

# Контрацепция

---

от менархе до менопаузы

# Contraception

---

## A Casebook from Menarche to Menopause

Edited by

**Paula Briggs**

Contraceptive Lead, Southport and Ormskirk Hospital NHS Trust, Southport, UK

**Gabor Kovacs**

Professor of Obstetrics and Gynaecology, Monash University;  
Honorary Consultant to Family Planning Victoria, Melbourne, Victoria, Australia

**John Guillebaud**

Emeritus Professor of Family Planning and Reproductive Health, University College London, London, UK



**CAMBRIDGE**  
UNIVERSITY PRESS

# Контрацепция

---

от менархе до менопаузы

Под редакцией

**П.Бриггс, Г.Ковача, Дж.Гиллбода**

Перевод с английского

*Под общей редакцией проф. **В.Н.Прилепской***

УДК 613.888

ББК 57.0

К65

*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.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

*Перевод с английского: В.Ю.Халатов*

**К65    Контрацепция от менархе до менопаузы / под ред. Полы Бриггс, Габора Ковача, Джона Гиллбода ; пер. с англ. ; под общ. ред. проф. В.Н.Прилепской. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 352 с. : ил.  
ISBN 978-5-00030-227-9**

Авторы книги – ведущие специалисты Европы и Австралии в области репродуктивного и сексуального здоровья. Она читается с большим интересом начиная с описания истории развития контрацепции и заканчивая современными методами и средствами контрацепции и прерывания беременности. Здесь рассмотрены также первичная помощь при недостаточности репродуктивной функции, диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем, вопросы, связанные с сексуальным насилием, развенчаны бытующие среди людей мифы и заблуждения о половой жизни, зачатии и контрацепции, освещены новые методы стерилизации женщин и мужчин.

Книга написана для специалистов в области репродуктивной медицины, врачей женских консультаций, а также врачей первичного звена, медицинских сестер и студентов-медиков. Усилия авторов будут способствовать снижению числа незапланированных беременностей, доля которых пока еще весьма велика.

УДК 613.888

ББК 57.0

ISBN 978-1-107-61466-6

ISBN 978-5-00030-227-9

© Cambridge University Press 2013

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2015

# Содержание

Соавторы 6

Предисловие 8

Об этой книге 9

Предисловие к изданию  
на русском языке 10

Список сокращений 12

- 1 **Что ожидают женщины от средств контрацепции и что мы можем предложить им** 13  
Johannes Bitzer
- 2 **Мифы и заблуждения о половой жизни, зачатии и контрацепции** 22  
Rik H. W. van Lunsen
- 3 **История контрацепции** 36  
Lesley Smith
- 4 **Физиология менструального цикла и естественное планирование семьи** 47  
Gabor Kovacs, Paula Briggs
- 5 **Эстрогенный компонент современных стероидных контрацептивов** 58  
David Crook
- 6 **Риск, связанный с включением эстрогенов в контрацептивные препараты** 67  
Sven O. Skouby
- 7 **Прогестагены, включаемые в контрацептивные средства** 80  
Susanna Hall, Ailsa E. Gebbie
- 8 **Консультирование по вопросам контрацепции** 100  
Caroline Harvey, Kathleen McNamee, Deborah J. Bateson
- 9 **Менархе и связанные с ним проблемы** 116  
Mary Hermon, Victoria Sephton
- 10 **Контрацепция подростков** 134  
Kathy French
- 11 **Контрацепция в 20 с небольшим** 147  
Paula Briggs

- 12 **Контрацепция тех, кому за 30** 156  
Anne Szarewski
- 13 **Контрацепция тех, кому за 40** 163  
Sunanda Gupta, Ali A. Kubba
- 14 **Контрацепция тех, кому за 50** 176  
Marie-Odile Gerval,  
Nicholas Panay, Paula Briggs
- 15 **Каков риск заболеть раком при гормональной контрацепции?** 192  
Philip C. Hannaford, Lisa Iversen
- 16 **Новые методы стерилизации женщин** 207  
Gabor Kovacs, Paula Briggs
- 17 **Стерилизация мужчин** 216  
Tina Peers, Tony Feltbower
- 18 **Экстренная контрацепция** 230  
Anne Connolly, Lynne Garforth
- 19 **Что необходимо знать об инфекциях, передающихся половым путем, и о тазовой боли?** 244  
Mike Abbott
- 20 **Медикаментозное прерывание беременности** 259  
Kristina Gemzell-Danielsson
- 21 **Хирургический метод прерывания беременности** 274  
Kate Guthrie
- 22 **Роль врача первичного звена в лечении бесплодия. Что должен знать специалист о вспомогательных репродуктивных технологиях** 284  
Gabor Kovacs
- 23 **Изнасилование** 302  
Catherine White
- 24 **Перспективы развития контрацепции** 320  
Jean-Jacques Amy

Алфавитный указатель 334

# Соавторы

**Mike Abbott**, MB ChB, FRCP, Dp Bact, Dp Ven, Dip Psychosex Ther  
Consultant in Sexual Health and HIV  
Medicine, Department of Genitourinary  
Medicine, Southport and Formby District  
General Hospital, Southport, UK

**Jean-Jacques Amy**, MD, DTM  
Emeritus Professor of Obstetrics and  
Gynaecology, Vrije Universiteit, Brussels,  
Belgium

**Deborah J. Bateson**, MA(Oxon), MSc,  
MB\BS  
Medical Director, Family Planning New  
South Wales, Ashfield, New South Wales,  
Australia

**Johannes Bitzer**, MD  
Chairman, Department of Obstetrics  
and Gynaecology, University Hospital  
Basel, President of the European Society  
of Contraception, Basel, Switzerland

**Paula Briggs**, MB ChB, MRCGP,  
FFSRH, Dip Ven, DMJ(Clin), Dip  
Gynaecology Contraceptive Lead,  
Southport and Ormskirk Hospital NHS  
Trust, Southport, UK

