

An impressionistic painting of a man's torso and neck, rendered in a style with visible brushstrokes and a rich, somewhat muted color palette of blues, greys, and earthy tones. The man's head is tilted back, and his chest is bare. The background is dark and indistinct.

StatusPraesens

Экстра ГЕНИТО ЛОГИЯ

Для библиографических ссылок

• Подзолков А.В., Подзолкова Н.М., Дементьева В.А. Эндокринология избыточной массы тела и ожирения у женщин, нуждающихся в гормональной контрацепции // StatusPraesens. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2014. — №2 (19). — С. 67–73.

МИЛЛИОНЫ ЛИШНИХ ТОНН

Эндокринология избыточной массы тела и ожирения у женщин,
нуждающихся в гормональной контрацепции



Авторы: Андрей Валерьевич Подзолков, канд. мед. наук, ассистент кафедры эндокринологии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Наталия Михайловна Подзолкова, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии РМАПО; Вера Алексеевна Дементьева, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. (Москва)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

По статистике ВОЗ, во всём мире с 1980 года число лиц, масса тела которых больше нормы, возросло более чем вдвое, и сегодня каждый третий человек старше 20 лет имеет избыточный вес, а каждый десятый страдает ожирением. Во многих странах мира этот феномен уже в течение многих лет считают настоящей неинфекционной пандемией, и свирепствует она не только в развитых, но даже и в развивающихся государствах. К сожалению, это бич современности: всё больше людей страдает от избыточного веса и умирает от причин, непосредственно с этим связанных, — последствий атеросклероза и нарушений углеводного обмена.

Тем не менее избыточная масса тела не только сопряжена с общим ухудшением качества жизни, но и создаёт дополнительные сложности медицинского характера. Так, на приёме у акушера-гинеколога подобных пациенток множество, и вопросы контрацепции у них встают особенно остро. С одной стороны, как бы не навредить (а может, ещё и помочь). А с другой — эти женщины определённо входят в группу риска по осложнениям беременности, особенно нежеланной...

Распространённость ожирения растёт с возрастом, при этом год от года отмечают тенденцию к неуклонному «омоложению» этого диагноза.

У детей ожирение возникает относительно нечасто — его регистрируют у каждого 10-го ребёнка в мире, тогда как в подростковом возрасте — уже у каждого пятого. При достижении репродуктивного периода ожирение находят у 35–50% женщин, и в постменопаузе их число максимально — 75%¹. С позиций акушера-гинеколога особенно значимо, что избыточная масса тела и ожирение — одни из основных причин нарушения функции репродуктивной системы в пубертатном и репродуктивном периодах^{2–4}.

Разное ожирение

Выделяют два типа женского ожирения, различать которые, как это ни кажется странным на первый взгляд, практикующему акушеру-гинекологу очень важно. Ожирение бывает **гинноидным** (по женскому типу, феминное, глютетофеморальное) и **андроидным** (по мужскому типу, абдоминальное, висцеральное, центральное). При первом из них жир избыточно откладывается в области бёдер и ягодиц, а при втором — в абдоминально-висцеральной области. Как правило, общего осмотра пациентки бывает достаточно, чтобы определить, по какому типу сложена её фигура.

[И ожирение, и худобу следует осуждать. Матка не в состоянии принять семя и менструирует нерегулярно. Гиппократ]

Оба типа ожирения сопровождаются накоплением липидов в скелетных мышцах как внутри мышечных волокон, так и между ними. Однако при гиноидном варианте, когда увеличены объёмы подкожной клетчатки, поводов для беспокойства всё же меньше, чем при висцеральном, когда большие объёмы жира депонированы в сальниках брюшной полости. Дело в том, что жировые клетки, расположенные в скелетных мышцах и сальниках, обладают высокой метаболической активностью. Продукты обмена свободных жирных кислот (ацил-КоА, дилицериды, церамид) повышают внутриклеточную концентрацию протеинкиназы С, которая блокирует биохимические превращения инсулинового рецептора и **способствует инсулинорезистентности**. Соответственно, именно висцеральное ожирение связано с большим риском эндокринных и метаболических расстройств, в основе которых лежат инсулинорезистентность и её следствие — компенсаторная гиперинсулинемия^{5,6}.

