

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРЕНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
ФГБОУ ВО «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

СОГЛАСОВАНО

Ректор ФГБОУ ВО БГМУ
член. корр. РАН
профессор В.Н. Павлов

« __ » _____ 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения
Республики Башкортостан
профессор А.А. Бакиров

« __ » _____ 2017 г.

ПОСЛЕРОДОВАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Методические рекомендации

Уфа – 2018

УДК 618.2-084:615.256.3

ББК 57.14

П 62

Рецензент: зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
доктор мед. наук, профессор А.Г. Ящук.

Составители: профессор В.А Кулавский,
канд. мед. наук Е.В Кулавский, канд. мед. наук В.И Беглов,
канд. мед наук А.М. Зиганшин, канд. мед. наук С.Ф Насырова

Послеродовая контрацепция : метод. рекомендации /
сост. В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский, В.И. Беглов,
А.М. Зиганшин, С.Ф. Насырова. – Уфа : Баш. гос. мед. ун-т,
2018. – 108 с.

В методических рекомендациях рассмотрены аспекты применения методов контрацепции в послеродовом периоде. Представлены современные сведения о категории приемлемой для комбинированных оральных и внутриматочных контрацептивов. Приведены таблицы для оценки пациентки перед началом методов контрацепции, показания и противопоказания, неконтрацептивные лечебные преимущества комбинированных оральных контрацептивов.

Рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов, слушателей ИДПО, ординаторов, интернов и представляют интерес для врачей других специальностей.

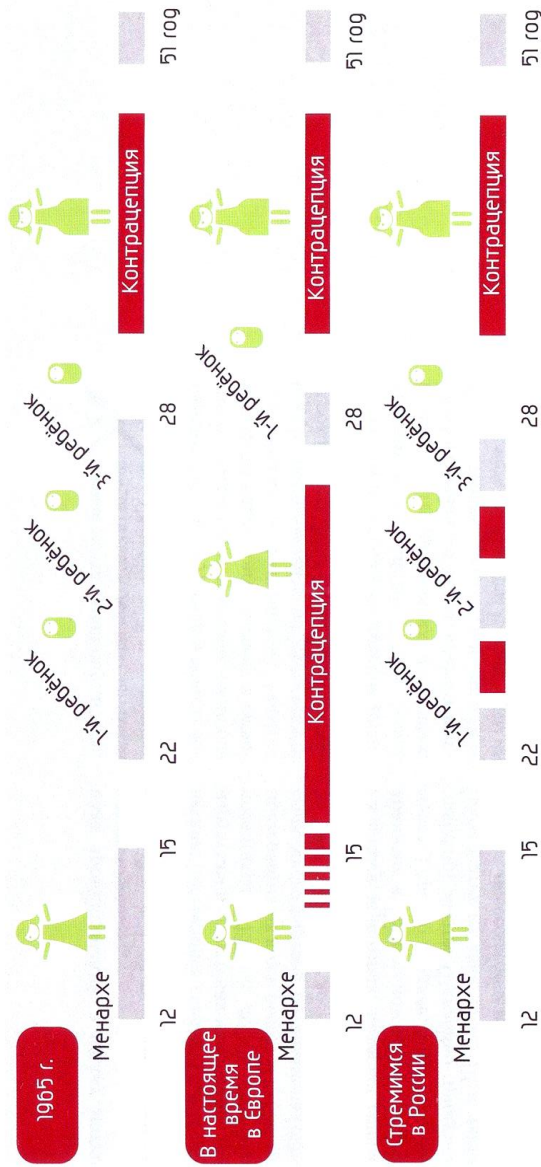
УДК 618.2-084.615.256.3

ББК 57.14

П 62

- © В.А Кулавский, Е.В. Кулавский,
В.И. Беглов, А.М Зиганшин,
С.Ф. Насырова, 2017
- © Башкирский государственный
медицинский университет, 2017

Контрацепция и демография



...В области стимулирования рождаемости и укрепления семьи определены следующие приоритеты:

- формирование системы общественных и личностных ценностей, ориентированных на семью с двумя детьми и более

Концепция демографического развития
Российской Федерации

Оглавление

Введение	5
Безопасность методов контрацепции	8
Капризный контрацептивный эффект	13
Чисто прогестиновые контрацептивы	18
Внутриматочная контрацепция	24
Внутриматочная гормональная контрацепция.....	28
Женская хирургическая контрацепция (добровольная хирургическая стерилизация)	33
Экстренная контрацепция	36
Трансдермальная гормональная контрацепция	40
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	42
Оценка пациенток для гормональной и внутриматочной контрацепции	47
Противопоказания к применению медьсодержащих контрацептивов (Cu-ВМК) и гормонсодержащих (ЛНГ-ВМК) внутриматочных контрацептивов	62
Абсолютные противопоказания для применения комбинированных оральных контрацептивов и других методов комбинированной гормональной контрацепции.....	71
Неконтрацептивные преимущества комбинированных оральных контрацептивов.....	73
Алгоритм выбора метода контрацепции	94
Заключение.....	102
Рекомендуемая литература	103

ВВЕДЕНИЕ

Трусость спрашивает – безопасно ли это?

