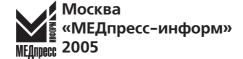
А.Я. Сенчук, Б.М. Венцковский, И.Б. Вовк, И.А. Доскоч

КОНТРАЦЕПЦИЯ

(Возможности и опасности)



УДК 613.888 ББК 57.0

C31

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Авторы:

A.Я.Сенчук — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Киевского медицинского института УАНМ;

Б.М.Венцковский — член-корр. АМН Украины, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 НМУ им. А.А. Богомольца, главный специалист МЗ Украины по акушерству и гинекологии, Президент ассоциации акушеров-гинекологов Украины; **И.Б. Вовк** — д.м.н., профессор, заведующий отделением планирования семьи и полового развития детей и подростков Института ПАГ АМН Украины, главный специалист МЗ Украины по детской и подростковой гинекологии, Президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов:

 $\emph{И.А.Доскоч}$ — ассистент кафедры акушерства и гинекологии Киевского медицинского института УАНМ.

Реиензенты:

 $\pmb{\textit{Л.Б.Маркин}}$ — член-корр. АМН Украины, д.м.н., профессор. $\pmb{\textit{W.П.Вдовиченко}}$ — д.м.н., профессор.

Сенчук А.Я.

С31 Контрацепция (возможности и опасности) / А.Я. Сенчук, Б.М. Венцковский, И.Б. Вовк, И.А. Доскоч — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 224 с.

ISBN 5-98322-138-8

Книга написана на основе большого практического опыта авторов и содержит сведения о современных противозачаточных средствах. В ней рассказывается о различных видах и методах контрацепции, преимуществах и недостатках, неконтрацептивных эффектах, а также показаниях и противопоказаниях к назначению противозачаточных средств.

Внимательно прочитав эту книгу, девушка или женщина сможет с помощью врача выбрать для себя наиболее подходящий метод контрацепции. Особенно ценно такое издание для молодых людей, которым оно поможет решить сексуальные проблемы и сохранить здоровье.

Книга является справочным пособием для практических врачей, преподавателей и студентов высших медицинских учебных заведений, а также будет интересна широкому кругу читателей.

УДК 613.888 ББК 57.0

По вопросам приобретения данной книги на Украине обращаться в ООО «Рада» (044) 294-91-66, 274-49-79

ISBN 5-98322-138-8

- © Сенчук А.Я., Венцковский Б.М., Вовк И.Б., Доскоч И.А., 2005
- © Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2005

Оглавление

Список сокращений	4
Введение	
Глава I. Вопросы контрацепции в современных условиях	12
Глава II. Периоды жизни и анатомо-физиологические особенности	
женского организма	29
Глава III. Естественные методы предупреждения беременности	
Глава IV. Гормональная контрацепция	51
Глава V. Лечебные аспекты гормональной контрацепции	
Глава VI. Барьерные контрацептивы и спермициды	
Глава VII. Внутриматочные контрацептивные средства	
Глава VIII. Контрацептивы растительного происхождения	148
Глава IX. Нефизиологические методы контрацепции	
Глава Х. Контрацепция в подростковом возрасте	
Глава XI. Контрацепция в послеродовом периоде и после аборта	
Глава XII. Контрацепция у женщин в возрасте старше 35 лет	
Глава XIII. Контрацепция при экстрагенитальных заболеваниях	
Глава XIV. Экстренная и постимплантационная контрацепция	
Глава XV. Контрацептивы будущего	211
Список литературы	214
Приложение	

Список сокращений

АД — артериальное давление

БТТ — базальная температура тела

ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза

ВМК — внутриматочное средство

ГГЯС — гипоталамус-гипофиз-яичниковая система

ДМК — дисфункциональные маточные кровотечения

ДМПА — депо медроксипрогестерон ацетат

ЕМПС — естественные методы планирования семьи

ЗППП — заболевания, передающиеся половым путем

КИК — комбинированные инъекционные контрацептивы

КОК — комбинированные оральные контрацептивы

ЛГ — лютеинизирующий гормон

МЛА — метод лактационной аменореи

ОК — оральные контрацептивы

ОПК — оральные прогестагенные контрацептивы

ПЛ — пролактин

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФСГ — фолликулостимулирующий гормон

ЧПИК — чисто прогестиновые инъекционные контрацептивы

ЧПТ — чисто прогестиновые таблетки

ЭК — экстренная контрацепция

ЭЭ — этинилэстрадиол

Введение

Искусство предохранения от беременности есть, без сомнения, достойный всяческого одобрения прогресс культуры, если только применяемые меры не оскорбляют эстетического чувства любящих и не вредят здоровью. Предохранительные средства облагородят чувство сладострастия, которое станет нежнейшим и ароматнейшим цветком на древе жизни.

Эдуард Фукс «История нравов»

На заре возникновения первобытного общества наши далекие предки рассматривали беременность как естественное и неизбежное состояние женщины. Тем не менее уже первобытные люди сталкивались с необходимостью регуляции прироста народонаселения — после вспышки рождаемости, когда детей в племени подрастало больше, чем обычно, от голода и недоедания страдало все племя. В те времена наиболее простым способом искусственного уменьшения численности новорожденных было детоубийство, которое сохранялось в некоторых странах Европы, Индии и Китае вплоть до XIX века. Зачастую младенцев убивали, не прибегая к физической расправе: «лишних» детей просто оставляли без еды и ухода, приносили в жертву богам и духам, не выхаживали заболевших малышей. Такое «пассивное» детоубийство было широко распространено не только в примитивном первобытном обществе, но и в древних цивилизациях, в античном мире и языческой Европе. Так, наиболее известен пример Древней Спарты, где пытались воплотить в жизнь принцип искусственного отбора «лучших граждан общества», сбрасывая со скалы слабых и болезненных младенцев.

Парадоксально, но простейшие приемы предотвращения беременности, известные людям предположительно уже в эпоху неолита, осуждались «общественным мнением» и законами многих древних цивилизаций гораздо суровее, чем детоубийство. Детоубийство осуждалось только иудейскими законами, в других же культурах оно практиковалось повсеместно.

С первых шагов человечества религия и государство стремились контролировать и поправлять личную жизнь человека. Право мужчины и женщины самим решать вопросы о потомстве представлялось в те времена кошунственным вольнодумством, вмешательством в божественный промысел. Применение контрацептивов, по мнению древних, было уместно лишь для «жриц любви», а пользоваться ими нормальным женщинам считалось аморально. В отношении деторождения разные народы придерживались различных взглядов, но в большинстве секс, не связанный с желанием производить потомство, осуждался.

Но, несмотря на это, уже в те времена существовали методы предотвращения беременности, хотя люди еще не имели представления о механизмах зачатия.