Метаболическая слабость

В основе самого понятия «**метаболический синдром**» лежит в первую очередь инсулинорезистентность тканей. Его клиническими проявлениями служат абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислиппротеинемия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2-го типа. В целом метаболический синдром приравнивают к ожирению⁸, однако о правомочности использования этого термина в качестве диагноза с 90-х годов прошлого века не утихают споры врачей самых разных специальностей — кардиологов, терапевтов, эндокринологов, гинекологов. Ведь не секрет, что диагноз «метаболический синдром» отсутствует в номенклатуре МКБ-10. Нельзя забывать и о том, что в разных странах Нового Света, Европы и России действуют

различные классификации этого явно патологического состояния. Неизменной его характеристикой остаётся только абдоминальное ожирение — как раз та разновидность, которая сопровождается большим риском метаболических и репродуктивных нарушений.

Особого внимания заслуживает метаболический синдром у молодых женщин, который некоторые авторы выделяют в отдельную клиническую форму — **нейроэндокринный синдром периода пубертата**. Эта проблема актуальна, поскольку частота метаболического синдрома у подростков составляет 6,4%. Однако при выставлении диагноза следует помнить, что для 11,8% девушек-подростков свойственна **физиологическая** инсулинорезистентность, соответственно, опираться исключительно на один этот параметр не стоит⁹. При метаболическом синдроме в 5–6 раз чаще возникают нарушения менструального цикла, как правило, по типу гипоменструального синдрома. У таких женщин нередко отмечают хроническую ановуляцию и высокую частоту аномальных маточных кровотечений¹⁰.

Сверхновая звезда эндокринологии

В 1995 году на небосклоне эндокринологии произошло открытие «сверхновой звезды». Появились первые сведения по гормону **лептину**, который вырабатывают жировые клетки (адипоциты). На стыке веков стало очевидным, что жировая ткань — не только важнейший источник энергии, но и самая крупная система клеток, обладающих эндокринной функцией⁷. Её даже можно было бы назвать **самым большим эндокринным органом**, если бы адипоциты были локализованы в организме обособленно, а не располагались в подкожной клетчатке, в мышцах, брюшине и т.д. На конец 2013 года было заявлено об открытии уже более 300 метаболически активных белков, так называемых **адипоцитокинов**, в числе которых — лептин, резистин, адипонектин, ФНО-α, интерлейкин и др.

Адипоцитокины обладают самыми разными биологическими эффектами, подчас диаметрально противоположными: влияют на ангиогенез, регуляцию потребления пищи, энергетический гомеостаз, чувствительность к инсулину, обмен липидов, артериальное давление и коагуляционный каскад. Показано, что концентрация некоторых адипоцитокинов меняется в зависимости от фазы менструального цикла у женщин. Однако об их влиянии на репродуктивную функцию известно пока недостаточно.

[Частота метаболического синдрома у подростков составляет 6,4%. При этом состоянии в 5–6 раз чаще возникают нарушения менструального цикла, как правило, по типу гипоменструального синдрома. Нередко отмечают хроническую ановуляцию и высокую частоту аномальных маточных кровотечений.]

Трудности гестации

Женщины с избыточной массой тела гораздо чаще имеют проблемы с **наступлением беременности**. Отложение жира по андройдному типу выступает одним из главных факторов риска яичникового гиперандрогенизма, и более чем у трети таких женщин формируется синдром поликистозных яичников. В этой категории пациенток распространены жалобы на **нарушения менструального цикла** (олиго-, аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), а вследствие хронической ановуляции нередко отмечают **бесплодие**. Его частота у женщин с избыточной массой тела почти в 2 раза выше, чем при нормальных весовых показателях (33,6 vs 18,6%)¹¹. Многим пациенткам приходится прибегать к вспомогательным репродуктивным технологиям.