Целесообразность спрашивает – благоразумно ли это?

Тщеславие спрашивает – популярно ли это?

Но совесть спрашивает – правильно ли это?

И приходит время, когда нужно занять позицию, которая не является ни безопасной, ни благоразумной, ни популярной, но ее нужно знать, потому что она правильная!

Мартин Лютер Кинг

Ключевым элементом высокого качества помощи населению в сфере репродукции является возможность предложить пользователям семьи широкий выбор методов и средств планирования семьи – это так называемый «метод-микс» – и обеспечить их использование гарантированными информационными услугами и консультированием.

«Метод-микс» и методика этапного консультирования позволяет выбрать свой метод контрацепции, удовлетворяющий репродуктивным установкам потребителя в конкретный период жизни, повысить уровень удовлетворенности методом в настоящее время и перейти с одного метода на другой впоследствии при изменяющихся потребностях.

Вероятность выбора одного из методов и приверженность к нему тем выше, чем шире спектр известных партнерам средств, чем большим объемом информации по правилам применения контрацептивных мер, нивелированию побочных эффектов и рисков использования обладает потребитель. Действительно, женщины должны получить консультацию профессионала в области репродуктивного здоровья. Однако важным является то, что врач дает информацию, а женщина выбирает метод, который отвечает ее потребностям и ожиданиям, потому что пациентки, довольные выбранным методом, используют его в течение более длительного времени. Предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор женщины. Но если выбор мето-

да между постоянными, обратимыми, пролонгированными и обратимыми короткого действия, гормональными и негормональными сделать довольно просто, то выбор средства, например, внутри комбинированных оральных контрацептивов (КОК группы) может вызвать затруднения – ведь они представлены более чем 40 наименованиями. Поэтому акушеру-гинекологу важно выяснить дополнительные потребности каждой конкретной женщины и хорошо ориентироваться в тех препаратах, которые эти потребности могут удовлетворить.

В нашей стране система консультирования по вопросам контрацепции после родов работает недостаточно. Более 70% женщин после родов недостаточно информированы, становятся заложницами распространенного заблуждения, что пока она кормит грудью или пока у них не восстановился менструальный цикл, необходимости в контрацепции нет вообще. Об этом пишут в интернете, говорят подруги и знакомые. В результате многие женщины, недавно ставшие матерями, снова беременеют и вынуждены выбирать из двух зол: вынашивать ребенка в ущерб организму, неготовому к очередной беременности, или делать аборт. Ни то, ни другое нельзя считать хорошим решением.

Как не допустить этой ситуации? Следует, чтобы акушеры – гинекологи вовремя и подробно консультировали женщин о правильном планировании семей и помогли им подобрать эффективный метод контрацепции.

Эксперты ВОЗ рекомендуют, чтобы между родами и наступлением беременности проходило, по меньшей мере, 24 месяца – такая репродуктивная пауза позволяет уменьшить риск неблагоприятных исходов для матери и плода. В жизни эта идеалистическая установка сбывается не всегда. Часто женщины думают, что пока у них установятся регулярные менструации, беременность не наступит. Нужно объяснить пациентке, что это не так.

Возобновление менструаций в послеродовом периоде свидетельствует о восстановлении фертильности, но их отсутствие вовсе не значит, что женщина не может забеременеть. Может! Способность к

зачатию возвращается не с первым послеродовым менструальным кровотечением, а происходит раньше. В отсутствие лактации фертильность после родов восстанавливается еще раньше. У не кормящих матерей овуляция происходит в течение 1,5 – 3 месяцев после родов, тогда как менструальное кровотечение «уведомляет» о возвращении фертильности женщин. У каждой второй женщины способность забеременеть снова появляется уже с 4-го по 5-й месяц после родов, если она кормит ребенка грудью, и через 1,5 – 3 месяца без грудных вскармливаний. Женщина должна знать об этом и понимать, что отсутствие менструаций не повод для контрацептивного бездействия.

После беременности нужно организму 1,5 – 2 года, чтобы восстановить свои силы: риск преждевременного старения, смерти значительно выше у женщин, у которых интергенетический интервал составляет менее 18 месяцев, по сравнению с теми, у которых он равен 30 – 41 месяц; риск преждевременных родов при интергенетическом интервале менее 12 месяцев в 2 раза выше, чем при интервале 12 – 24 месяца; риск дефектов нервной трубки плода при интергенетическом интервале менее 6 месяцев возрастает в 2 раза, пороков сердца и ЦНС – в 1,5 раза. Все это требует пристального внимания к вопросам контрацепции после родов с целью сохранения репродуктивного здоровья.

Безопасность методов контрацепции

С целью создания алгоритма при проведении консультирования международная служба планирования семьи предлагает использовать **6 основных правил**, которые можно обозначить как акроним **«ПОМОГИ»**.