Так, в Древнем Египте, одной из самых ранних цивилизаций в истории человечества, были открыты основные принципы барьерной контрацепции. Они помещали во влагалище различные предметы, которые препятствовали проникновению семенной жидкости в матку. В обнаруженном в 1889 г. знаменитом египетском папирусе Кахуна (1850 г. до н.э.) описывался рецепт приготовления контрацептивного влагалищного тампона из крокодильего навоза, меда и хлопка. Древние египтяне также пытались изобрести противозачаточную таблетку. Для этого было перепробовано множество трав, корней, смол, минеральных элементов, которые принимались женщиной для предотвращения нежелательной беременности. Но эти эксперименты не принесли желаемого результата.

В Древней Африке были известны различные вещества растительного происхождения в форме кокона, который вводился глубоко во влагалище. В преданиях африканской народности нанди, а также у южноамериканских индейцев существует негласное предписание — женщинам следует воздерживаться от половых сношений в определенные дни менструального цикла для того, чтобы избежать непланируемого зачатия. Это значит, что эти народы знали о календарном методе примерно за тысячелетие до н.э. Древние народы Южной Африки, тонга и массаи, использовали прерванный половой акт, о чем сохранились указания в виде рисунков на сводах пещер.

Примитивные культуры многих народов создали нормы, которым подчинялась жизнь индивида. Их влияние на регулирование рождаемости заметно и сегодня. Индейцы Америки применяли после полового сношения промывание влагалища отваром из коры красного дерева и лимона. Они знали также, что после жевания петрушки у женщины в течение 4 дней возникает кровотечение. Эскимоски с острова Баффине продлевают период лактации, женщины Океании вкладывают во влагалище моллюсков и морские водоросли. Жители Суматры для регулирования рождаемости помещают во влагалище шарики, сделанные из опиума и черного растения. На Яве у женщин часто искусственно вызывали загиб матки, в Австралии практиковалось удаление яичников.

На Востоке известен рецепт автора Сун Сумо (695 г. до н.э.): «Возьми масло и ртуть, подогревай целый день, положи маленький шарик из этой субстанции на живот и будешь бесплодна всегда». В Китае пользовались пилюлями, вызывающими выкидыш, и внутривлагалищными тампонами. В Индии различные методы регулирования рождаемости появились более 2000 лет назад: прерванный половой акт, сознательное перекрытие семявыносящих протоков, натренированное с помощью йоги, ритуальные периоды сексуального воздержания, тампоны из семени айован, окуривание влагалища, амулеты, смеси из масел, рекомендации зажимания полового члена перед семяизвержением. В Японии использовались различные отвары, прерванный половой акт, презервативы из внутренней пленки черепахи или внутривлагалищные тампоны из листьев бамбука, пропитанные маслом, йошиногами — тампоны из тонкой бумаги, промывание влагалища непосредственно после полового сношения.

В Иудее были известны напитки из живицы и алуна, отвары из корней. Раввины рекомендовали пользоваться специальными тампонами, соблюдать пери-

Введение 7

оды воздержания. В то же время прерываемое сношение осуждалось, именно за это библейский Онан был приговорен к смерти. Примерно в то же время Диоскоридес (I век н.э.) рекомендовал применение мандрагоры.

Вопрос о предупреждении беременности играл особо важную роль в Греко-Римской империи, в которой были широко распространены оргии. Диоскоридес рекомендовал промывание влагалища экстрактом или отваром ивового листа. В Греции для регуляции рождаемости Соран рекомендовал использовать шерстяные тампоны, пропитанные клейким или вяжущим раствором — кедровым или оливковым маслом, бальзамами, слоновым навозом, свинцовой медью. Сегодня мы знаем, что это уменьшает подвижность сперматозоидов. Употреблялись внутривлагалищные тампоны из хлопка, отвары многих трав.

Возможность мысленного контроля зачатия или применения противозачаточных мер подтверждается результатами наблюдений Верриера Элеина (теолога и антрополога), проведшего многие годы жизни с индийским племенем Мурия. Мурия верят, что «девушка может забеременеть только тогда, когда она связывает себя с мужчиной в своих мыслях и остается физически верной ему». До замужества девушки племени Мурия редко беременеют, хотя существует полная половая свобода. Но как только она отдает себя любимому мужчине, то вскоре становится беременной. Многие примитивные племена используют для контроля над рождаемостью исключительно этот метод, причем его надежность достигает 96%. Они считают осознанное отношение к зачатию неотъемлемой частью процесса зачатия.

На Востоке противозачаточные средства широко известны с древних времен. Составными частями противозачаточных препаратов были семена моркови, дурмана и кунжута, мускатный орех, касторовое масло, камфора, гвоздичное дерево, опий, лимон. Их действие проявляется в изменении секреции желез, как у мужчины, так и у женщины, а также в непосредственном влиянии на цикл овуляции. Известны также комбинированные устройства и лекарства. Например, женщины Древней Суматры вылепливали чашеподобную формочку и вставляли ее в свою йони, подгоняя ее к шейке матки так же, как подгоняют современный колпачок, но с дополнительным действием опиума, обладающего способностью убивать сперму. Еще одной разновидностью контрацепции, известной на Востоке под названием «мусгами», является колпачок, сделанный из промасленной шелковой бумаги. Другие колпачки делали из пчелиного воска. Самым простым является колпачок из половинки выжатого лимона, надеваемый на шейку матки. Сок лимона также обладает способностью убивать сперму.

Ислам не осуждал применения противозачаточных средств, допускал возможность прерывания беременности, ибо человеческая жизнь, согласно исламу, начинается после рождения. Ибн Сина (Авиценна) называл около 20 методов регуляции рождаемости. К ним относились: исключение сношений в плодный период, прерывание сношения, прыжки после сношения, внутривлагалищные тампоны мякоти граната, хлопка, тампоны, пропитанные наркотиками, натирание полового члена маслом или луком, употребление женщинами гороха натощак.

В Средневековой Европе религия запрещала принимать средства, прерывающие беременность. Документы, относящиеся к XIII в., свидетельствуют о том,

что для предотвращения беременности применялись нетипичные позиции в сожительстве, женщина мочилась сразу же после сношения, использовались отвары трав, заклинания, презервативы из кишок животных. Эти методы, как и прерывание беременности, провоцирование выкидыша, трактовались как убийство. Отрицательное отношение церкви и общественности к использованию противозачаточных средств привело к тому, что их практически перестали употреблять. Воздержание и аборты стали основными методами регуляции рождаемости.