У **беременных** с ожирением ряд исследователей выявили достоверное усиление свободнорадикального (пероксидного) окисления, нарушение метаболизма и окислительно-восста-



© Everett Collection / Shutterstock

новительного баланса в системе «мать—плацента—плод», что может закономерно привести к досрочному прерыванию гестации¹². При избыточной массе тела беременной возрастает риск преэклампсии, многоводия, инфекций мочеполовой системы, усугубления симптомов уже существующего сахарного диабета. Новорождённый и плод с большей вероятностью подвержены таким патологическим состоянием, как макросомия, врождённые пороки развития, фетоплацентарная недостаточность и респираторный дистресс-синдром¹³.

Разумеется, чтобы добиться наступления гестации, а также успешно выносить ребёнка женщинам с ожирением необходима **полномасштабная прегравидарная подготовка**. Незапланированная, внезапная беременность для них слишком рискованна. Следовательно, нужна регулярная, удобная и безопасная контрацепция, в идеале — с терапевтическим эффектом. Чтобы выбрать оптимальное средство для таких пациенток, сначала следует разобраться, что происходит при ожирении с половыми стероидами и репродуктивной функцией.

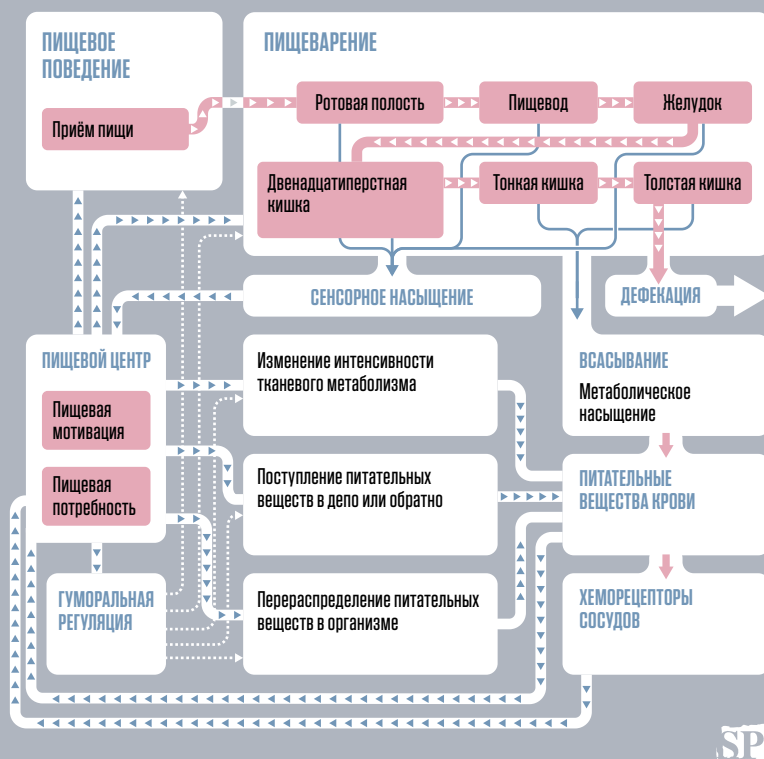
Эндокринная гинекология избытка

В гинекологической эндокринологии в целом существует ряд синдромов, ассоциированных с ожирением: метаболический, климактерический, поликистозных яичников, послеродовый нейроэндокринный и т.д.

Сама по себе избыточная масса тела, особенно в виде ожирения по висцеральному типу, может быть ассоциирована с нарушением функций яичников. Так, связывание инсулина с собственными рецепторами и рецепторами инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) в яичниках в эксперименте *in vivo* стимулировало синтез **андрогенов**, а *in vitro* повышало чувствительность к лютеинизирующему гормону (ЛГ). Со временем овариальные андрогены в организме накапливаются и тормозят рост доминантного фолликула, препятствуя пиковым выбросам эстрадиола, ЛГ и овуляции. Отсюда — **ановуляция**, гиперпрогестеронемия и условная недостаточность яичниковых эстрогенов¹⁴, что, согласно законам порочного круга, само по себе вызывает отложение жировой клетчатки

[Отложение жира по андрогенному типу выступает одним из главных факторов риска яичникового гиперандрогенизма, и более чем у трети таких женщин формируется синдром поликистозных яичников. В этой категории пациенток распространены жалобы на нарушения менструального цикла (олиго-, аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), а вследствие хронической ановуляции нередко отмечают бесплодие.]

РЕГУЛЯЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ



ИМТ и половое развитие

Индекс массы тела серьёзно влияет на половое развитие, и от массы жировой ткани в организме во многом зависит возраст наступления первой менструации.

У девочек с избыточным весом или ожирением наблюдают более раннее менархе с повышенным риском нарушений менструального цикла (олигоменорея и аменорея), ановуляции и синдрома поликистозных яичников. При ожирении у девочек ускоряются рост и созревание скелета, вероятно, вследствие повышенного количества инсулина и ИФР-1, а также снижение уровня ИФР-связывающих белков (несмотря на некоторый дефицит соматотропного гормона). Инсулин и ИФР влияют на стероидогенез в яичниках и могут нарушать половое созревание.

Преждевременное адренархе и гиперандрогенизм в пубертатный период чаще приводят к гиперинсулинемии у женщин детородного возраста, выраженность которой прямо пропорциональна уровню свободных андрогенов. У девочек-подростков с гиперандрогенизмом отмечают прямую взаимосвязь содержания инсулина, размеров яичников и скорости синтеза андрогенов. Однако сочетание гиперандрогенизма и ожирения не ограничивается негативным действием на одну лишь репродуктивную систему и, в частности, существенно ухудшает прогноз по заболеваниям сердечно-сосудистой системы¹⁵. Всё это означает, что врачу на приёме, безусловно, следует учитывать конституцию юной пациентки.

по мужскому типу. Конечно, жировая ткань довольно успешно продуцирует эстрадиол из андростендиона, однако физиологический ритм секреции эстрогенов оказывается нарушен⁶.

Гиперинсулинемия вызывает снижение концентрации глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС). Чем меньше этого глобулина, тем выше в крови уровень свободного тестостерона и его метаболитов — андростендиона и дигидротестостерона. Кроме того, гиперинсулинемия угнетает синтез транспортных белков в печени, что также способствует повышению биологически активных фракций андрогенов¹⁶. Соответственно, гиперинсулинемия, связанная с избыточной массой тела, становится пусковым механизмом для развития **гиперандрогенизма** у женщин. При повышении же доли свободных андрогенов возрастает риск разнообразных патологических состояний, в числе которых синдром поликистозных яичников, метаболический синдром и сахарный диабет¹⁷.

Таким образом, для женщин с избыточной массой тела чрезвычайно характерны следующие особенности гормональной регуляции, в том числе уровня половых стероидов:

- нарушения углеводного обмена — инсулинорезистентность (нарушена толерантность к глюкозе!), гиперинсулинемия;
- снижение концентрации ГСПС;
- повышение фракции свободных андрогенов в крови.

Нивелировать нежелательное

Таким образом, на основании имеющихся сдвигов гормональной регуляции можно заключить, что у женщин с избыточной массой тела и ожирением идеальное контрацептивное средство (назначаемое в том числе в рамках прегравидарной подготовки) должно отвечать ряду требований, снижающих риск возможных осложнений¹⁸.

1. Не увеличивать массу тела и не усугублять обменные нарушения — метаболически инертные виды контрацептивов.

2. Обладать дополнительными лечебными свойствами при исходных обменных нарушениях.

3. Не препятствовать повышению синтеза ГСПС, что обычно происходит под влиянием этинилэстрадиола.

4. Оказывать **анти**андрогенное воздействие.

5. Быть безопасным относительно тромботических осложнений, частота которых у женщин с избыточной массой тела и так повышена.

На сегодняшний день весьма перспективным средством для женщин с избыточной массой тела выступают микро-дозированные гормональные средства для контрацепции, содержащие **дроспиренон**⁶. Эта молекула имеет в качестве предшественника спиронолактон и сходна с ним по структуре, а фармакологическим профилем максимально близка к натуральному прогестерону. Помимо главной, прогестагенной, роли дроспиренону присуща выраженная антиандрогенная и антиминералокортикоидная активность^{19–20}.

Хранитель стабильного веса

Более чем любопытно, что на фоне приёма комбинированных пероральных контрацептивных препаратов с дроспиренонем женщина не набирает массу тела, а у 66% пациенток отмечено даже её снижение на 2–3 кг²¹, причём влияние гестагена на этот показатель складывается из трёх составляющих.