**Anne Connolly**, MB ChB Bham,  
DRCOG, MRCGP, DFSRH, Dip Gynae,  
GPSI Gynae  
The Ridge Medical Practice, Bradford, UK

**David Crook**, PhD  
Senior Research Fellow, University  
of Brighton, Brighton, UK

**Tony Feltbower**, MB BChir, DRCOG,  
AFOM, CUEWcert  
Westminster Road Medical Services Ltd,  
Coventry, UK

**Kathy French**, RN, BSc Hons, PhD,  
MPhil, PG Dip IP, Cert Ed

Nurse Advisor, London Sexual Health  
Programme, London Specialized  
Commissioning, London, UK

**Lynne Garforth**, BSc Hons PG Dip IP  
Primary Care Pharmacist, Medicines  
Management Service, Liverpool  
Community Health NHS Trust, Liverpool,  
UK

**Ailsa E. Gebbie**, MB ChB, FRCOG,  
FFSRH, FRCP(Ed)  
Consultant Gynaecologist, Chalmers  
Centre, Edinburgh, UK

**Kristina Gemzell-Danielsson**, MD, PhD  
Professor of Obstetrics and Gynaecology,  
Karolinska Institutet and Karolinska  
University Hospital, Stockholm, Sweden

**Marie-Odile Gerval**, MB BS  
Clinical Research Fellow, Imperial  
College London, London, UK

**John Guillebaud**, MA, FRCSE, FRCOG,  
MFFP  
Emeritus Professor of Family Planning  
and Reproductive Health, University  
College London, London, UK

**Sunanda Gupta**, FRCOG, FFSRH  
Consultant in Contraception and  
Reproductive Health Care, Royal  
Wolverhampton NHS Trust,  
Wolverhampton, UK

**Kate Guthrie**, MD, FRCOG, FFSRH  
Clinical Director, Hull and East Riding  
Sexual and Reproductive Health Care  
Partnership, Hull, UK

**Susanna Hall**, MB ChB, MRCOG,  
FFSRH  
Speciality Trainee in Sexual and  
Reproductive Health Care, Bristol Sexual  
Health Services, Bristol, UK

**Philip C. Hannaford**, MD, FRCGP

Professor of Primary Care, Centre of Academic Primary Care, University of Aberdeen, Aberdeen, UK

**Caroline Harvey**, MB BS(Hons), MPM

Medical Director, Family Planning Queensland, Brisbane, Queensland, Australia

**Mary Hernon**, BSc, MB ChB, MRCOG, DFSRH Dip

Paediatric and Adolescent Gynaecologist, Alder Hey Hospital, Liverpool, UK

**Lisa Iversen**, BSc, MSc, PhD Research Fellow, Centre of Academic Primary Care, University of Aberdeen, Aberdeen, UK**Gabor Kovacs**, MB BS(Hons), MD, FRCOG, FRANZCOG, CREI

Professor of Obstetrics and Gynaecology, Monash University and Honorary Consultant to Family Planning Victoria, Melbourne, Victoria, Australia

**Ali A. Kubba**, MB ChB, FRCOG, FFSRH

Consultant Community Gynaecologist, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

**Kathleen McNamee**, MB BS, FRACGP,

Dip Ven, Grad Dip Epi Bio, MEpi Medical Director, Family Planning Victoria and Adjunct Senior Lecturer, Department of Obstetrics and Gynaecology, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia

**Nicholas Panay**, BSc, MRCOG, MFFP

Consultant Gynaecologist, Queen Charlotte's and Chelsea and Westminster Hospitals and Honorary Senior Lecturer, Imperial College London, London, UK

**Tina Peers**, MB BS, DRCOG, DFSRH, FFSRH, BCAM

Consultant in Sexual Health and Reproductive Health Care and Clinical Director of Sexual Health Services, Surrey, UK

**Victoria Sephton**, MRCOG

Consultant Obstetrician and Gynaecologist, Warrington and Halton NHS Trust and Clinical Director, Brook, Liverpool, UK

**Sven O. Skouby**, MD, DMSc

Director of the Endocrinological and Reproductive Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Denmark, and Department of Thrombosis Research, Esbjerg, University of Southern Denmark

**Lesley Smith**

Curator of Tutbury Castle, Staffordshire, UK

**Anne Szarewski**, MB BS, DRCOG, PhD, FFSRH

Clinical Senior Lecturer, Queen Mary University of London and Associate Specialist, Margaret Pyke Centre, London, UK

**Rik H. W. van Lunsen**, MD, PhD

Head of Department of Sexology and Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

**Catherine White**, MB ChB, FFFLM, MRCGP, DMJ, DRCOG, DCH, DFFP

Clinical Director, St Mary's Sexual Assault Referral Centre, Manchester, UK

# Предисловие

Рассматривая полки с новыми и интересными материалами по контрацепции, я ищу книгу, которая отличалась бы полнотой материала, корректностью и лаконичностью изложения, которая могла бы увлечь читателя и дать ему что-то новое. «*Контрацепция от менархе до менопаузы*» отвечает таким критериям.

Авторы глав прекрасно понимают, что есть что в современной контрацепции, описываемые методы и средства подаются в интересной, легкой для восприятия форме. Как можно судить по названию книги, в ней имеются разделы, посвященные различным методам контрацепции, доступным в XXI столетии. Однако редакторы не уклонились от рассмотрения проблемных и трудных вопросов, с которыми нам приходится сталкиваться в повседневной жизни, включив в книгу главы, посвященные таким темам, как сексуальное насилие и психологические аспекты, ассоциированные с полом.

Профессиональные работники первичного медицинского звена, регионарных и специализированных медицинских учреждений, наблюдая пары, которые обращаются за советом по вопросам контрацепции, обнаружат, что подход, основанный на описании отдельных случаев, дополненный главами, посвященными незапланированной беременности и абортam, помогает объяснить, почему более 40% – почти 100 миллионов в год – беременностей в мире все еще остаются незапланированными.