В эпоху Возрождения вместе с искусством сексуальной жизни возрождается и искусство контрацепции. Появлению эффективных противозачаточных средств способствовала эпидемия сифилиса, охватившая в то время всю Европу. Вновь вошли в употребление тампоны, прокладки, пропитанные специальными растворами.

В XVI в. знаменитый итальянский врач Фаллопио в медицинском труде описывал применение матерчатых чехлов для полового члена, которые были обработаны дезинфицирующим раствором. В XVII в. придворный врач английского короля Джеймс Кондом предложил использовать в качестве чехольчика специально обработанные кишки животных или рыбьи пузыри. Этим эффективным методом контрацепции человечество пользуется по сей день, со временем намного улучшив его.

В XVII в. было установлено, что сперматозоиды теряют подвижность в кислой среде. В 1672 г. де Грааф открыл яйцеклетку и яичник как ее источник. Теперь медикам стало понятно, какие участки процесса зачатия надо блокировать, чтобы исключить беременность. В 1827 г. Ван Баэр описал явление оплодотворения.

С середины XIX в. развиваются новые виды контрацепции и совершенствуются уже известные: открытие каучука кардинально решило проблему презервативов — в Европе появились резиновые изделия, что позволило сделать их удобными и дешевыми.

Предшественником современных внутриматочных средств является небольшое кнопкоподобное растение pessaries, служившее контрацептивом с начала XIX в. Его цветком прикрывали внутренний зев, а стебель помещали в цервикальный канал.

К концу XIX в. стали использовать специальные кнопки или шеечные колпачки в форме луковицы с боковыми ответвлениями, которые иногда вводили в полость матки. Они изготавливались из слоновой кости, оловянных сплавов, обычного и черного дерева, стекла, золота и платины с алмазами.

Карл Хольвег в 1902 г. в Германии изобрел цервико-внутриматочный пессарий в виде металлической пружины. Карл Пуст в 1923 г. изобрел пессарий из скрученного в кольцо шелка, крепившегося к стеклянной ножке. Контрацептивы такой конструкции создавали благоприятные условия для возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза, поэтому медики отрицательно относились к подобным ВМС.

Большой вклад в создание и совершенствование ВМК внес Графенберг. В 1924 г. он разработал конструкцию ВМС из нитей шелкопряда, но из-за частых экспульсий, болевого синдрома и меноррагии от ВМК пришлось отказаться.

Введение 9

Публикации 1928-1930 гг. сделали кольцо Графенберга из шелковых нитей известным во всем мире. В 1929 г. серебряное кольцо Графенберга было признано приемлемым для контрацепции в Англии. В связи с увеличением количества воспалительных заболеваний органов малого таза в 1931 г. на конгрессе акушеров-гинекологов во Франкфурте ВМК объявили опасными для здоровья женщин.

В 1934 г. японец Ота усовершенствовал конструкцию кольца Графенберга, добавив центральный диск. При изготовлении ВМК он впервые применил пластмассу.

Автор первого средства, изготовленного из термопластика, известного как «Регта-спираль», — доктор Маргулиус. Именно он ввел сульфат бария в пластмассу ВМС.

В 1961 г. доктор Липпес создает ВМК (в виде двойной буквы S), которая изготовлена из сополимера этилена с винилацетатом, что значительно уменьшило риск перфораций. Этот материал инертен к тканям организма, эластичен, упруг, не токсичен, не вызывает реактивного воспаления. Это было первое устройство с наличием нейлоновой нити для контроля за наличием его в полости матки и для облегчения удаления ВМК.

В 1969 г. появилось второе поколение медьсодержащих ВМК. Tatum Н. добавил медь в пластмассовые ВМС, а Zipper J. обнаружил антинидационный эффект меди.

Следующим этапом в разработке ВМК третьего поколения является создание гормонвысвобождающих средств. Доктор Antonio Scommegna в 1970 г. сообщил о результатах наблюдений женщин с петлей Липпеса, содержащей силастиковую капсулу с прогестероном, постепенно высвобождающимся в полость матки. Характерно то, что овуляция не подавлялась, характер месячных не изменялся, но отмечались изменения эндометрия, препятствовавшие имплантации. В 1976 г. Pandya и Scommegna заменили петлю Липпеса на Т-образную конструкцию Татума. В результате был изготовлен новый контрацептив «Прогестасерт», в вертикальном стержне вместо меди был размещен резервуар из смеси прогестерона и сульфата бария.

Доктор Luukkainen в вертикальном стержне закрепил резервуар с левоноргестрелом, в результате была создана ВМС «Мирена».

Последним достижением в разработке новых медьсодержащих средств является имплантант без ветвей доктора Wildemeersch — «Gine-fix».

Новой вехой в предупреждении беременности явилось изобретение гормональной контрацепции, что обусловило мировую славу веществам, регулирующим репродуктивную функцию человека. Allen и Doisy (1923 г.) в ходе экспериментов показали, что яичник вырабатывает два разных вещества: одно — ответственное за рост и сохранение функций половых органов, а второе — за развитие секреторных изменений эндометрия и сохранение беременности. В результате этих экспериментов почти одновременно в нескольких лабораториях были выделены и идентифицированы три основных эстрогена человека — эстрадиол-17 β , эстрон и эстриол. В 1929 г. (Виtenandt, Dousy и Marrian) выделили эстриол и эстрон из мочи беременных женщин; эстрадиол-17 β был выделен МасCorquodale и Dousy лишь в 1935 г.

В 1934 г. Вителанdt выделил вещество, обладающее прогестиновой активностью. Slotta расшифровал структуру прогестерона. За это достижение Butenandt и его группа были удостоены Нобелевской премии.

В 1940-1941 гг. в США Makeplace и сотр. установили, что инъекция прогестерона самкам кроликов ингибирует овуляцию, а Sturgis и Albright применили эстрогены для лечения дисменореи.

В 1951 г. Djerassi и сотр. был синтезирован 19-норпрогестерон, который стал первым прогестином, более активным, чем природный прогестерон.

В 1953 г. Colton и сотр. получили патент на другой прогестин — норэтинодрел.

Russel Marker в Южной Мексике доказал, что корни растения «черная голова» содержат диосгенин — природный стероид. Мarker вместе с сотрудниками синтезировал прогестерон и стал мировым поставщиком этого стероида. Rosenkranz разработал методы синтеза тестостерона и эстрона из диосгенина, а Djerassi предложил способ получения норэтиндрона из диосгенина.

В 1956 г. Pincus, Rock и Garcia в клинических исследованиях доказали наличие у норэтинодрела и местранола 100%-го эффекта в отношении предупреждения беременности.

Первым препаратом, который был предложен для врачебной практики, стал эновид (1960). С этого времени начинается история развития комбинированных контрацептивных средств. На первом этапе были созданы препараты с высоким содержанием гормонов.