Во-первых, дроспиренон препятствует накоплению в организме лишней воды. 3 мг дроспиренона аналогичны 25 мг спиронолактона (известного калийсберегающего диуретика) и действительно противостоят вызванной эстрогенами **стимуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы**, при помощи которой накапливаются излишки жидкости и жир откладывается по мужскому типу. Следовательно, фармакодинамика дроспиренона не предполагает риска повышения массы тела^{6,13}.

Во-вторых (и это малоизвестный факт), дроспиренон напрямую подавляет **пролиферацию адипоцитов**. В основе его антиадипогенного воздействия лежит блокирование дифференцировки незрелых адипоцитов в зрелые за счёт взаимодействия с минералокортикоидными рецепторами жировых клеток, конкурентного с альдостероном и глюкокортикоидами. Более того, выяснилось, что этот гестаген способен ингибировать экспрессию ключевого медиатора адипогенеза, не влияя при этом на липолиз^{22,23}.

Третий, недавно выясненный, механизм заключается в том, что дроспиренон гораздо более удачно, чем другие гормональные контрацептивы, **модифицирует пищевое поведение пациентки** в предменструальный период. Хотя повышенный аппетит нередко бывает фактором из разряда генетических, психологических и социальных предпосылок ожирения, в заметной степени аппетит регулируется определёнными областями гипоталамуса: «центром голода», расположенным в вентролатеральном ядре гипоталамуса, и «центром сытости» в вентромедиальном ядре. Существует мнение, что аномальный эндокринный фон иногда провоцирует нарушения пищевого поведения. Например, гиперандрогения ассоциирована с нервной (гипоталамической) булимией²⁴, а применение антагониста рецепторов андрогенов (флутамида) помогает уменьшить симптоматику у этих пациенток²⁵. Так и **антиандрогенное действие** дроспиренона оказывается весьма кстати. Кроме того, в модификации ап-

[Дроспиренон более удачно, чем другие гормональные контрацептивы, модифицирует пищевое поведение пациентки в предменструальный период.]

петита замечены два белка: грелин — «белок голода», вырабатывается слизистой оболочкой желудка при голодании и жировой тканью; и холецистокинин — «белок сытости», секретируемый кишечником. У пациенток с булимией при приёме препаратов, содержащих дроспиренон, отмечают **повышение содержания холецистокинина** на фоне стабильного уровня грелина²⁶. Плюс добавляется **антиминералокортикоидный эффект** дроспиренона — его влияние на аппетит изучено в меньшей степени, однако, судя по всему, он вносит свой вклад в контроль пищевого поведения⁶.

В исследовании группы российских специалистов с участием 103 женщин было зафиксировано более выраженное снижение массы тела за счёт выведения излишков жидкости у пациенток с гиноидным типом распределения жировой клетчатки. Это важный прогностический признак: консультируя женщин с висцеральным ожирением, врач может предполагать худшие результаты применения гормональных эстроген-гестагенных препаратов¹³.

Как считать ИМТ

Индекс массы тела позволяет проанализировать соответствие массы взрослого человека его росту и тем самым косвенно оценить, находится ли его масса тела в пределах нормы. Этот показатель широко используют как в России, так и за рубежом. Индекс массы тела (И) измеряют в кг/м² и рассчитывают **калькулятором** по формуле $I = m/h^2$, где m — масса тела в килограммах, а h — рост в метрах. Например, при массе тела 95 кг и росте 165 см (1,65 м) ИМТ составит $[95/(1,65 \times 1,65)] = 34,8$ кг/м².

Этот показатель может быть использован только в качестве ориентировочного, поскольку, к примеру, у профессиональных спортсменов он окажется выше нормы, но не за счёт жира, а из-за развитой мускулатуры.