Мы являемся свидетелями выдающихся достижений в области гормональной контрацепции, тем не менее, супружеские и партнерские пары все еще затрудняются в выборе лучшего метода, который бы наиболее соответствовал их образу жизни. С просьбой о назначении противозачаточных таблеток обращаются часто, и это создает ложное впечатление, что люди хорошо информированы в вопросах выбора средств контрацепции, и затрудняет объективное представление о том, насколько еще распространены мифы и заблуждения относительно предохранения от беременности. Когда у нас появляются дети, наши потребности меняются, однако исследования последних лет показывают, что на выбор подходящей обуви женщины тратят больше времени, чем на выбор метода контрацепции. В наши дни женщины рожают первого ребенка ближе к 30 годам и нуждаются в применении контрацептивных средств в течение, по меньшей мере, 30 лет жизни. Поэтому знание и понимание методов контрацептивных средств очень важно, оно позволяет рассеять мифы, помогает сделать правильный выбор и добиться того, чтобы каждый рождающийся ребенок был желанным.

Авторы заслуживают благодарности за написание книги со столь практичным подходом к назначению контрацепции начиная от менархе и заканчивая менопаузой. В эту книгу мы можем погрузиться в поисках совета и, вооружившись последними фактическими данными, обеспечить качественную заботу о сексуальном здоровье.

*Diana Mansour, MB BCh, FRCOG, FFSRH, DIPM*

*Consultant in Community Gynaecology and Reproductive Health Care, Head of Sexual Health Services, Newcastle Hospitals Community Health, New Croft Centre, Newcastle upon Tyne, UK*



## Об этой книге

В этой книге, написанной для специалистов в области репродуктивной медицины, представлен подробный обзор современных медицинских данных, связанных с вопросами планирования семьи. В ней освещены история развития контрацепции, современные методы контрацепции и прерывания беременности, включая аборт, оказание первичной помощи при недостаточности репродуктивной функции, приведены сведения об инфекциях, передающихся половым путем, и рассмотрены вопросы, связанные с сексуальным насилием.

Уникальность данной книги обусловлена следующими двумя обстоятельствами: во-первых, в ней рассматривается оказание помощи женщинам в различные периоды жизни, во-вторых, большинство глав книги начинаются с описания случаев, которые могут иметь место в жизненной ситуации читателя. Несмотря на то что вопросам контрацепции посвящено много книг, цель авторов данной книги состояла в том, чтобы предоставить источник, которым могли бы пользоваться не только специалисты, но и врачи, консультирующие по вопросам сексуального здоровья, врачи первичного звена и практикующие медицинские сестры. Книга будет весьма полезной и для студентов, которые интересуются вопросами репродуктивного и сексуального здоровья. Она легко читается от начала и до конца, но начать знакомство с ней можно с любой главы, которая вас интересует.

Все три редактора книги – опытные педагоги, увлеченные своей профессией. В этой книге они пытаются поделиться своим энтузиазмом и знаниями, но что особенно важно, они хотели сделать книгу, которая бы доставила радость читателю.

Успех этой книги связан с выдающимся талантом ее авторов, являющихся ведущими специалистами в области репродуктивного здоровья в Европе и Австралии.

# Предисловие к изданию на русском языке

Эта книга посвящена актуальной проблеме современного общества – проблеме планирования семьи, желанной и нежеланной беременности и ее медицинским, социальным, правовым и другим аспектам. В настоящее время гормональные методы контрацепции применяют сотни миллионов женщин, но более 40% беременностей в мире все еще являются unplanned и составляют почти 100 млн беременностей в год. Рациональная контрацепция – одно из решений этой проблемы.

В книге, относительно небольшой по объему, авторы охватили, по существу, все аспекты столь многогранной проблемы, как контрацепция. Освещены практически все современные методы контрацепции, рассмотрены показания и противопоказания к применению барьерных и различных других контрацептивных средств (таблетки, пластыри, влагалищное кольцо, внутриматочные средства, плановая, экстренная контрацепция).

В наши дни женщины рожают первого ребенка позже, чем в прошлые годы, и применяют контрацептивные средства в течение, по меньшей мере, тридцати лет жизни. В России искусственный аборт до сих пор является основным методом регуляции рождаемости, а применение современных контрацептивных средств невелико. Опросы, проведенные среди врачей, показали, что лишь немногие из них имели правильное представление о механизме действия гормональных контрацептивов, а треть врачей вообще не знали о благоприятных защитных эффектах комбинированных оральных контрацептивов. Недостаточная информированность ограничивает доступность современных методов контрацепции, являясь причиной выбора аборта как метода регуляции рождаемости. Более половины молодых женщин, перенесших аборт, в дальнейшем продолжают сексуальные контакты без использования надежной контрацепции, что свидетельствует о низком уровне просветительской работы среди населения.

Это говорит о необходимости постоянного просвещения всех слоев населения. Книга «Контрацепция от менархе до менопаузы» отличается своей доступностью и интеллигентным стилем изложения.

Достаточно прочитать о мужской контрацепции, чтобы не только понять суть методов, но и проникнуться уважением к мужчинам, которые берут на себя заботу об этой стороне семейной жизни. В будущем это направление будет более приемлемо с разработкой медикаментозных методов мужской контрацепции.

Глава об истории развития контрацепции открывает нам порой драматичный путь создания современных методов и средств контрацепции, способствуя целостному восприятию данной проблемы.

В книге уделено внимание консультированию женщин, чтобы понять, как пациентка воспринимает контрацепцию, каких побочных эффектов особенно боится, каковы условия ее жизни в семье и т.д. Для одних женщин прибавка в весе как возможное побочное действие гормональных контрацептивов может оказаться неприемлемой, в то время как аменорея – желанной.

Для других приемлемыми считаются аменорея или нерегулярные маточные кровотечения. Если врач не до конца поймет, чего хочет женщина, случаи прекращения контрацепции будут наблюдаться очень часто; если же ее жизненные установки и пожелания соответствуют рекомендациям врача, то она будет удовлетворена методом контрацепции и станет применять его длительно.