Препараты I поколения — это комбинированные противозачаточные таблетки, которые характеризуются низким индексом Перля, высоким содержанием гормонов, а также часто возникающими, опасными для жизни осложнениями, а именно — тромбоэмболиями. Тромбоэмболия связывалась с высоким содержанием эстрогенов. Среди других серьезных побочных действий следует отметить отеки, тошноту, задержку жидкости, напряжение молочных желез и др. На первом этапе основной целью совершенствования комбинированных оральных контрацептивных (КОК) препаратов было максимальное снижение частоты развития осложнений.

Препараты II поколения содержали эстрогенов в 5 раз меньше, а содержание гестагенов было в том же количестве. В результате этого удалось в 4 раза снизить риск возникновения тромбозов. При этом следует заметить, что курящим женщинам, особенно после 35 лет, был противопоказан прием любых контрацептивных препаратов в связи с повышенным риском усиления тромбогенного эффекта эстрогенов.

Различают две основные группы гестагенов: эстраны и гонаны. Основные побочные действия: уменьшение толерантности глюкозы, повышение артериального давления, повышение массы тела, изменения в составе липидов, усиление роста волос, депрессия.

Препараты III поколения. К первой группе препаратов III поколения относятся контрацептивы, содержащие левоноргестрел. Левоноргестрел был разработан в США в начале 80-х гг. Его включили в минимальной дозе в состав фазо-

Введение 11

вых контрацептивных препаратов с целью приблизить состав этих препаратов к уровню гормонов во время физиологического менструального цикла.

Левоноргестрел был первым прогестагеном, созданным синтетическим путем. Для проявления своего действия он не требует дополнительных метаболических превращений. Левоноргестрел обладает наиболее сильным андрогенным, минералокортикоидным и глюкокортикоидным эффектами при применении в больших дозах.

Ко второй группе относятся препараты, содержащие гестагены нового типа. Их испытания проводились в Голландии, Швейцарии и США. Норгестимат является новым препаратом III поколения. В кишечнике и печени он быстро превращается в левоноргестрел и в его производные.

К препаратам III поколения относится дезогестрел, который является прогормоном. Достоинством препаратов, содержащих дезогестрел, является слабо выраженное андрогенное действие. К недостаткам этих препаратов относится менее выраженный контроль менструального цикла. Эти контрацептивы считаются препаратами выбора для молодых женщин.

Гестагенным препаратом III поколения является гестоден, содержащий активный гестаген. В контрацептивных препаратах, содержащих этот гестаген, количество гормонов самое низкое.

В настоящее время учеными синтезировано более 500 разновидностей комбинированных оральных контрацептивов. В зависимости от состава, дозы и метода применения современная гормональная контрацепция подразделяется на следующие виды:

- комбинированные оральные контрацептивы, содержащие эстрогены и прогестагены;
- препараты, содержащие только прогестагены;
- антагонисты прогестерона.

Итак, сущность применения противозачаточных средств, или контрацепции, заключается в том, чтобы не допустить проникновения сперматозоидов в яйцеклетку, то есть предупредить оплодотворение или создать такие условия, при которых развитие оплодотворенной яйцеклетки было бы невозможно.

В настоящее время с целью контрацепции применяют различные методы — физиологические, механические, химические, биологические, хирургические. Их разделяют на женские и мужские.

Выбор метода контрацепции зависит от взаимоотношений между партнерами, состояния их здоровья, возраста.

Пары, которые решили больше не иметь детей, предпочитают наиболее оптимальный вариант — стерилизацию. Перевязка маточных труб у женщины или семявыводящих протоков у мужчины безопасны для здоровья.

Многие мужчины и женщины, решившие для себя раз и навсегда эту проблему, утверждают, что их половое удовлетворение возрастает по мере того, как исчезает страх перед нежелательной беременностью. Однако принятие окончательного решения о стерилизации требует серьезных размышлений, так как это необратимый процесс.

Глава I ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Все ускоряющийся ритм жизни, жесткие требования, предъявляемые человеку усложняющимся промышленным производством, многочисленные обязанности, накладываемые обществом на своих членов, привели к снижению рождаемости во всех промышленно развитых странах мира. К этому привели и возникшие противоречия в нашем обществе между семейной и общественной ролями женщины, фактическое неравенство мужа и жены в домашних делах, бездуховное, формальное общение родителей и детей, черствое отношение к старикам. Должен уйти в прошлое превратно понимаемый тезис о равноправии между женщиной и мужчиной, который сделал наших мужчин беспомощными и неспособными к осознанию собственного достоинства, ответственности за себя и свою семью, а наших женщин — не умеющими создавать семейное благополучие, раздраженно кричащими на мужей и детей, детей — безразличными и безынициативными.

Беспощадная и безжалостная природа очень четко отделяет индивидуумы и не позволяет «жечь свечу с двух сторон». В течение несчетных миллионов лет женский организм приспособился к своей главной и единственно важной функции — деторождению, праву быть матерью. Женщина должна помнить об этой великой обязанности, возложенной природой исключительно на нее как носителя «огня» — источника продолжения человеческого рода.

Оглядываясь в прошлое, следует напомнить слова А.В. Чаянова о том, что «семья была семьей, семьей и должна остаться».

Действительно, семья — самая существенная культурная ценность, наша «крепость», наша защита и опора, предмет забот, источник страданий и счастья. Равноценное совмещение женщиной семейной и общественной ролей при современном уровне развития сферы бытового обслуживания в нашем обществе, при тех жилищных условиях, которые мы имеем, практически невозможно.

Расходование физической и духовной силы, здоровья и энергии на различные виды деятельности, исключая при этом деторождение, способствует быстрейшему старению организма и ведет в эволюционном плане к созданию нового типа женщин, которые не будут знать полового чувства, не будут страдать при его подавлении, но зато приобретут способность не утомляться работой, не знать усталости и сна. Судя по наблюдениям за животными, лошади нисколько не страдают от выключения половой функции и деторождения, а пчелы никогда не знают усталости и сна. Поэтому широко афишируемое равенство женщины с мужчиной совершенно невозможно, недостижимо и недопустимо, если женщина не откажется от своей естественной функции — деторождения.

В создавшихся условиях молодые супружеские пары соотносят рождение детей со своими потребностями и возможностями жизни. Они стремятся родить не только здорового ребенка, но и обеспечить ему высокий уровень жизни. В то же время охотно пользуются всеми благами, которые предоставляет им общество в расширении своих межличностных связей и утверждении себя как индивидуальности, в том числе и в сексуальном плане. Ничего противоестественного в этом нет. Так уж устроен человек, и ничто человеческое ему не чуждо.