Интерпретация показателей ИМТ²⁷

Индекс массы тела, кг/м ²	Заключение
Менее 16	Выраженный дефицит массы тела
16–18,5	Недостаточная масса тела (дефицит)
18,5–25	Норма
25–30	Избыточная масса тела (предожирение)
30–35	Ожирение I степени
35–40	Ожирение II степени
Более 40	Ожирение III степени (морбидное)

Избыточная масса тела: рекорды и тенденции

По свидетельствам ВОЗ, среди стран с высоким доходом в Западной Европе ожирением страдает каждая четвертая-пятая женщина, а избыточную массу регистрируют у каждой второй. Россия несколько опережает Европу — 54% женщин с повышенной массой тела. Показатели США довольно мрачны — 61% населения тяжелее нормы. Для сравнения: в Китае масса тела избыточна лишь у 15% взрослых. В целом по Азии, где проживает 61% всего населения планеты, лишь 13% всех полных людей мира. Причём самые миниатюрные — корейцы; средняя масса представителя этой нации составляет 52,6 кг (включая детей и пожилых), тогда как средний европеец весит на 18,2 кг больше.

По данным, опубликованным в авторитетном журнале The Lancet, в 2008 году в мире ожирением страдали 9,8% мужчин и 13,8% женщин (ИМТ более 30 кг/м²), что почти вдвое выше, чем в 1980 году — тогда их было 4,8 и 7,9% соответственно.

Если сравнивать по ИМТ²⁸, то в России и Молдавии проживают самые полные взрослые женщины Европы (средний ИМТ — 27,2 и 27,1 кг/м² соответственно), тогда как наиболее крупные мужчины — жители Чехии и Ирландии. А самые объёмные люди в мире обитают на тихоокеанских островах, где средний ИМТ трудно даже вообразить — 34–35 кг/м².

Казалось бы, чем выше средний доход в стране, тем больше в ней должно быть граждан с повышенной массой тела. Однако, скорее всё происходит наоборот. Например, если попадание США в десятку самых «тяжёлых» стран, казалось бы, вполне понятно (средний ИМТ 28 кг/м²), то японцы живут не хуже американцев, однако намного стройнее (средний ИМТ 22,9 кг/м²). Что же касается развивающихся стран, то здесь тоже парадокс. Средний африканец весит 60,7 кг, а людей с избыточным весом на Чёрном континенте 29%. В таких странах, как Буркина-Фасо, Кения, Гана, Малави, Нигер, Сенегал и Танзания, доля людей, страдающих от ожирения, достигает 38% и всё время растёт. Дело в том, что те, кто вынужден экономить на продуктах, покупает дешёвую, но сытную еду с высоким уровнем жиров, углеводов и консервантов. Более того, получающие международную гуманитарную помощь становятся потребителями высококалорийных продуктов, неприхотливых к условиям хранения. Как результат — нездоровое и несбалансированное питание, что очень скоро сказывается на внешнем виде африканцев²⁹.

Любопытные подсчёты приводят исследователи из Великобритании. На 2005 год суммарная масса взрослых жителей нашей планеты составляла 287 млн тонн, и если бы люди не страдали ожирением, ноша старушки-Земли облегчилась бы на 15 млн тонн, что соответствует всему населению Индонезии (самая многочисленная мусульманская страна планеты!) и добавок Италии³⁰.

Нет гиперандрогенизму!

Что касается **противодействия гиперандрогенизму***, то как и другие антиандрогенные компоненты, входящие в состав различных комбинированных гормональных средств (ципротерона ацетат, хлормадинона ацетат, диеногест), дроспиренон конкурентно подавляет рецепторы андрогенов в тканях и снижает преобразование тестостерона в дигидротестостерон. Более того, он не мешает возрастать под действием эстрогенов уровню ГСПС и не соединяется с этим глобулином, а значит, не вытесняет тестостерон и его метаболиты из связи с ГСПС³¹.

Положительное влияние дроспиренона на симптомы гиперандрогенизма сопоставимо к таковому у ципротерона ацетата³², а в отношении такого симптома, как угревая сыпь, его действенность доказана в рандомизированных плацебо-контролируемых, а также сравнительных исследованиях³³. Интересно, что у больных с синдромом поликистозных яичников эстроген-гестагенные препараты с дроспиреноном снижают уровень ЛГ, общего и свободного тестостерона, повышают концентрацию ГСПС и даже сокращают размеры яичников³⁴. Именно поэтому комбинированное средство с дроспиреноном, не мешающим этинилэстрадиолу повышать уровень ГСПС, актуален у женщин с повышенной массой тела. Одно из удачных дроспиренонсодержащих средств — препарат «Димиа». Важное его преимущество — **режим приёма 2+4**, что подразумевает минимальный безгормональный интервал, а значит, ровность гормонального фона.