- «П» – приветливость:
 - **представьтесь**; **проявите** к пациентке полное внимание; будьте вежливы, дружелюбны;
 - **сообщите** о конфиденциальности разговора; **спросите** о том, чем вы можете помочь; **спросите**, желает ли она, чтобы муж или партнер присутствовали при разговоре.
- «О» – опрос:
 - **спросите** пациентку об ее потребностях, сомнениях, проблемах, касающихся контрацепции; **соберите** анамнез: возраст, семейное положение, экстрагенитальные и гинекологические заболевания, число беременностей, родов, абортов, методы контрацепции, используемые ранее;
 - **объясните**, что эта информация нужна для того, чтобы предложить оптимальный метод планирования семьи; **задайте** простые и краткие вопросы, избегайте употребления медицинских терминов;
 - **поощрите** пациентку к тому, чтобы она задавала вопросы; **постарайтесь** исправить ошибочное представление о преимуществах и недостатках тех или иных методах контрацепции;
 - если женщина выражает намерение использовать какой-либо метод планирования семьи, **спросите** о причине выбора; если это повторный визит, **спросите**, какие изменения произошли со времени предыдущего визита.
- «М» – методы контрацепции:
 - **расскажите** обо всех методах контрацепции, об их эффективности, преимуществах, противопоказаниях, побочных явлениях каждого метода; **используйте** брошюры, плакаты при объяснении метода;
 - **спросите**, в каких методах пациентка заинтересована, что она знает о методах предохранения от беременности; кратко **опишите** метод, который интересует пациентку.
- «О» – определение метода контрацепции:

- **помогите** пациентке выбрать оптимальный метод из ее предпочтений, семейной ситуации, безопасности в конкретном случае; **спросите**, все ли понятно и при необходимости повторите информацию;
- если пациентка предпочла небезопасный метод, вместе с ней проанализируйте степень риска применения этого метода для нее, **рассмотрите** положительные стороны других методов;
- **удостоверьтесь**, что женщина четко определила выбранный метод; обязательно **спросите** «какой метод вы выбрали»;
- окончательное решение об использовании метода должно стать результатом осознанного, информационного выбора самой пациентки;
- **напомните** о том, что она также должна учитывать выбор, который может сказать ее муж/партнер; если женщина все еще не решается сделать выбор, **дайте** ей брошюры, посоветуйте поговорить с мужем и **назначьте** повторное посещение.
- «Г» – главная информация о выбранном методе:
 - **объясните**, как пользоваться методом, а не отсылайте к инструкциям; **попросите** женщину повторить ваши объяснения; внимательно выслушайте ее и убедитесь в том, что она достаточно четко понимает и помнит менструации;
 - опишите возможные побочные эффекты и признаки осложнений; четко назовите последовательность действий в случае их возникновения; предложите отпечатанные материалы о методе;
 - **сообщите**, где пациентка может пополнить запас контрацептивов; некоторые методы требуют дообследования, дополнительной информации, подписания информационного соглашения (стерилизация); **скажите** пациентке, что она может прийти и раньше намеченного срока, если это будет необходимо, например, при появлении побочных эффектов.
- «И» – информация на повторном визите:
 - **спланируйте** повторный визит, на котором проводится контроль за правильностью использования метода; **выяснить** проблемы, связанные с применением метода; **выяснить** наличие побочных явлений или осложнений, при необходимости **порекомендовать** методы их устранения или **подобрать** другой метод контрацепции;

- если пациентка желает использовать какой-либо другой метод, снова **расскажите** о возможных методах, **помогите** совершить выбор; если женщина запланировала беременность, помогите прекратить пользоваться методом; **скажите** женщине, куда ей нужно обратиться в случае наступления беременности.
- Среди большого количества критериев выбора методов контрацепции одними из самых важных являются безопасность и эффективность:
 - эффективными обратимыми методами предохранения от нежелательной беременности являются гормональная и внутриматочная контрацепция (индекс Перля < 1);
 - безопасность – отсутствие какого-либо негативного влияния на физическое и психическое здоровье женщины.
- По системе классификации экспертов ВОЗ все обстоятельства (медицинские диагнозы, факторы семейного анамнеза, наличие вредных привычек, возраст, объективные данные, в том числе в различных сочетаниях и т.д.) могут быть отнесены к одному из четырех категорий:
 - к классу (категории) I относятся состояния, при которых нет никаких ограничений для использования данного метода контрацепции (т.е. метод используется при любых обстоятельствах);
 - к классу (категории) II относятся состояния, при которых польза от использования метода обычно перевешивает теоретический или доказанный риск (метод обычно используется);
 - к классу (категории) III относятся состояния, при которых теоретический или доказанный риск обычно перевешивает пользу от использования метода (использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы);
 - к классу (категории) IV относятся состояния, при которых применение контрацептива создает недопустимый риск для здоровья (метод не должен использоваться).
- Состояния, относящиеся к категории IV, являются абсолютными, а к категории III – относительными противопоказаниями в использовании метода контрацепции.
- Для практической деятельности акушера-гинеколога очевидно, если у пациентки имеются состояния, которые относятся к категориям IV и III метод контрацепции противопоказан.