В стремлении ограничить рождаемость лежат не современные субъективные причины, вызванные материальными трудностями или какими-либо другими внешними условиями, а сознательное и твердое решение подчинить своей воле, своему разуму процессы размножения и предупреждения беременности. При этом супружеская пара должна в равной степени участвовать в выборе противозачаточного средства и нести общую ответственность за его применение, сознавать возможные побочные действия этого средства на организм и быть готовыми к их преодолению, а не возлагать ответственность только на женщину, которая и так в основном переносит все тяготы беременности, рожает ребенка, нянчит, кормит его и в большей степени заинтересована в контроле за своей репродуктивной функцией. Это неравноправие должно быть преодолено.

Когда появляется потребность в планомерном регулировании рождаемости, речь идет не об отказе от половой жизни вообще, а о разумной профилактике зачатия, которая могла бы устранить возможность беременности, не заставляя прибегать к насилию над организмом и не сопровождаться какими-либо опасностями для него. Такая профилактика должна быть абсолютно надежной, т.е. в 100% случаев предотвращать зачатие, а средства профилактики должны быть простыми в употреблении, дешевыми, позволяющими пользоваться ими всем желающим. Они не должны нарушать физиологию полового акта. Помимо этого, для человека имеет большое значение психологическая (этическая) сторона взаимоотношений полов, когда торможение полового акта, обусловленное приготовлениями к предупреждению зачатия, не только отрицательно влияет на физиологию коитуса, но и вообще может препятствовать его совершению. К сожалению, в настоящее время таких средств нет, и пройдет еще немало времени, пока будут найдены способы и методы предупреждения зачатия, отвечающие всем предъявленным требованиям.

Предлагаемые программы планирования семьи путем продажи презервативов по дешевой цене, распространение контрацептивов без специального рецепта через различные социальные организации, предоставление права на хирургическую стерилизацию без ограничения возраста в странах третьего мира, поощрение длительного грудного вскармливания новорожденных как естественного способа контрацепции — хотя и наиболее эффективны, но не являются идеальными для всех людей, различных культур и всех жизненных ситуаций.

По данным информационного бюллетеня «Прерывание беременности» (1986, № 7), издающегося в Балтиморе (США) университетом Джонса Гопкинса, главной причиной смерти женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах является аборт. В 65 странах Азии, Африки, Среднего Востока

и Латинской Америки примерно 84 тыс. женщин ежегодно погибают от осложнений при этой операции. Если в странах Северной Европы и Северной Америки производится менее 20 абортов на 1000 женщин фертильного возраста, в Канаде — 10, в Финляндии — 8, в Нидерландах — 6, то в Украине за 1996 г. этот показатель равнялся 51,9, а в России — 77. Наметившиеся тенденции к снижению количества абортов за последнее время по Украине все равно не умаляют актуальность этого вопроса, т.к. среди причин материнской смертности 23% принадлежат прерыванию беременности (Б.М. Венцковский, В.А. Товстановская, 2002).

В.П. Квашенко в Практическом руководстве по основам репродуктивной медицины (2001) приводит сведения о том, что, по данным разных авторов, непосредственные послеабортные осложнения встречаются у 5-20% пациенток, в основном в виде кровотечений, обусловленных как задержкой частей плодного яйца, так и структурными травматическими повреждениями стенок полости матки.

Отмечено возрастание частоты ранних послеабортных воспалительных процессов в органах малого таза, которые нередко принимают затяжное хроническое течение, приводящее к выраженным анатомическим изменениям гениталий, что, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, может являться причиной последующего бесплодия, невынашивания беременности и возникновения внематочной беременности (И.О. Могилевкина, 2000). Так, по литературным данным, искусственный аборт в анамнезе имели >55% женщин с вторичным бесплодием, 50% пациенток, страдающих истмико-цервикальной недостаточностью, 44% больных, оперированных по поводу внематочной беременности.

Исследования показывают, что искусственное прерывание беременности также является непосредственной причиной последующих функциональных нарушений в виде олигоменореи, аменореи, гиперпролактинемии, развития вторично поликистозных яичников.

Кроме того, искусственное прерывание беременности является фактором онкологического риска. Относительный риск заболевания раком молочной железы (РМЖ) у женщин, не имевших искусственных абортов, почти вдвое ниже, чем у сделавших 1-2 аборта, и в 3-4 раза ниже, чем у женщин с 3 и более искусственными абортами в анамнезе. Риск возрастает при прерванной первой беременности и в возрасте старше 35 лет. Поскольку наличие мастопатии также является фактором риска возникновения РМЖ, при сочетании нескольких факторов риск возрастает многократно. Ясно, что прерывание беременности для женщины с мастопатией крайне нежелательно.

Из осложнений аборта особо необходимо выделить воспалительные заболевания матки и придатков. На протяжении последних 30 лет внимание акушеров-гинекологов и микробиологов было сосредоточено на специфических инфекционных заболеваниях, вызываемых определенными высокопатогенными микроорганизмами, среди которых ведущая роль принадлежит гонококковой, трихомонадной и туберкулезной инфекции. Вместе с тем в настоящее время

увеличилась частота заболеваний, обусловленных микроорганизмами, ранее считавшимися условно-патогенными (хламидии, микоплазмы, грибы и вирусы), которые в постабортном периоде являются причиной воспалительного процесса.

Прерывание первой беременности у нерожавших женщин является фактором риска развития осложнений течения последующих беременностей и родов, причиной нарушения фетоплацентарной системы, состояния плода и новорожденного.

Основная причина такого положения заключается в недостаточной информации населения о действии контрацептивов. Нередко сами медицинские работники, рекомендуя тот или иной способ контрацепции, не верят в его эффективность, передавая свое неверие обратившимся к ним парам.

В значительном проценте случаев врачи недостаточно убедительно объясняют, что будущая мать, решившись на искусственное прерывание беременности в любом сроке, решается на убийство живого человеческого организма, а аборт является, попросту говоря, детоубийством. Следует указать и на те осложнения, которые возникают как во время производства аборта (прободение матки и повреждение органов брюшной полости), так и в дальнейшем. При последующих беременностях и желании иметь ребенка нередко аборт является одной из причин самопроизвольных выкидышей вследствие развивающейся истмико-цервикальной и плацентарной недостаточности, предлежания плаценты, а также преждевременных родов, кровотечения в родах, в послеродовом и последовом периодах.

Аборт может стать причиной гинекологических заболеваний воспалительного характера, нарушений менструальной функции, навсегда лишить женщину возможности стать матерью. Мы бываем очевидцами отчаяния женщин, которые, поняв невозможность после аборта забеременеть, готовы на самые рискованные операции, чтобы вернуть эту возможность, а иногда прибегают даже к суицидальным попыткам.