В книге доступно, прекрасным языком описаны преимущества и недостатки различных видов контрацепции. Дана критическая оценка всех новых методов, в том числе стерилизации, включая лапароскопическую и гистероскопическую, их преимуществ и недостатков.

В целом книга с научной и практической точки зрения представляет большой интерес, оригинальна по построению материала и его изложению и будет полезна для врачей акушеров-гинекологов, репродуктологов, гинекологов и ряда других специалистов.

*Профессор В.Н.Прилепская*

## Что ожидают женщины от средств контрацепции и что мы можем предложить им

Johannes Bitzer

Каким бы ни был метод или средство контрацепции, его применение всегда связано с желанием отделить сексуальную функцию от репродуктивной и таким образом защититься от нежелательной беременности. Второе желание, которое также носит универсальный характер, состоит в том, чтобы применяемый метод контрацепции был безопасен, т.е. чтобы здоровье женщины, которая практикует контрацепцию, не пострадало и ему не грозила опасность (1, 2)\*. Помимо того что эти два желания могут противоречить друг другу (максимальное повышение эффективности контрацептивного средства снижает возможность обеспечения максимальной безопасности), а приоритет того или иного из них существенно зависит от индивидуальных мотивов, имеются и многие другие желания, осуществление которых женщина связывает с приемом контрацептивов, о чем свидетельствуют приведенные ниже примеры.

*Дороти 17 лет недавно полюбила своего одноклассника Роберта. В его присутствии она испытывает сильное смущение, на вечеринке они танцевали, тесно прижавшись друг к другу, и когда он целовал ее, у нее появились ощущения, которые она ранее никогда не испытывала. Она хотела его, и Роберт знал, что ее влечет к нему. Но мысль о том, что она может забеременеть, вселяла в нее, еще школьницу, ужас, так как это расстроило бы все ее мечты стать врачом или учительницей. Ей нужно было контрацептивное средство, которому она бы полностью доверяла. Это желание было преобладающим.*

*Ее подруга Лайза уже вступила в половую связь с Джоном. Лайза была очень озабочена состоянием своей кожи и своей внешностью, так как Джон резко прекратил встречаться с ней. Она хотела избавиться от всех этих мелких прыщей и вновь выглядеть сексуальной. Конечно, она не хотела забеременеть, у нее было большое желание выглядеть привлекательной, и она надеялась вернуть Джона.*

*Лиз ровесница Лайзы и живет в другом городе. Совсем недавно она узнала, что у девушки ее возраста, которая принимала такие же контрацептивные таблетки, как она, развился тромбоз, приведший к сердечно-сосудистой недостаточности, что потребовало проведения реанимации. Несмотря на то что девушку удалось спасти, она осталась глубоким инвалидом. Это сообщение привело Лиз в ужас. Она сейчас же прекратила принимать таблетки и стала искать средство контрацеп-*

\* Здесь и далее – цифрами в круглых скобках обозначены источники литературы, приведенные в конце глав.

ции, которое не было бы связано с риском подобного осложнения и вообще было лишено всякого риска для здоровья.

*Лесли 33 года. Она замужем за Фрэнком уже 10 лет и у них двое детей. Они ладят друг с другом. Секс понемногу превращается в рутину. Она прибавила в весе, что сильно ее озадачивает. У ее матери недавно диагностировали рак молочной железы. Она больше не планирует иметь детей, но еще больше ей не хочется полнеть и заболеть, как и ее мать, раком молочной железы. Ей хотелось вновь испытывать половое влечение к мужу и как прежде чутко отвечать на его ухаживания.*

*Зефире сейчас 35 лет. У нее четверо детей и она хотела бы немного отдохнуть от забот, связанных с ними. Она мусульманка и ведет довольно строгий образ жизни, предписываемый нормами ислама. Она особенно опасается возможного изменения менструального цикла и во что бы то ни стало хочет, чтобы метод контрацепции не повлиял на его естественное течение и, что важно, не вызвал неожиданного кровотечения или мажущих выделений, что помешало бы ей молиться и выполнять супружеские обязанности.*

*Ивонн – одинокая преуспевающая деловая женщина. Она бежит на длинные дистанции и даже начала заниматься женским троеборьем. Менструации досаждают ей и не дают достичь той степени активности, которую она желает. Ей неприятны эти «кровавые дела», и она вычитала где-то, что менструации – это пережиток прошлого.*

*Карле 17 лет. Ей приходится оставаться дома, когда начинаются эти ужасные приступы боли, связанные с менструацией. Они негативно сказываются на ее успеваемости в школе; ей приходится воздерживаться от всякой физической активности и лежать в постели, принимая болеутоляющие таблетки и прикладывая грелку к животу.*

Как можно видеть из приведенных примеров, нет простого ответа на вопрос «Что бы хотела получить женщина от контрацептивов?», так как женщины все разные, желания у них тоже разные, и даже у одной и той же женщины эти желания неодинаковы в разные периоды жизни.

Рассматривая вопрос в свете результатов популяционных исследований и пытаясь осмыслить литературные данные по этой теме, мы сочли целесообразным разделить женщин на две большие группы в зависимости от того, что бы они хотели получить от контрацептивного средства.

## **Пожелания, общие (почти) для всех женщин**

### **Эффективность**

Как упоминалось выше, чаще всего женщины хотят, чтобы метод контрацепции был эффективным. Женщинам нужна 100% эффективность. Для тех, кто практикует контрацепцию, это желание естественно и логично.

Это почти исполнимое желание, так как эффективность современных методов контрацепции приближается к 100%. Столь высокий показатель до-

стигается в результате нарушения нормальной физиологии репродуктивной системы применяемыми методами контрацепции (подавление овуляции, блокирование способности сперматозоидов к оплодотворению, задержка созревания эндометрия и т.д.), т.е. такие методы контрацепции являются по существу «неестественными». Некоторые женщины хотят, чтобы метод контрацепции был высокоэффективен, но не нарушал нормальную физиологию репродуктивной системы или вызывал лишь незначительные изменения – желание, которое на сегодняшний день невозможно удовлетворить. Важно учитывать эти пожелания женщин при оказании консультативной помощи и объяснении механизма рекомендуемого метода контрацепции.

