СД, этот риск особенно велик: у пациенток с СД 1 типа и достигших возрастного рубежа 35-45 лет в 100% случаев обнаруживаются поздние осложнения диабета различной степени выраженности: нейропатия, ретинопатия, нефропатия, макрососудистые осложнения. Поэтому актуальность метаболически нейтральных методов контрацепции у женщин с СД в этот период жизни возрастает.

Необходимо отметить, что у женщин больных СД старшей возрастной группы структура гинекологических заболеваний значительно отличается от таковой в общей популяции (О. Д. Стекольников). Дисфункциональные маточные кровотечения в период перименопаузы при относительной гипоэстрогении выявляются у 4,9% женщин с СД типа 1 и у 4,6% пациенток с СД типа 2 (для общей популяции 20,6%), с наличием в соскобах при гистологическом исследовании пролиферативных изменений эндометрия. Частота опухолей и опухолевидных образований матки и яичников у женщин в период перименопаузы составляет для больных СД типа 1 8,5%, для СД типа 2-2,8% (общая популяция 14,6%). Ретенционные кисты яичников выявляются у 4,9% женщин с СД типа 1 и у 2,8% пациенток с СД типа 2. Гипоэстрогения, вероятно, и обуславливает небольшую частоту миомы матки и ретенционных кист яичников. И только 2,8% женщин старше 45 лет с СД типа 2 перенесли в прошлом операцию по поводу миомы матки, что значительно ниже, чем в популяции. Однако у женщин с СД типа 1 в возрасте 40-45 лет частота оперативных вмешательств по поводу опухолей и опухолевидных образований органов малого таза достаточно высока и составляет 24%, что, по-видимому, обусловлено нарушением рецепторной чувствительности органов-мишеней к половым стероидам.

Все перечисленное указывает на необходимость тщательного планирования беременности для женщин, больных СД, в период перименопаузы. Необходимо особенно строго учитывать показания и противопоказания выбранного метода контрацепции.

Итак, барьерные методы не обеспечивают дополнительных преимуществ для женщин, больных СД, в период перименопаузы. Ввиду того, что естественная фертильность в этом возрасте снижается, они могут быть лишь более приемлемыми в срав-

нении с пациентками репродуктивного возраста. Кроме того, могут возникать сложности при их применении в связи с наличием атрофических изменений во влагалище вследствие эстрогенового дефицита. Учитывая высокую эффективность ВМС и возрастное снижение фертильности, считается, что если ВМС введена в возрасте 35-40 лет, то ее не следует удалять до наступления менопаузы [7]. Однако основная проблема использования ВМС в период перименопаузы состоит в том, что в этой возрастной группе дисфункциональные маточные кровотечения встречаются чаще, чем у женщин репродуктивного возраста.

Постоянные методы контрацепции (трубная стерилизация и вазэктомия) являются безопасными и эффективными. Однако их можно считать относительно инвазивными для женщин в возрасте 45-50 лет, то есть в период естественного снижения фертильности. В нашей стране стерилизация может быть произведена по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2 детей. При наличии медицинских показаний и согласия гражданина стерилизация проводится независимо от возраста и наличия детей.

Левоноргестрелсодержащая ВМС «Мирена» сравнима по контрацептивной надежности со стерилизацией. Использование данного метода в перименопаузе имеет значительные преимущества. На фоне ЛНГ-ВМС происходит торможение пролиферативных процессов, развитие атрофических изменений в эндометрии, подавление митотической активности клеток. При этом концентрация эстрогенов в плазме не меняется, следовательно, не увеличивается риск развития остеопороза [2]. По данным ретроспективного исследования [26], на фоне лечения ЛНГ-ВМС менструальные кровопотери уменьшаются через 3 мес на 62-75%, у пациенток с меноррагией – на 86%. Использование ЛНГ-ВМС позволяет избежать планируемой гистерэктомии у 80% женщин с меноррагиями, а резекции эндометрия – у 64% пациенток. В случае появления климактерических симптомов на фоне использования «Мирены» в период перименопаузы пациенткам с СД можно дополнительно назначать эстрогены в различных формах [3]. Применение ЛНГ-ВМС предотвращает развитие гиперплазии эндометрия.