Таким образом, аборт является совершенно неподходящим и нефизиологическим способом для регулирования деторождения и может быть исключен только путем рационального применения противозачаточных средств.

В этом отношении следует отметить крайне недостаточную роль санитарнопросветительной работы в формировании знаний по вопросам контрацепции, что еще раз свидетельствует об отсутствии внимания к вопросам полового воспитания подростков в семье и школе. По данным наших исследований, 81% из опрошенных учащихся старших классов школ Киева не имеют правильного представления о современных средствах и способах предупреждения беременности. Из официальных источников информации (учителя, школьные врачи, родители, телевидение, радио, газеты, журналы) сведения о средствах предохранения от беременности подростки получили только в 48% случаев. Преимущественным источником информированности подростков явились их сверстники. В то же время около 60% старших школьников позитивно относятся к сексу и еще 13% испытывают постоянную потребность в нем. О негативных послед-

ствиях аборта не знают 22% и только 3% из опрошенных юношей знают, что аборт является причиной гинекологических заболеваний. Данные опроса свидетельствуют также о недоступности пользования подростками современными и высокоэффективными средствами контрацепции из-за их дороговизны.

Анализ анкетных данных 1200 супружеских пар свидетельствует, что 68% женщин достаточно осведомлены о существующих методах контрацепции через средства массовой информации. Однако полученные знания о многочисленных современных методах контрацепции, способствующих предупреждению беременности, сохранению здоровья женщины, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, в нашей стране до настоящего времени не нашли широкого применения. Из числа опрошенных только 59% женщин и 33,7% мужчин пользуются контрацептивами, а 41% женщин и 66,3% мужчин никогда ими не пользовались и не пользуются. Из числа не пользующихся методами контрацепции 31,4% женщин вообще не знают об их существовании. В 28,8% случаев ссылаются на отсутствие хороших противозачаточных средств в аптеках и женских консультациях. Среди причин отказа фигурируют ссылки на национальные традиции и религиозные соображения, запрещающие использование контрацепции, а также нежелание мужа в связи с затруднениями в получении сексуального удовлетворения. 70,2% опрошенных женщин состоят в зарегистрированном браке и работают, в 15,4% случаев — в браке не состоят, 7,1% — разведены, 0,8% — вдовы, а 0,7% не дали ответа на вопрос о семейном положении. Работающие женщины в 3,8 раза чаще используют методы предохранения от беременности, чем неработающие, а служащие — в 2,6 раза чаще, чем работницы. К причинам недостаточного использования противозачаточных средств следует отнести и то, что некоторые работники здравоохранения недостаточно осведомлены о методах предохранения от беременности, особенно среди кормящих матерей и женщин, находящихся в позднем репродуктивном возрасте, а также у лиц, подверженных высокому риску развития заболеваний, передающихся половым путем, включая СПИД.

Большая роль в сохранении репродуктивного здоровья принадлежит планированию семьи. В Практическом руководстве «Основы репродуктивной медицины», изданном под редакцией проф. В.К. Чайки (2001), констатируется, что репродуктивное здоровье женщины сохранить и улучшить возможно только при дальнейшем развитии службы планирования семьи, увеличении распространения современных высокоэффективных методов контрацепции, снижении числа незапланированных беременностей.

Планирование семьи (ПС) является правом каждого человека. Право на планирование семьи подразумевает возможность свободного и осознанного решения вопроса о деторождении. Нежелательные беременности, заканчивающиеся абортами, так же, как и рождение незапланированных детей, представляют значительную социальную и медицинскую проблему. Право на планирование семьи закреплено документами ООН: Всеобщей декларацией ООН по правам человека (Тегеран, 1968), Декларацией социального прогресса и развития (1968). Все документы были ратифицированы нашей страной, что обязывало государство при-

знать правовой статус планирования семьи и способствовать созданию доступной и эффективно работающей службы планирования семьи (Н.Г. Гойда, 2002).

В резолюции 3-й Европейской конференции «Право на аборт и контрацепцию» (1994) было принято обращение к международным организациям и правительствам:

- признать свободу репродуктивного выбора, включая право на доступ к безопасному и легальному аборту, в качестве основного права человека;
- гарантировать для всех свободный доступ к сексуальному образованию и информации о контрацепции;
- гарантировать информированный выбор и доступ ко всему диапазону методов безопасного планирования семьи, включая стерилизацию и посткоитальную контрацепцию.

Термином «планирование семьи», согласно определению ВОЗ (1970), обозначаются те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным людям или супружеским парам избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять число детей в семье. Виды обслуживания, которые делают эту практику возможной, включают просвещение по проблемам семьи и брака, консультирование по вопросам планирования семьи, обеспечение противозачаточными средствами, а также организацию соответствующих служб.

Международный опыт работы служб планирования семьи убедительно показывает их значимость для осуществления профилактического направления в медицине, охране здоровья женщин, детей и в конечном итоге нации в целом. Программы планирования семьи содействуют укреплению семьи и рождению только желанных детей.

Выполнение Национальной программы «Планирование семьи» (1995-2000 гг.) показало огромную роль планирования семьи в сохранении репродуктивного здоровья.

Эта программа стала ориентиром для разработки местных программ с учетом демографических, религиозных особенностей и традиций населения на основе интеграции деятельности государственных служб с общественными организациями в сфере ПС (Н.Г. Гойда, 2002).

Основные положения и цели программы:

- Формирование государственных структур, которые будут заниматься планированием семьи.
- 2. Изучение медицинских и социально-гигиенических проблем планирования семьи и их внедрение в практику.
- 3. Подготовка медицинских и педагогических работников для работы в сфере планирования семьи, создание государственной системы подготовки кадров для работы в сфере планирования семьи.
- 4. Обеспечение потребностей населения в средствах контрацепции.
- 5. Предупреждение нежелательной беременности, а также уменьшение количества беременностей, связанных с высоким риском.

- Создание материальной базы для удовлетворения потребностей населения в лечении бесплодия.
- 7. Расширение современных норм взаимоотношений между мужчиной и женщиной.
- 8. Повышение демографической культуры населения.

Желаемые конечные результаты:

- 1. Обеспечить каждой семье рождение желаемого количества здоровых детей (Т.К. Иркина, 2002).
- Улучшить демографическую ситуацию и повысить сексуальную культуру населения.
- 3. Уменьшить количество абортов на 25-30% (что даст экономический эффект 330 млн. грн. в год), снизить уровень детских заболеваний и смертности на 5-6%, материнской смертности на 6-8%.
- 4. Повысить уровень духовных и моральных ценностей семьи.