- Наличие состояний, относящихся к категории II, предусматривает возможность использования метода контрацепции, но накладывает дополнительные условия: более углубленное обследование перед началом применения метода, более частое и тщательное наблюдение в процессе использования метода.
- Оптимизация процесса принятия пациенткой решения о выборе метода контрацепции:
 - **спросить:**
 - это простое действие необходимо как женщине для осознания собственных потребностей в контрацепции, так и врачу, чтобы в дальнейшем структурировать свои предложения по выбору метода;
 - **рассказать:**
 - далеко не все женщины владеют полноценной информацией о существующих методах контрацепции;
 - врач должен рассказать пациентке о принципах и методах предупреждения нежелательной беременности, их достоинствах и недостатках;
 - **выбрать:**
 - объективно оценив желание женщины использовать контрацепцию, её предпочтения и ожидания, врач должен предложить пациентке выбрать метод, оценив его приемлемость с помощью критериев ВОЗ (обязательно исключая противопоказания);
 - не следует предлагать, и тем более назначать контрацептив пациентке;
 - предпочтения врача не должны оказывать влияние на выбор метода женщиной;
 - **помочь:**
 - на этом этапе роль врача заключается в том, чтобы помочь женщине правильно использовать выбранный метод контрацепции;
 - **кураживать:**
 - сообщить пациентке о возможности последующего визита, если в этом есть необходимость или если она возникает в процессе пользования выбранным методом.
- Неважно, по какому поводу молодая женщина пришла к акушеру-гинекологу, – необходимо уделить время для беседы о значимости и способах сохранения репродуктивного потенциала:

- поскольку причиной отказа от контрацепции всё-таки служат побочные эффекты, привести современные данные, демонстрирующие возможность нивелировать негативный сценарий;
- именно это в силу того, что женщины в возрасте до 25 лет обладают наибольшей фертильностью и сексуальной активностью; имеют собственные представления о том, каким должен быть их метод контрацепции;
- правильный выбор средства – его идеальное применение – реальный способ предупредить наступление нежелательной беременности;
- если женщина выбрала метод контрацепции, то необходимо предоставить ей информацию об особенностях действия средств и подчеркнуть их преимущества в зависимости от обозначенных ею потребностей.
- Рассмотрение факторов, влияющих на успешность использования контрацептивов, требует наличия у метода контрацепции как можно большего числа свойств;
 - свойства «идеального контрацептива»:
 - 100% эффективность (от исходного состояния без беременности);
 - 100% удобство использования (его невозможно «забыть принять» или «надеть перед половым актом»);
 - 100% безопасность, отсутствие побочных эффектов (отсутствии риска вредного воздействия);
 - 100% обратимость контрацептивного эффекта, в идеале возможность спонтанного восстановления фертильности;
 - 100% автономность, что означает полное отсутствие необходимости вмешательства со стороны медицинского работника (связанного с потенциальным возникновением боли или дискомфорта): как при инициации, так и при дальнейшем применении или прекращения пользования;
 - 100% защита от ИППП;
 - наличие других неконтрацептивных эффектов, особенно в отношении нарушений менструального цикла;
 - дешевизна и легкость приобретения;
 - приемлемость с культурной, религиозной и политической точек зрения;
 - возможность непосредственного использования контрацептива женщиной или, по крайней мере, возможность видеть «как это работает»;

- ранжировать эти свойства в порядке важности трудно, однако 6 пунктов выглядят наиболее значимыми.

Капризный контрацептивный эффект

- Особенности послеродового периода:
 - инволюция органов репродуктивной системы заканчивается через 4 – 6 недель после родов, для полного восстановления организма необходимо 1,5 – 2 года, а в некоторых случаях дисбаланс микроэлементов и витаминов может сохраниться в течение 4 – 5 лет;
 - после родов возрастает риск развития анемии в связи с усилением гемолиза эритроцитов;
 - лактация сопровождается потерей микроэлементов с молоком, а восстановление менструального цикла повышает риск развития недостаточности микронутриентов;
 - термин «послеродовая контрацепция» рассматривается как условный, относящийся к более длительному, чем 6 недель периоду после родов и охватывающий время грудного кормления в последующие месяцы, вплоть до 18 месяцев после родов.
- Наиболее частые проблемы, с которыми женщины обращаются к акушеру-гинекологу в первые 6 – 7 месяцев после родов:
 - усталость;
 - боль в спине;
 - боль в нижних отделах живота;
 - дисфункция кишечника;
 - недержание мочи;
 - геморрой;
 - мастит;
 - дисфункция щитовидной железы;
 - эндометрит;
 - частые инфекции верхних дыхательных путей;
 - послеродовая депрессия;
 - снижение либидо.
- Женщина, получившая рекомендации по планированию семьи перед родами, в 2,2 раза чаще прибегают к эффективным методам послеродовой контрацепции. Поэтому целесообразно обсуждать с женщинами вопросы контрацепции до родов, а не после, когда у

женщины меньше времени и сил на ознакомление с этой информацией.