Некоторые женщины не претендуют на абсолютную эффективность метода контрацепции и согласны на некоторый риск или хотят сохранить какой-то шанс наступления беременности (3, 4). Возможно, это связано с конфликтом между осознанным желанием контрацепции и эмоциональным желанием чувствовать себя фертильной. Мы не проводили исследования частоты упомянутого внутреннего конфликта, но, по практическим соображениям, представляется важным в этой дилемме придерживаться стороны высокой эффективности контрацепции (5, 6).

## Безопасность

Можно полагать, и это подтверждается исследованиями, что все женщины, практикующие контрацепцию, хотят, чтобы она была безопасной и не представляла какой-либо угрозы для здоровья (1, 2, 4, 5). Это естественное желание женщин независимо от страны проживания и культурной принадлежности.

Однако имеются весьма значительные индивидуальные различия приемлемости риска, учитывая, что он может иметь различную природу и степень.

## Примеры

- Приемлемость сердечно-сосудистого риска по сравнению с риском развития рака молочной железы, по-видимому, более высокая. Женщины, особенно в индустриальных странах западного мира, больше опасаются онкологического заболевания, чем сердечно-сосудистой патологии, несмотря на то что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний более высокая. Это объясняется общепринятым представлением о раке, и различиями в эмоциональном восприятии этих заболеваний, которые меняются в зависимости от возраста, уровня образования и социально-экономического положения (7).
- Женщины (и врачи), по-видимому, испытывают трудности при дифференцировании «относительного риска» от «риска абсолютного» и обычно не имеют представления о более сложных показателях риска, таких как число лиц, подвергаемых лечению для получения одного полезного исхода, или число лиц, которые должны получить данное вмешательство, чтобы у одного пациента развился неблагоприятный исход. Если метод контрацепции повышает частоту случаев тромбоза легочной ар-

терии с 3 (среди женщин, не принимающих комбинированные оральные контрацептивы – КОК) до 6 случаев (среди тех, кто их принимает) на 10 000 женщин, то пациентки считают, что «относительный риск» равен 2 (риск удвоился) или повысился на 100%.

В зависимости от того, как представляются эти количественные данные, эмоциональная реакция на статистическую информацию оказывается различной. Риск, описанный в абсолютных цифрах, обычно лучше отражает реальную ситуацию (8).

Принимая во внимание эти факты, становится понятным, что на восприятие безопасности метода в конкретной стране и конкретном обществе существенно влияет источник информации и способ представления риска. Методы контрацепции имеют социальное представление и стереотипы, которые претерпевают изменения с течением времени и подвержены существенному влиянию отдельных событий, например случаев серьезных осложнений у молодых пациенток.

Основная проблема, связанная с удовлетворением желания безопасности метода, состоит в том, что нет эффективного метода, который был бы лишен какого-либо риска, а совершенно безопасные методы контрацепции не являются абсолютно эффективными и допускают возможность нежелательной беременности с присущим ей специфическим риском.

Это значит, что при консультировании по вопросам контрацепции желание женщины пользоваться совершенно безопасным методом удовлетворить невозможно и что важной частью такого консультирования является оценка риска. Следовательно, информируя женщину и желая помочь ей, необходимо дать ей возможность принять решение, которое в наибольшей степени отвечало бы ее интересам. Это значит также, что специалисту необходимо понять, как пациентка воспринимает риск и как формируется это восприятие, чтобы повысить уровень ее знаний и сделать ее более осведомленной (8).

### Побочные эффекты и качество жизни

Еще одно общее желание у женщин, практикующих контрацепцию, состоит в том, чтобы метод не имел побочных эффектов. Побочные эффекты состоят в изменении характера менструаций, появлении болей, связанных с ними, прибавке массы тела, изменении состояния кожи и волос, снижении и неустойчивости настроения, расстройстве сексуальной сферы и др. (9–12).

Переносимость и приемлемость побочных эффектов также носит индивидуальный характер и зависит от уровня культуры и образованности пациентки. Отметим, например, что исследования, проведенные несколько лет назад, показали, что профиль и частота побочных эффектов у женщин, принимавших контрацептивы, были сопоставимы с таковыми у принимавших плацебо (9, 10).

Приемлемость прибавки массы тела в западных странах очень низкая, в то время как аменорея имеет высокую приемлемость. В других странах

# Мифы и заблуждения о половой жизни, зачатии и контрацепции

Rik H. W. van Lunsen

## Введение

Сексуальность во все времена была окружена мифами и заблуждениями, отражающими половые нормы и ценности, принятые в тот или иной период времени и в той или иной культурной среде, которые эволюционировали по мере развития общества. Большинство этих мифов и заблуждений исходят из норм, ценностей и верований, призванных контролировать сексуальность и, в частности, женскую сексуальность. Некоторые из этих мифов даже сегодня оказывают влияние на заблуждения в повседневной медицинской практике и являются пережитками антисексуальной истории западной медицины. Одним из последствий антисексуальной истории является то, что врачи, как утверждал в 1970-х годах известный приверженец полового воспитания для студентов-медиков и врачей Harold Lief, были печально безграмотны в вопросах секса из-за отсутствия преподавания полового воспитания в медицинских школах. Несмотря на то что курсы по сексуальной медицине в большинстве медицинских образовательных учреждений являются обязательными, исследования показывают, что знания и умения врачей в области сексуального здоровья все еще недостаточны, что они не всегда расспрашивают пациенток, обращающихся за консультацией по вопросам контрацепции, о половой функции, и что пациентки с расстройством половой функции избегают говорить о них врачу, опасаясь осуждающей реакции или нравочений (1–3).