Цели работы служб планирования семьи. Основная цель — это обеспечение рождения здорового и желанного потомства при сохраненном здоровье матери. Эта цель особенно актуальна, так как ежегодно в мире насчитывается 500 000 случаев материнских смертей, причем от 30 до 50% из них вызваны практикой криминального аборта (подсчитано, что 99% всех этих смертей приходится на развивающиеся страны). Наиболее высокие показатели материнской смертности в перерасчете на 100 000 живорожденных зарегистрированы в Африке — 630, в Азии — 380, Латинской Америке — 200, в Украине — 30-39. Самый высокий процент в Украине — в группе старшего возраста (после 35-40 лет), т.к. в этой группе высокий уровень соматических заболеваний, и в группе до 20 лет.

Поэтому следующей целью работы службы ПС является профилактика нежеланной (непланированной) беременности с целью снижения количества абортов (Н.Г. Гойда, 2002).

Если проводить усиленную кампанию по предоставлению услуг по ПС в этих возрастных группах, удается снизить показатели материнской и детской смертности.

Учитывая вышесказанное, можно сформулировать следующим образом основные задачи или принципы планирования семьи.

Принципы планирования семьи:

- Предупреждение беременности и родов у женщины моложе 19 и старше 35 лет.
- 2. Соблюдение интервала между родами не менее 2,5 лет.
- 3. Предупреждение беременности у женщин с экстрагенитальной патологией.
- 4. Профилактика аборта, особенно у первобеременных.

В группе женщин старше 35-40 лет установлено, что:

- материнская смертность у рожающих старше 40 лет в 5 раз выше, чем в 20-29 лет:
- частота болезни Дауна у новорожденных увеличивается скачкообразно с повышением возраста родителей;

- чаще приходится прибегать к оперативному родоразрешению, т.к. присоединяется экстрагенитальная патология;
- у первородящих старше 35 лет возрастает риск заболевания раком молочной железы; причем этот риск распространяется и на рожденных ими дочерей.

У женщин моложе 19 лет установлено:

- высокий риск осложнения беременности и родов (преэклампсия, анемия, оперативное родоразрешение);
- при раннем начале половой жизни, особенно с несколькими партнерами, увеличивается риск заболевания раком шейки матки, т.к. половая жизнь вне брака увеличивает риск заболевания ЗППП и СПИДом.

Интервалы между родами менее 2,5 лет:

- материнский организм не успевает окрепнуть между родами и новой беременностью;
- ребенку не уделяется достаточно внимания, нарушается грудное вскармливание;
- по данным ООН, при уменьшении интервала между родами менее 2 лет от 18 до 40% детей не доживают до года.

При экстрагенитальной патологии у женщин наблюдается:

- высокая материнская и детская смертность;
- риск рождения больных детей (5-7% новорожденных имеют пороки развития). По данным ООН, при профилактике беременности у этой категории женщин можно снизить материнскую смертность на 25%.

На репродуктивное здоровье влияют аборты:

- аборт в 60% случаев ведет к развитию бесплодия, невынашиванию беременности, кровотечениям, нарушениям менструального цикла, внематочной беременности;
- после абортов осложнения при беременности и в родах наблюдаются в 3 раза чаще;
- аборт в возрасте 20-24 лет в 2 раза увеличивает риск заболевания раком молочной железы.

Польза хорошо налаженной работы службы планирования семьи:

- большое экономическое значение вследствие уменьшения затрат, связанных с незапланированными и нежелательными беременностями;
- улучшение демографической ситуации;
- улучшение показателей материнской и детской смертности;
- улучшение здоровья населения;
- снижение вероятности распространения заболеваний, передающихся половым путем, и СПИДа;
- свобода выбора времени рождения и определения количества желанных детей имеет значение для материального и социального благосостояния;
- половые партнеры могут свободно наслаждаться половой жизнью, не боясь, что половой акт приведет к нежелательной беременности.

Исходя из установленной тесной взаимосвязи между репродуктивным поведением и состоянием здоровья женщины, планирование семьи следует рассматривать как один из важных путей сохранения здоровья населения.

Состояние репродуктивного здоровья зависит от состояния:

- службы планирования семьи;
- пренатального ухода;
- ухода во время родов;
- профилактики ЗППП и ВИЧ-инфекции;
- течения инфекций половых путей и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Работа службы репродуктивного здоровья слагается из нескольких аспектов.

В сфере планирования семьи:

- просвещение, профилактика ЗППП, ВИЧ-инфекции;
- лечение других урогенитальных инфекций;
- контрацепция;
- онкологический скрининг;
- пременопаузальный период;
- бесплодие.

В сфере оказания услуг в период беременности и родов:

- безопасный аборт и послеабортное обслуживание;
- пренатальный уход;
- уход во время родов;
- послеродовой уход;
- лактания.

В табл. 1 мы представляем сведения о наиболее распространенных способах контрацепции согласно данным «Фэмили Хелт Интернешнл».

При рекомендации контрацептивных средств врачи должны избегать шаблона. В то же время выбранный самой женщиной или мужчиной метод предохранения от беременности может принести больше вреда, чем пользы. Следует в значительной степени отвергнуть необоснованный, упрощенный взгляд на противозачаточные средства и считать, что как лекарство не может быть отпущено из аптеки без рецепта врача, так ни одно противозачаточное средство не может быть применено без соответствующих врачебных рекомендаций.

Контрацепция требует воспитания медицинской культуры у пациенток, так как нерегулярное, небрежное или неправильное использование средств контрацепции снижает их эффективность, которая и без того является не абсолютной.

При выборе контрацептивного средства необходимо учитывать эффективность, безопасность для конкретной пациентки, побочные эффекты, неконтрацептивные действия, обратимость метода, доступность, стоимость и другие критерии, в том числе социального, религиозного и личного характера (О.И. Линева, В.В. Павлов, 1998).

Оценочная эффективность наиболее распространенных средств контрацепции представлена нами в табл. 2.