- Факторы, которые необходимо учитывать при выборе контрацепции после родов:
 - влияние на лактацию и развитие ребенка;
 - время действия и эффективность метода;
 - мотивация женщины к использованию метода;
 - вероятность развития побочных реакций и осложнений;
 - возраст женщины и репродуктивный анамнез;
 - течение беременности, родов, раннего послеродового периода;
 - сопутствующая экстрагенитальная и гинекологическая патология.
- Аменорея, вызванная лактацией, при определенных условиях обеспечивает контрацепцию (метод лактационной аменореи; МЛА):
 - МЛА вызывает временную потерю способности к зачатию, наступающую в период грудного вскармливания;
 - механизм влияния МЛА связан с подавлением фолликулогенеза и отсутствием овуляций в ответ на изменение уровня и ритма выделения пролактина, нарушением импульсной секреции гонадотропинов;
 - эффективность МЛА зависит от интенсивности и частоты кормления, а также продолжительности грудного вскармливания без докорма;
 - метод эффективен в течение 6 мес. после родов при сохранении аменореи и кормления ребенка по требованию – не реже чем через 4 ч. днем и 6 ч. ночью;
 - при соблюдении всех условий возможно наступление беременности не более 1 – 2 беременностей на 200 женщин в течение 1 года;
 - если женщина в течение 6 мес. после родов планирует вводить докорм или у нее восстановилась менструальная функция, ей следует использовать другие методы контрацепции;
 - выбор метода зависит от срока, прошедшего после родов, режима грудного вскармливания, восстановления менструации, влияние на лактацию и развитие ребенка, состояния здоровья женщины, ее личных предпочтений.
- Лактация – важнейший физиологический процесс, влияющий на здоровье матери и ребенка:
 - с наступлением беременности под влиянием плацентарных стероидов, особенно эстрогенов, изменяется архитектура

молочных желез, в которых начинает преобладать альвеолярная ткань;

- начиная с 8 нед. беременности параллельно увеличению содержания эстрогенов повышается уровень пролактина до концентрации в 20 – 30 раз превышающего его значения у беременных, достигая своего пика перед родами;
- механизм нарастания секреции пролактина связан с супрессией гонадотропин-рилизинг-гормона и непосредственной стимуляцией транскрипции гена пролактина в гипофизе;
- при беременности лактация ингибируется высоким содержанием прогестерона, который уменьшает связывание пролактина с его рецепторами на альвеолярных клетках;
- кроме того, прогестерон может напрямую подавить продукцию молока за счет стимуляции ядерного пептида;
- после родов снижение уровня прогестерона приводит к уменьшению ингибирующего действия этого пептида;
- продукция молозива начинается со II триместра (содержит протеины и иммуноглобулин А в значительной концентрации);
- через 48 ч. после родов под влиянием подъема в сыворотке крови пролактина композиционный состав молозива изменяется до «зрелого» молока, которое по сравнению с молозивом содержит более высокий уровень жиров, углеводов, белков и иммуноглобулинов;
- в первую неделю после родов уровень пролактина у кормящих снижается примерно на 50%;
- акт сосания вызывает увеличение пролактина;
- во время всего периода кормления грудью базальный уровень пролактина остается повышенным, при сосании происходит его 2-кратное увеличение, необходимое для продолжения секреции молока;
- уровень пролактина не позволяет прогнозировать продолжительность аменореи и ановуляции после родов;
- неспособность к лактации в первые 7 дней после родов может быть первым признаком синдрома гипопитуитаризма (послеродового инфаркта гипофиза);
- выработка молока зависит от функции передней и задней долей гипофиза;
- во время акта сосания происходит высвобождение не только пролактина, но также и окситоцина;

- частое опорожнение протоков молочных желез важно в поддержании адекватного уровня секреции пролактина;
- через 4 мес. после родов сосание является единственным необходимым стимулятором производства молока;
- выход молока из млечных протоков происходит не только благодаря давлению в результате сосания;
- тактильные сенсоры, располагающиеся в ареоле, активизируются через 4 – 6-й корешки грудных нервов и образуют афферентную сенсорную нервную дугу, которая стимулирует паравентрикулярные и супраоптические ядра гипоталамуса для синтеза и транспорта окситоцина в заднюю долю гипофиза;
- окситоцин вызывает сокращение миоэпителиальных клеток и опорожнение альвеолярных протоков;
- молоко, находящееся в главном синусе молочной железы, выходит через 15 – 20 отверстий;
- важная роль окситоцина в процессе лактации, а также для сокращения матки во время инволюции;
- количество вырабатываемого молока коррелирует с потребленным при кормлении количеством;
- при отсутствии кормления или после остановки регулярного сосания падение уровня пролактина приводит к замедлению продукции молока (в итоге неиспользованное молоко абсорбируется, альвеолярные клетки регрессируют, возвращая архитектуру молочных желез до состояния подобного, но не идентичному нерожавшей женщины);
- психологические стимулы, особенно стресс, могут отразиться на продукции окситоцина (в ответ на стресс может произойти снижение уровня окситоцина);
- пролактин поддерживает выделение казеина, жирных кислот, лактозы и достаточный объем секреции молока, в то время как окситоцин вызывает сокращение миоэпителиальных клеток и приводит к высвобождению альвеолярного содержимого, усиливая дальнейшую секрецию молока и наполнение альвеол;
- снижение секреции пролактина агонистами дофамина (бромокриптин, каберголин) эффективно предотвращает синтез секреции молока после родов;
- секреция кальция в молоко у кормящих женщин приблизительно удваивает ежедневную потерю этого микроэлемента