## Исторические примеры мифов о мастурбации

История мастурбации – один из ярких примеров изменяющихся верований, касающихся сексуального здоровья. Хотя в некоторых религиях мастурбация считается пороком, в наши дни ее рассматривают как часть здоровой половой жизни. Мастурбации приписывают различное положительное медицинское и физиологическое действие, и нет каких-либо доказательств, что мастурбация является психическим или физическим отклонением. В западном мире до 1700 г. мастурбация по существу не осуждалась; художниками того времени, например Рембрандтом, были написаны без каких-либо последствий картины, изображающие мастурбирующих юношей. Примерно в 1700 г. вышел анонимный труд под названием *Onania*, в котором мастурбация считалась причиной психических и физических заболеваний. В 1758 г. к этому



труду присоединился трактат Тиссо «*Онанизм, или Трактат о расстрой-ствах, вызываемых мастурбацией*», который в течение столетия несколько раз переиздавался. Во второй половине XIX в. в медицинских журналах Европы и США этому «тайному пороку» приписывали почти все мыслимые заболевания и состояния.

В случаях, касающихся мужского онанизма, превалировали высказывания, что потеря спермы угрожает нормальной деятельности мозга и нервной системы. В 1848 г. заведующий Массачусетским приютом для умалишенных, который придерживался такого же мнения, в своем годовом отчете заявил, что причиной психического расстройства у 32% поступивших были «искусственно вызываемые поллюции». Поскольку потерю спермы считали реальной угрозой, то и ночную поллюцию рассматривали как опасность. Для предупреждения мастурбации и ночных эякуляций был создан ряд механических устройств, таких как смирительные рубашки, генитальные сетки, кольца для полового члена с остриями на внутренней поверхности. Мужчин, движимых чувством вины и признававшихся в совершении мастурбации, лечили, например, веществами кожно-нарывного действия, растворами кислот, кровопусканиями, выполняли им циркумцизию и даже кастрацию.

Мастурбацию у женщин рассматривали как еще большее зло. Это объясняется тем, что со времен Средневековья женщина считалась «неистовым вулканом страсти» из-за способности матки всасывать сперму. Суть жестокого полового поведения мужчины состоит в обуздании опасной женской сексуальности, считавшейся «исчадием похоти, которая обрекает мужчин на адские муки всякий раз, когда ей дается возможность реализоваться» (4). С другой стороны, женщины Викторианской эпохи, особенно принадлежавшие к среднему и высшему сословию, рассматривались как утонченные, чувствительные, хрупкие и эмоциональные создания («*dégénérés supérieurs*»), и многие из заболеваний, которыми они страдали, особенно заболевания половых органов и головного мозга, считались прямо или опосредованно связанными с мастурбацией. Британский врач Isaak Baker Brown добился успеха в лечении эпилепсии и других заболеваний нервной системы у женщин путем выполнения клиторэктомии. Медицинская мысль конца XIX в. рассматривала гистерэктомия как метод выбора в лечении таких «извращений», как мастурбация и сексуальная распущенность, которые считали глубинными проявлениями истерии.

В США последний случай выполнения клиторэктомии девочке пяти лет с целью излечения от привычки мастурбировать был зарегистрирован в 1948 г. (5). И хотя Havelock Ellis еще в 1897 г. усомнился в концепции Тиссо, опрос, проведенный в 1959 г. среди студентов, заканчивающих медицинскую школу, показал, что примерно половина из них все еще считает мастурбацию частой причиной душевных расстройств. Миф о том, что мастурбация может привести к слепоте, карликовости или волосатости рук, сохранился по сей день. В 1994 г. министру здравоохранения США Joycelyn Elders, которая заявила о необходимости придерживаться в половом воспитании позиции, что мастурбация безопасна и не является вредной привычкой, при-

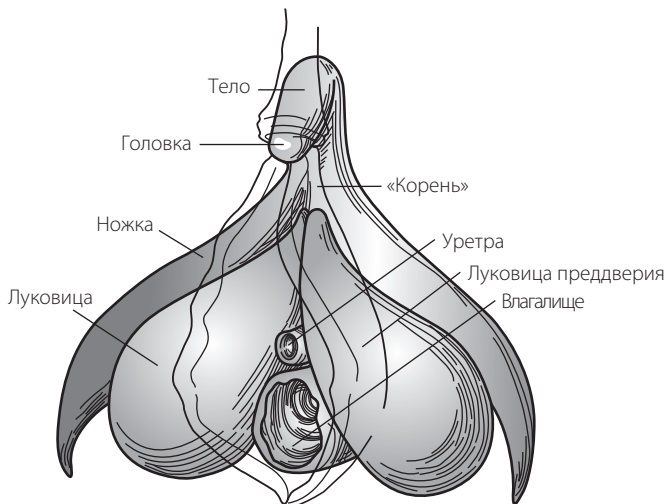
шлось уйти в отставку. Совсем недавно, в 2009 г., брошюра, опубликованная в Великобритании с целью повысить уровень полового воспитания рабочих, осведомленность их в вопросах получения полового удовлетворения и обсудить мастурбацию как привычку, которую не следует считать вредной, вызвала возмущение в прессе среди консервативно настроенной части населения и определенных религиозных групп (6).

## Половое влечение как миф

В XX в. на сексологию и сексуальную медицину оказали сильное влияние идеи Зигмунда Фрейда в начале столетия, труды Мастерса и Джонсона в 1960-х годах, вторая волна феминизма в 1970-х годах, а в 1990-х годах и в новом тысячелетии – медиализация сексуальности и «торговля болезнями», связанные с бурным развитием фармацевтической индустрии.

Идеи Фрейда о сексуальности, на которые повлияли репрессивные взгляды приверженцев христианского вероучения, основываются главным образом на концепции мужского либидо как мощного инстинкта, сравнимого по энергии и силе с инстинктом голода или жажды. Постоянное влечение, которым проявляется половой инстинкт, требует искать удовлетворения, которое, однако, может вступить в конфликт с условностями цивилизованного поведения. Функция воспитания и социализации заключается в том, чтобы обучить индивида умерять, контролировать и отгонять это влечение, не вызывая фрустрации. И если неукротимая энергия полового влечения не находит выхода, например, в другой деятельности, такой как спорт или работа, то это вызывает фрустрацию, невроз и даже психозы. Иными словами, страсть необходимо подавлять, чтобы защитить общество от хаоса, но чрезмерное подавление вызывает психическое расстройство (7). Для женщин действуют другие механизмы. Здоровая женская сексуальность отличается восприимчивостью и пассивностью, а повышенное сексуальное возбуждение также опасно и может вызвать истерию и другие психические расстройства. Фрейд не одобрял мастурбацию у взрослых, он рассматривал ее как переход от детской сексуальности к взрослой.