Вагинальные гормональные контрацептивы также являются приемлемым методом контрацепции для женщин, больных СД, в перименопаузе. Использование гормональных методов контрацепции (оральных и парентеральных), учитывая их незначительное, но все же отрицательное влияние на углеводный и липидный обмен, систему гемостаза и отсутствие достаточного количества исследований по их применению, вряд ли можно считать приемлемым.

В заключение необходимо отметить, что контрацепция у женщин, больных СД, является важнейшей медицинской и социальной проблемой ввиду того, что тщательное планирование беременности —

единственный реальный путь снижения риска возникновения каких-либо осложнений как для самой матери, больной СД, так и ее будущего потомства.

Литература

1. Арзамасцев А. П., Садчикова Н. О. // Гинекология-2001-Т.3.-№5-с.160-166.
2. Внутриматочная контрацепция. // Под ред. Прилепской В. Н. М., 2000-с. 141-147, 153-177.
3. Григорян О. Р., Анциферов М. Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных СД, в период пери- и постменопаузы. Руководство для врачей. М., 2001., с. 15-16.
4. Дедов И. И., Шестакова М. В., Максимова М. А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». Методические рекомендации. М., 2002., с. 73-79.
5. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Оганезова М. В. // Гинекология-2000-Т.2.-№2-с.36-41.
6. Никитин С. В., // Проблемы репродукции, -2002-№5., с.63.
7. Руководство по климактерию. // Под ред. Сметник В. П., Кулакова В. И. М., 2001, с. 39-57.
8. Уварова Е. В. // РМЖ-2002-Т.10-№15.
9. Эндокринология // Под ред. Н. Лавина. М., 1999., с. 845-855.
10. Adams M.R., Clarkson T.V., Shively C.A. et al. // Am J Obstet Gynecol 1990, vol. 163: Suppl. 1388.
11. Andersson K., Mattson L. A., Rybo G. et al. // Obstet. Gynecol. 1992, vol. 79., p. 963-967.
12. Andersson K. // The Climacteric and its treatment // Eds: N.-O. Spoberg, G. Berg, M. Hammar, L.-A. Mattson. 1997, p.113-119.
13. Carg S.K., Chase H.P., Marshall G. et al. // JAMA-1994, vol. 271; №1, p.1099-102.
14. Dallenbach-Hellweg G.G. // Histopathology of the endometrium. Berlin, 1987, p. 158-200.
15. Deslypere J.P., Thierry M., Vermeulen A. // Contraception 1985, vol. 31, p.633-642.
16. Fahmy K., Abdel - Razik M., Shaaraway M. et al. // Contraception 1991, vol. 44, № 4, p. 419 - 430.
17. Farley T.M., Rosenberg M.J., Rowe P.J. et al. // Lancet 1992, vol. 339, p. 785 - 788.
18. Forthenby K. // BMJ 1989, vol. 298, p.1049 - 1050.
19. Gray R.H. // J. Biosoc. Scr. 1972, Suppl.6, p. 97 - 115
20. Kimmerle R., Weiss R., Berger M. et al. // Diabetes Care 1993, vol. 16, № 9, p. 1227 - 30.
21. Kitzmiller J.L. et al. // JAMA 1991, vol. 265, p. 731 - 736.
22. Kjos S.L., Peters R.K., Xiang A. et al. // JAMA 1998, vol.280, p. 533 - 538.
23. Klein B.E.K., Moss S.E., Klein R. // Diabetes Care 1990, vol. 13, p. 895 - 898.
24. Krauss R. M., Burkman R. T. // Am J Obstet Gynecol 1992, vol. 167, p. 1177.
25. Mestman J.H., Schmidt - Sarosi C. // Am J Obstet Gynecol 1993, vol. 16, p. 2012 - 2020.
26. Lahteenmaki P., Haurkkamaa M., Puolakka J. et al // Br. Med. J. 1998, vol. 316, p. 1122 - 1126.
27. Petersen K.R., Skouby S.O., Sidelmann J. et al // Am J Obstet Gynecol 1994, vol. 171, p. 400 - 405.
28. Skouby S.O., Molsted - Pedersen L., Kosonen A. // Fertit Steril 1984, vol. 42, p. 568 - 572.
29. World Health Organization. Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva: World Health Organization; 1996.