(плотность костной ткани быстро возвращается к исходному уровню в течение полугода после завершения лактации; общее потребление кальция в период лактации должно быть не менее 1500 мг в сутки);

- наиболее важным инициатором к возврату фертильности является снижение частоты сосательных стимулов при введении прикорма ребенку.
- Краткая информация об основах физиологии:
 - в среднем в одном эякуляте фертильного мужчины содержится примерно 300 – 400 млн сперматозоидов;
 - кислая среда влагалища может уничтожить все сперматозоиды в течение нескольких часов; тем не менее, в шеечной слизи после воздействия эстрогенов и жидкости верхних отделов полового тракта среднее время выживания сперматозоидов составляет примерно 3 суток;
 - в редких случаях (у отдельных людей или в отдельных случаях), когда благоприятные изменения шеечной слизи возникают раньше, возможность оплодотворения может сохраняться в течение 7 дней после попадания спермы в организм женщины;
 - средний период, в течение которого яйцеклетка (и) может быть оплодотворена, составляет примерно 17 ч; максимальная продолжительность этого срока равна 24 ч;
 - учитывая время сохранения потенциала фертильности сперматозоидов «окно фертильности» составляет около 7 – 8 дней – это время всегда остается относительно постоянным; однако время начала этого «окна» колеблется как у одного человека, так и внутри пары;
 - для достижения максимальной эффективности естественных методов контрацепции требуется воздержание от половых актов в течение нескольких дней, особенно в начале цикла;
 - незащищенные половые акты возможны в дни, когда яйцеклетка уже не может быть оплодотворена, т.е. когда уже были получены достоверные доказательства произошедшей овуляции.
- Другие методы для использования в послеродовом периоде:
 - применение КОК при лактации следует избегать, поскольку они могут угнетать ее, а также снижать качество грудного молока (в остальном КОК подходящий выбор для послеродовой контрацепции);

- применение чистопрогестиновых таблеток (ЧПТ) предпочтительно (не влияют на лактацию);
- спермициды, несмотря на их недостаточную эффективность, не позволяющую рекомендовать их молодым активным партнерам, являются действенным дополнительным методом при соблюдении правил лактационной аменореи;
- презервативы (в том числе женские) эффективны при первых половых актах в послеродовом периоде и до тех пор, пока не будет начато применение других методов; колпачки и диафрагмы могут быть подобраны повторно через 5 – 6 недель, особенно это актуально после срочных родов, даже проведенных с помощью кесарева сечения;
- ВМС легко устанавливается через 4 – 6 недель после родов или 6 – 8 недель после кесарева сечения, однако матка в эти периоды все еще мягкая и требует бережного обращения; при более ранней установке ВМС крайне вероятна экспульсия устройства;
- стерилизация в послеродовом периоде несет избыточный операционный и эмоциональный риски (в том числе высокую вероятность сожаления о проведенной процедуре), а также риск безуспешности вмешательства; если в этот период партнеры выбирают стерилизацию, в последующем они могут полностью отказаться от проведения процедуры, результаты которой необратимы.

Чисто прогестиновые контрацептивы

- Прогестагенная или чисто гестагенная контрацепция – вид гормональной контрацепции, не содержащей эстрогенов, рекомендуется при наличии абсолютной или относительной противопоказаний к использованию эстрогенсодержащих препаратов (в том числе во время лактации), либо их плохой переносимости.
- Среди наиболее распространенных состояний, при которых (согласно рекомендациям, ВОЗ) чисто прогестагенная контрацепция более приемлема по сравнению с КОК, следует особенно отметить:
 - ожирение;
 - мигрень;
 - артериальную гипертензию;
 - курение;

- заболевания клапанов сердца;
- период лактации > 6 нед. после родов.
- Чисто прогестиновые таблетки (ЧПТ) обладают исключительной безопасностью за счет отсутствия в их составе этинилэстрадиола:
 - они оказывают незначительное влияние на большинство метаболических показателей;
 - их применение не имеет доказанной связи с возникновением любых опухолей, заболеваний венозной или артериальной системы, остеопении, увеличения массы тела, депрессии и головной боли.
- К прогестагенным контрацептивам относятся:
 - прогестагенные оральные контрацептивы, среди которых выделяют традиционные мини-пили (экслютон*, микролют*), чарозетту* и лактинет*, не относящиеся к мини-пили вследствие наличия подавления овуляции в 99% циклов;
 - период полувыведения 36 ч, как у КОК*;
 - инъекционные прогестины (депо-провера*);
 - импланты (норплант*, импланон*);
 - внутриматочная гормональная система (мирена*).
- Все эти контрацептивы различаются по способу введения препарата в организм женщины.
- Современные чисто прогестиновые таблетки содержат 0,03–0,5 мг (30–500 мкг) прогестина, что составляет – 1/10 – 1/2 (15 – 30% мкг) его доли, входящей в состав КОК. К ним относятся:
 - экслютон* – 500 мкг линестренола*;
 - микролют* – 30 мкг левоноргестрела;
 - чарозетта* – 75 мкг дезогестрела;
 - лактинет* – 75 мкг дезогестрела.
- **Механизм действия прогестагенов:**
 - препараты уменьшают объем крипт;
 - сгущают цервикальную слизь;
 - снижают содержание сиаловой кислоты в цервикальной слизи и активность сперматозоидов;
 - сужают цервикальный канал, препятствуя тем самым проникновению сперматозоидов и некоторых микроорганизмов в цервикальный канал, матку и маточные трубы;
 - это объясняет контрацептивный, так и лечебный эффект прогестагенов при воспалительных заболеваниях органов малого таза;