Мастерс и Джонсон – ученые, описавшие физиологические изменения во время сексуального ответа путем прямого наблюдения за мужчинами и женщинами, которым они предлагали в своей лаборатории достигать полового удовлетворения путем самораздражения или полового сношения. В описанном этими учеными цикле полового ответа, состоящего из четырех фаз (возбуждения, плато, оргазма и разрешения), не было места для полового влечения, потому что в их экспериментах половой акт происходил «по команде» (8). Helen Singer Kaplan показала, что у женщин превалирующим сексуальным расстройством является отсутствие полового влечения (9). После выхода в свет ее работ в цикл полового ответа была добавлена еще одна фаза – желания – линейного процесса, в котором сексуальное желание, или половое влечение, предшествует половому возбуждению. Под влиянием идей Фрейда и Kaplan на протяжении более чем ста лет либидо считалось



**Рис. 2.1** Анатомия клитора. Иллюстрация Amphis (29) к статье O'Connell и соавт. (30), адаптированная R.H.W. van Lunsen.

полового возбуждения у женщин и вновь переосмысленной в последнее время функциональной анатомии клитора (29, 30) (рис. 2.1).

Клитор состоит из трех частей. Первая часть, которую, упрощая, часто ошибочно называют собственно клитором, является головкой клитора, которая переходит в пальпируемое снаружи тело клитора. Тело клитора, поддерживаемое подвешивающей связкой клитора (*ligamentum suspensorium clitoridis*), прикрепляющейся к лобковой кости, сгибается под углом 90° и образует вторую часть клитора – корень. В эрегированном состоянии корень клитора тесно прилежит к переднему отделу преддверия влагалища и его передней стенке. Основание корня клитора соответствует месту, где предположительно располагается так называемая точка G (31), так что точка G является не чем иным, как задним отделом клитора, достигающим стенки влагалища. Это обстоятельство может положить конец бесплодным дискуссиям о том, какова природа оргазма: клиторная или влагалищная. Корень клитора расщепляется на две ножки, которые являются третьей частью клитора и соответствуют губчатому телу полового члена у мужчин. Каждая из двух ножек имеет длину 8–10 см и расположена вдоль нижней ветви лобковой кости, начиная от ее дуги. Посередине двух ножек расположены две большие луковицы преддверия влагалища, соответствующие пещеристым телам полового члена у мужчин и наполняющиеся кровью во время полового возбуждения. Луковицы преддверия влагалища служат своего рода буферными подушками, которые защищают уретру и стенку влагалища. Увлажнение влагалища во время полового возбуждения является результатом выпотевания плазмы из капилляров в наполненную кровью стенку влагалища, которая покрыта не «слизистой оболочкой», а многослойным плоским эпителием.

Функциональная анатомия клиторного комплекса свидетельствует о том, что репродуктивный орган женщины должен наполниться кровью подобно репродуктивному органу мужчины, чтобы половой акт был безболезненным и доставил удовольствие. Отсутствие полового возбуждения и застойной гиперемии клиторного комплекса при пенетрации является основным объяснением высокой частоты диспареунии, особенно у молодых женщин. Согласно результатам исследования, проведенного в Нидерландах, только у 43% женщин в возрасте до 25 лет половой акт всегда бывает безболезненным (32). Согласно шведскому исследованию, боль и дискомфорт во время полового акта женщины испытывают довольно часто, даже когда речь идет об идеальных гетеросексуальных половых сношениях, доставляющих обоюдное удовлетворение. Среди женщин, принявших участие в этом исследовании, 49% испытывали боль или неприятные ощущения в области вульвы во время половых актов, имевших место в течение месяца, предшествовавшего опросу (33, 34). У половины этих женщин такие ощущения вызывали серьезную озабоченность. Примечательно, что другая половина женщин не видела в них проблемы либо потому, что считала боль при половом акте в порядке вещей, либо, возможно, потому, что каким-то образом компенсировала отсутствие удовольствия от полового акта.

Поскольку половой акт приятен женщине, только когда она достаточно возбуждена, при половом воспитании следует уделять больше внимания тому, чтобы женщины осознали роль личностных предпосылок для достижения достаточного полового возбуждения. Для получения полового удовлетворения женщина должна уметь эффективно обмениваться этими предпосылками и лучше контролировать момент пенетрации. Миф о том, что женщина всегда может вступить в половой акт и что боль – нормальный спутник полового акта, – наиболее значительное заблуждение, которое необходимо преодолеть.

## Литература

1. Fayers T, Crawley T, Jenkins JM, Cahill DJ. Medical student awareness of sexual health is poor. *Int J STD AIDS* 2003; 14: 386–9.
2. Sobecki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of US obstetricians/gynecologists. *J Sex Med* 2012; 9: 1285–94.
3. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C. Sexual problems and help seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int* 2008; 101: 1005–11.
4. Shorter E. *A History of Women's Bodies*. New York, NY: Basic Book Inc., 1982: pp. 12–13.
5. Duffy J. Masturbation and clitoridectomy: a nineteenth-century view. *JAMA* 1963; 19: 246–8.
6. The Centre for HIV and Sexual Health NHS. *Pleasure: a booklet for workers on why and how to raise the issue of sexual pleasure in sexual health work with young people*. Sheffield, UK: The Centre for HIV and Sexual Health NHS, 2009.
7. Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Wien, Germany: Verlag Franz Deuticke, 1905.