Правила тромбогенной безопасности

Известно, что вероятность венозной тромбоэмболии возрастает при приёме гормональной контрацепции, ожирении, курении, отягощённом семейном анамнезе и некоторых других факторах риска. Наиболее высокий риск отмечают в первый год использования контрацептивов, а также при его возобновлении после 4-недельного или более продолжительного перерыва (тем не менее в рекомендациях Французского общества эндокринологии и обновлённом клиническом руководстве для специалистов США указано, что риск тромбозов при приёме любых КОК значительно ниже, чем во время гестации^{35,36}).

В числе преимуществ дроспиренона для многочисленных пациенток с избыточной массой тела — доказанная **безопасность с тромбогенной точки зрения**: данные немецкого исследования типа «случай—контроль» убеждают в отсутствии увеличения риска венозной тромбоэмболии на фоне приёма дроспиренонсодержащих КОК³⁷. Важно также, что дроспиренон не влияет на окислительный метаболизм в печени и состояние жёлчного пузыря (впрочем, как и другие синтетические прогестагены — дезогестрел, левоноргестрел, норгестимат)³⁸.

* 5P: Подробно об этом состоянии и возможностях его терапии см.: Унянян А.Л., Руднева О.Д. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога. М.: Редакция StatusPraesens, 2014. 20 с.

Выбор индивидуальный, стандартизированный

Согласно опубликованным в 2012 году «Медицинским критериям приемлемости методов контрацепции РФ», комбинированные гормональные средства, в том числе с натуральными эстрогенами, так же как пластырь и вагинальное противозачаточное кольцо, у женщин с повышенной массой тела (ИМТ выше 30 кг/м^2) начиная с возраста менархе входят в **категорию 2**. Это состояния, при которых преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск.

Для внутриматочных устройств, как медьсодержащих, так и с левоноргестрелом, у пациенток с избыточной массой тела установлена категория 1 — состояния, при которых нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции, и метод можно использовать при любых обстоятельствах (у подростков — категория 2). Но как бы то ни было, необходимо каждый раз решать индивидуально, какое контрацептивное средство лучше всего подходит пациентке. И на сегодня оптимальную альтернативу внутриматочным устройствам, обладающую набором дополнительных положительных влияний (модификация ряда неблагоприятных гормональных сдвигов), представляют **микро**дозированные гормональные контрацептивы с **дроспиреноном** (например, комбинированный препарат с режимом приёма 24+4 «Дивиа»).

Высокая масса тела зачастую бывает сопряжена не только с нарушением толерантности к глюкозе, но и с уже диагностированным сахарным диабетом, в лучшем случае неосложнённым. Следует помнить, что, как это ни печально, у женщин с сахарным диабетом 30% беременностей возникают незапланированно, хотя для них более, чем для других пациенток, важен этап прегравидарной подготовки. И здесь дроспиренонсодержащие гормональные контрацептивы оказываются на своём месте: по данным последних лет, дроспиренон снижает уровень гипергликемии и нормализует синтез инсулина натощак^{13,39}.



© olya / Shutterstock

[Сегодня удачную альтернативу внутриматочным устройствам представляют микродозированные гормональные контрацептивы с дроспиреноном.]



Микродозированные гормональные эстроген-гестагенные средства с дроспиреноном — яркие представители препаратов **лечебной контрацепции**. Причём у женщин с избыточной массой тела и ожирением безусловно важны оба компонента — как лечебный, так и контрацептивный. Лечебный эффект при таких ситуациях более чем востребован, поскольку дроспиренон способен самым благоприятным образом менять нару-

шенный гормональный и метаболический профиль.

Однако не менее значим и собственный контрацептивный эффект: у таких метаболически скомпрометированных женщин аборт могут стать для репродуктивной системы настоящей трагедией, а беременность без предварительной прегравидарной подготовки чревата многочисленными трудностями. **SP**

Библиографию см. на с. 124–127.