- снижение сократительной активности маточных труб путем снижения сократимости и порога возбудимости гладкомышечных клеток их стенок;
- специфическое действие на эндометрий:
 - подавляют митотическую активность эндометрия, вызывая его преждевременную секреторную трансформацию;
 - при длительном использовании препаратов в условиях ановуляции они вызывают гипотрофию или атрофию эндометрия, что препятствует имплантации оплодотворенной яйцеклетки;
 - механизм действия на эндометрий обуславливает как контрацептивный, так и лечебный эффект и зависит от дозы прогестерона, его вида и сродства к рецепторам прогестерона;
- ингибирующее влияние на секрецию гонадотропных гормонов гипофиза (особенно лютеинизирующего гормона) и, как следствие, торможение овуляции (зависит от дозы гестагенов в таблетке).
- Схема применения:
 - чисто прогестиновые таблетки принимаются в постоянном режиме с 1-го дня менструального цикла ежедневно без перерыва на менструацию;
 - время приема (первой таблетки) не играет роли, однако в последующем принимать препарат следует в один и тот же выбранный час, так как период его полувыведения составляет 22 – 24 ч;
 - контрацептивный эффект в полном объеме проявляется через 48 ч (в этот период необходимо применять дополнительные меры защиты);
 - в случае пропуска препарата или при приеме таблетки позже чем через 24 ч забытую таблетку следует принять как можно скорее и в дальнейшем придерживаться схемы приема таблеток, в тоже время используя другие виды контрацепции первые 48 ч (исключение составляют чарозетта и лактинет);
 - при переходе с КОК на чисто прогестиновые таблетки прием последних следует начинать на следующий же день после окончания использования КОК.

Противопоказания к использованию гестагенсодержащих контрацептивов

- **Подтвержденная и предполагаемая беременность.** Гестагенные контрацептивы нельзя использовать во время беременности. Современные данные доказывают, что низкая доза прогестина в инъекциях, имплантатах, таблетках и прогестиновых внутриматочных средствах (ВМС) не способствуют значительному увеличению риска врожденных пороков развития, самопроизвольного выкидыша или мертворождений. Однако, несмотря на низкую дозу прогестина, лучше избегать приема этих препаратов на ранних сроках беременности.
- **Заболевания печени с нарушением ее функции.** Не существует доказательств, что гестагенные контрацептивы вызывают заболевания печени и желчевыводящих путей. Однако нарушение печеночных функций может затруднить метаболизм компонентов чисто прогестиновых таблеток. Поэтому не следует использовать чисто прогестиновые таблетки при активном вирусном гепатите, доброкачественных и злокачественных опухолях печени, тяжелом некомпенсированном циррозе и одновременном приеме препаратов, оказывающих влияние на ее ферментативную функцию (рифампицин, фенитоин, карбамазепин, барбитураты и др.).
- **Поражения мозговых и коронарных артерий.** Теоретически чисто прогестиновые таблетки могут влиять на липидный спектр крови, тем самым способствовать возникновению и прогрессированию атеросклероза, а значит, и возникновению инфарктов миокарда и инсультов. Также не показано их применение при ишемической болезни сердца в анамнезе или в настоящий момент. Не следует рекомендовать чисто прогестиновые таблетки женщинам с тромбозом.
- **Злокачественные опухоли репродуктивной системы** (половых органов, молочной железы и др.). Не существует доказательств, что низкие дозы прогестина могут вызвать рак молочной железы. Тем не менее, рак молочной железы – гормонально-зависимая опухоль. Пациенткам с уплотнениями в молочной железе необходимо провести предварительное обследование у маммолога или акушера-гинеколога. Для женщин с раком молочной железы в настоящее время или в анамнезе (в течение последних 5 лет) чисто прогестиновые контрацептивы использовать не рекомендуется. Применение данного метода контрацепции женщинам с доброка-

чественными заболеваниями молочных желез или семейным анамнезом рака молочной железы не противопоказано.