8. Masters WH, Johnson VE. *The Human Sexual Response*. Boston, MA: Little and Brown, 1966.
9. Kaplan HS. *The New Sex Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1974.
10. Damasio A. *Looking for Spinoza: joy, sorrow, and the feeling brain*. Orlando, FL: Harcourt Inc., 2003.
11. Laan E, Van Driel E, van Lunsen RHW. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med* 2008; 5: 1424–35.
12. Janssen E, Bancroft J. The dual control model: the role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In Janssen E. (ed.) *The Psychophysiology of Sex*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2007: pp. 197–222.
13. Both S, Everaerd W, Laan E. Desire emerges from excitement. A psychophysiological perspective on sexual motivation. In Janssen E. (ed.) *The Psychophysiology of Sex*. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2007: pp. 327–39.
14. Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. *Adv Psychosom Med* 2011; 31: 16–34.
15. Petersen JL, Hyde JS. A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychol Bull* 2010; 136: 21–38.
16. Meuleman E, van Lankveld J. Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU Int* 2005; 95: 291–6.
17. Bancroft J, Graham CA. The varied nature of women’s sexuality: unresolved issues and a theoretical approach. *Horm Behav* 2011; 59: 717–29.
18. Bachmann G, Bancroft J, Braunstein G, et al. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil Steril* 2002; 77: 660–5.
19. Wierman ME, Basson R, Davis SR, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 3697–710.
20. Traish A, Guay AT, Spark RF and the Testosterone Therapy in Women Study Group. Are the Endocrine Society’s clinical practice guidelines on androgen therapy in women misguided? *J Sex Med* 2007; 4: 1223–35.
21. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med* 2012; 9: 2213–23.
22. Lottes IL. Sexual health policies in other industrialized countries: are there lessons for the United States? *J Sex Res* 2002; 39: 79–83.
23. van Lunsen RHW, Laan ETM, Brauer M. Sex, pleasure and dyspareunia in liberal Northern Europe. In Hall K, Graham C. (eds) *The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: psychotherapy with diverse clients*. New York, NY: Routledge, 2012: pp. 356–70.
24. Diamond M, Jozifkova E, Weiss P. Pornography and sex crimes in the Czech Republic. *Arch Sex Behav* 2011; 40: 1037–43.
25. van Moorst BR, van Lunsen RHW, van Dijken DKE, Salvatore CM. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012; 17: 93–105.
26. van Lunsen RHW, Laan ETM, van Dalen L. Contraception and sexuality. In Milsom I. (ed.) *Contraception and Family Planning*. Philadelphia, PA: Elsevier, 2006: pp. 5–19.
27. Harrison AT, Gavin L, Hastings PA. Prepregnancy contraceptive use among teens with unintended pregnancies resulting in live births – pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61: 25–9.

28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Over-the-counter access to oral contraceptives. Committee Opinion No. 544. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1527–31.
29. Amphis. Clitoris anatomy. Drawing free for public domain. [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Clitoris\\_anatomy\\_unlabeled.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Clitoris_anatomy_unlabeled.jpg) (accessed 18 March 2013).
30. O'Connell HE, Eizenberg N, Rahman M, Cleeve J. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med* 2008; 5: 1883–91.
31. Foldes P, Buisson O. The clitoral complex: a dynamic sonographic study. *J Sex Med* 2009; 6: 1223–31.
32. De Graaf H, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. Seks onder je 25°. *Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft, the Netherlands: Uitgeverij Eburon, p. 63.
33. Elmerstig E, Wijma B, Sandell K, Berterö C. 'Sexual pleasure on equal terms': young women's ideal sexual situations. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2012; 33: 129–34.
34. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstet Gynecol* 2009; 88: 98–103.

## История контрацепции

Lesley Smith

В глубине одного из залов Египетского музея в Каире находится стеклянная витрина. В ней выставлены многочисленные экспонаты, среди которых под номером 745 значится небольшой пальцевидный льняной мешочек с прикрепленными к нему двумя шнурками для завязывания вокруг талии для удержания его на месте. Этот отнюдь не броский предмет, найденный в гробнице Тутанхамона, у случайного посетителя вряд ли вызовет какой-либо особый интерес по сравнению с другими экспонатами гробницы. Окруженный золотыми фигурами, драгоценными маслами и династическим царским ложем, этот маленький сморщенный кусок материи мог легко затеряться во время раскопок, которые потрясли мир. К счастью, он был сохранен и справедливо считается одной из самых интересных находок, а с медицинской точки зрения является просто сокровищем.

Полагают, что этот кусок льняной ткани является презервативом и выставлен Египетским музеем именно как презерватив. Более того, если ученые не ошибаются, это самый ранний презерватив, который найден или описан на сегодняшний день. Однако здесь следует оговориться, что этот презерватив применялся не для контрацепции, а для профилактики заболеваний. Кроме того, вовсе не обязательно, что он предназначался для использования фараоном в загробной жизни, так как погребальные предметы оставались также для того, чтобы ими пользовались слуги, сопровождавшие фараона в его посмертном путешествии в потусторонний мир (1). Некоторые ученые полагают, что этот предмет, возможно, является формой ритуальной одежды, а не презервативом, и, конечно же, других доказательств существования презервативов в эту раннюю эпоху нет.

Тутанхамон правил Египтом в период между 1332-м и 1323 годом до н.э., но имеются и более ранние свидетельства контрацепции в стране фараонов. В 1889 г. английский археолог Flinders Petrie, проводя раскопки вблизи современного египетского города Лехун, обнаружил папирусы. Это, по существу, самые древние из известных медицинских текстов любого рода, один из которых датируется 1825-м годом до н.э., т.е. был написан примерно за 500 лет до эпохи правления Тутанхамона. Мы можем не сомневаться в возрасте этого папируса, потому что некто, возможно, врач проставил на обратной стороне папируса 29-й год царствования фараона Аменемхета. Некоторые из текстов этой коллекции, возможно, древнее. Самый объемный папирус с текстом, полностью относящимся к врачеванию женщин, в наши дни известен как «кахунский гинекологический папирус» (он хранится в Лондонском универ-