Таблица 1

Наиболее распространенные способы планирования семьи

№	Средства	Применение
1	Комбинированные пероральные контрацептивные препараты	Количество потребителей в мире 65 млн., уменьшают риск развития рака яичников и матки (в 2 раза) при применении в течение 2-3 лет, уменьшают вероятность развития кист яичников и доброкачественных опухолей молочных желез. Не рекомендуется прием таблеток, содержащих 50 мкг и более эстрогенов
2	Мини-пили	Пероральные контрацептивные таблетки, содержащие только прогестины. Показаны женщинам с повышенным артериальным давлением, головными болями, сахарным диабетом. Количество потребителей более 18 млн.
3	Инъекционные контрацеп- тивные препараты	В состав входят депомедрооксипрогестерона ацетат (депопровера) или норэтистеронэнантат (нористерат) — около 8 млн. потребителей, в основном в Китае и Латинской Америке
4	Контрацептивные имплантаты	Имплантация шести силастиковых капсул с левоноргестрелом (норплант) под кожу плеча. Потребителей 500 тыс., в основном в Индонезии
5	Внутриматочные средства	Потребителей около 85 млн., не показаны женщинам, имеющим много половых партнеров из-за возможного развития ВЗОТ
6	Трубная окклюзия	Женская стерилизация — пересечение, лигирование маточных труб при лапароскопии. Около 120 млн. потребителей
7	Вазэктомия (мужская стерилизация)	Распространена в Китае, Индии, США, Великобритании, заключается в перевязке семенных протоков в области мо- шонки
8	Презерватив	От 45 до 60 млн. регулярных потребителей, особенно распространен в Японии
9	Цервикальный колпачок	Применяется в развитых странах, несколько млн. потребителей, производится только в Англии и России
10	Спермицидные средства	В виде кремов, пенообразующих таблеток, гелей, губок, пропитанных спермицидами и т.п.
11	Периодическая сексуальная абстиненция	Естественное планирование семьи — календарный метод, метод Биллингса, метод «Леди-тестер»
12	Прерывание полового акта	Общедоступный бесплатный метод
13	Лекарственные средства, индуцирующие менструацию	Ru-486 — антипрогестероновый препарат, исключительно для прерывания беременности ранних сроков. Доступен только во Франции
14	Медикаментозный аборт (Мифолиан и Мизоньювел)	Современная альтернатива традиционным методам прерывания беременности (эффективность 97,2%)
15	Вакуум-аспирация, кюретаж с дилатацией	Количество легальных и нелегальных абортов в год составляет 45-60 млн. Не менее 90% производится в первом триместре вакуум-аспирацией или кюретажем

 Таблица 2

 Оценочная эффективность наиболее распространенных методов планирования семьи

Метод	Теоретическая эффективностьа	Практическая эффективностьа
Аборт	100%	100%
Шеечный колпачок со спермицидом	95%	82%
Прерывание коитуса	96%	82%
Презерватив	98%	88%
Контрацептивная губка	95%	70-85%
Депо-провера	99,7%	99,6%
Диафрагма со спермицидом (желе)	97%	85-90%
Спринцевания	?b	50%b
Имплант (норплант)	99,5%	96-99% ^c
Внутриматочные контрацептивы (ВМК)	97-99%	93-96%
Лактация (кормление грудью в течение 2-х месяцев)	75%	60%
Оральный контрацептив (таблетки комбинированного типа)	99,66%	96-98%
Спермицид сам по себе (пена, желе, влагалищный суппозиторий)	97%	75-90%
Перевязка труб (мини-лапаротомия)	99,5%	99,5%
чпик	99%	99%d
Вазэктомия	99,5%	99,5%

^а Теоретическая эффективность — это эффективность метода, когда он применяется без ошибок и точно по инструкции; практическая эффективность принимает во внимание всех пользователей метода — и тех, кто пользуется им правильно (и идеально), и тех, кто проявляет небрежность.

Ведущим критерием выбора метода контрацепции является эффективность, которая оценивается с помощью индекса Перля. Индекс Перля показывает процент контрацептивных неудач при использовании метода в течение одного года на 100 женщин. Для большинства методов ожидаемая и реальная эффективность существенно различается, что напрямую связано с несоблюдением правил использования метода (табл. 3).

Кроме вышеперечисленных критериев, при выборе метода контрацепции необходим самый строгий индивидуальный подход к каждой супружеской паре в зависимости от возраста партнеров, репродуктивного анамнеза, состояния половой системы, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний с учетом психологических аспектов. Не лишним будет при назначении контрацепции напомнить о важном значении для сохранения здоровья женщины соблюдения известных интервалов между родами (не менее 3-х лет), целесообразности предупреждения беременности у женщин до 20 лет и о нежелательности наступления беременности после 40 лет (Р.А. Саидова, 2000; В.А. Товстановская, И.А. Сахарова, С.С. Демьяненко, 2002).

^b Для оценки теоретической эффективности нет сравнимых результатов тестов; практическая эффективность принимается за 50% в лучшем случае.

с Уменьшается при непрерывном использовании более пяти лет.

d В течение трех месяцев, после чего должно быть повторное введение.

Мотол уситрономичи	Индекс Перля (100 женщин/лет)		
Метод контрацепции	ожидаемый	реальный	
Норплант	0,04	0,04	
Депо-провера	0,3	0,3	
Женская стерилизация	0,2	0,4	
KOK	0,1	3,0	
BMK	0,6	0,8	
Презерватив	2,0	12,0	
Диафрагма	6,0	18,0	
Биологический метод	9,0	20,0	
Спермициды	3,0	21,0	

В табл. 4 приведены наиболее распространенные заболевания и состояния, которые непосредственно влияют на выбор контрацептива и при которых беременность является наиболее опасной (Роберт А.Хетчер и соавт., 2002).

При выборе средства контрацепции необходимо учитывать преимущества и недостатки, которые характерны для каждого метода предохранения от беременности (табл. 5).

 Таблица 4

 Выбор метода контрацепции в зависимости от заболевания/состояния женщины

Заболевание или характеристика	Безопасные и эффективные временные методы	Методы, которые нельзя использовать	Беременность особенно опасна?
1	2	3	4
Возраст моложе 16 (менархе) или старше 40 лет	Все методы, однако методы, основанные на признаках фертильности, могут оказаться неудобными в применении	Нет	Да, опасна
Грудное вскарм- ливание	Негормональные методы самые подходящие: — МЛА — Барьерные методы — Медьсодержащие ВМС Чисто прогестиновые методы, если начинать их применять не раньше чем через 6 недель после родов Методы, основанные на признаках фертильности, однако они могут оказаться неудобными в применении КОК через 6 месяцев после родов	КОК в первые 6 меся- цев грудного вскарм- ливания	
Курение	КОК, если женщина моложе 35 лет Все другие методы	КОК, если женщине 35 лет или больше	
Нет детей	Все методы	Нет	

Анатолий Яковлевич Сенчук Борис Михайлович Венцковский Ирина Борисовна Вовк Инна Александровна Доскоч

КОНТРАЦЕПЦИЯ

(возможности и опасности)



Подписано в печать 21.09.05. Формат 60х84/16. Печать офсетная. Печ. л. 14. Тираж 2000 экз. Заказ

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 Издательство «МЕДпресс-информ». 107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр.1. Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63 E-mail: office@medpress.ru, www.med-press.ru

Отпечатано в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНИТИ», 140010 г Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403. Тел. 554-21-86