- **Кровотечения из половых путей неясной этиологии.** Использование чисто прогестиновых контрацептивов не только не вызывает ухудшения заболеваний, симптомом которых становятся кровянистые выделения из половых путей (угроза преждевременного прерывания маточной беременности, эктопическая беременность, цервицит, онкологические заболевания половых органов и др.), а часто предотвращает их развитие. Однако чисто прогестиновые таблетки могут вызывать нарушение менструального цикла в виде межменструальных кровянистых выделений и ациклических кровотечений, что может привести к запоздалой диагностике заболеваний, имеющих такую же симптоматику. В связи с этим данный метод контрацепции при кровотечениях неясной этиологии использовать не следует.
- К относительным противопоказаниям относятся функциональные кисты яичников, так как при применении гестагенных контрацептивов отмечена высокая частота их возникновения. То же относится и к внематочной беременности в анамнезе, так как гестагены замедляют транспорт яйцеклетки по трубам.
- **Преимущества:**
 - отсутствие эстрогензависимых побочных реакций;
 - лучшая переносимость;
 - возможность применения во время лактации; чисто прогестиновые таблетки можно использовать во время грудного вскармливания, так как они не влияют на количество и качество материнского молока и на продолжительность лактации; данный вид контрацепции можно применять уже через 6 нед. после родов (ВОЗ, 2009);
 - меньшее, по сравнению с комбинированными эстроген-гестагенными контрацептивами, системное влияние на организм;
 - прогестагены оказывают незначительное влияние на углеводный, жировой и белковый обмен, артериальное давление;
 - выраженный лечебный и защитный эффект при дисменорее, овуляторных болях, воспалительных заболеваниях органов малого таза, анемии, фиброзно-кистозной мастопатии, генитальном эндометриозе.

- Прогестагены могут применять женщины с экстрагенитальной патологией (пороки сердца, сахарный диабет без сосудистых осложнений, варикозное расширение вен, артериальная гипертензия, мигрень), а также курящие женщины старше 35 лет.
- Возможность немедленной отмены препарата.
- **Недостатки:**
 - чисто прогестиновые таблетки, за исключением чарозетты* и лактинета*, менее эффективны по сравнению с КОК;
 - высокая частота нарушений менструального цикла;
 - наиболее частым побочным эффектом гестагенных контрацептивов является нарушение менструального цикла: межменструальные кровянистые выделения, укорочение менструального цикла, олигоменорея, менометроррагия; возможно возникновение нескольких типов таких нарушений одновременно;
 - по мере увеличения длительности применения гестагенных контрацептивов частота межменструальных кровянистых выделений уменьшается, и обычно через 3 – 6 мес. они прекращаются;
 - случаи тяжелых маточных кровотечений, требующих врачебного вмешательства, чрезвычайно редки (встречаются приблизительно у 0,5% женщин);
 - необходимость проведения эстрогенной терапии или кюретажа полости матки возникает редко; при применении гестагенов может также развиться аменорея;
 - женщины, использующие гестагенные методы контрацепции, должны быть готовы к тому, что в первые 6 мес. применения препарата у них могут наблюдаться нерегулярные кровянистые выделения, а затем в последующие 6 мес. и далее – редкие кровотечения или аменорея;
 - нарушения менструального цикла в виде мажущего характера межменструальных кровянистых выделений и ациклических кровотечений у женщин, использующих чисто прогестиновые таблетки, наблюдают в 15 – 20% случаев; аменорея развивается крайне редко;
 - после окончания применения чисто прогестиновых таблеток сразу или в течение 3 мес. происходит восстановление менструального цикла и регенеративной функции; каких-либо отклонений в течение беременности и родов не наблюдается, тератогенного эффекта, связанного с приемом препаратов, не выявлено;

- таким образом, чисто прогестиновые таблетки по сравнению с эстрогенсодержащими контрацептивами оказывают меньшее системное влияние на организм женщины, не вызывают эстрогензависимых эффектов;
- их можно использовать во время лактации и у женщин с экстрагенитальной патологией и при непереносимости эстрогенсодержащих препаратов;
- они обладают лечебным и протективным эффектом при многих эстрогензависимых заболеваниях;
- побочные реакции, возникающие при их использовании, как правило, не требуют какого-либо специального лечения;
- однако по эффективности чисто прогестиновые таблетки (за исключением чарозетты* и лактинета*) уступают КОК, а часто возникающие межменструальные кровянистые выделения снижают их приемлемость;
- чарозетта* по эффективности контрацептивного действия не уступает КОК;
- безопасность применения чисто прогестиновых таблеток, как и любых других гормональных контрацептивов, зависит от тщательного учета противопоказаний, знания основ клинической фармакологии, прогнозирования и учета возможных осложнений и побочных реакций, индивидуального подхода, а также от возраста пациента, состояния его здоровья, особенностей интимной жизни, переносимости препарата, отношения половых партнеров к их назначению.

Внутриматочная контрацепция

- Внутриматочная контрацепция (ВМК) является одним из наиболее распространенных эффективных методов предупреждения нежелательной беременности:
 - немедикаментозные (инертные или нейтральные) ВМС, изготовленные из полиэтилена с добавлением сульфата бария;
 - медикаментозные, содержащие в своем составе медь или гестагены, они выделяют в полость матки с постоянной скоростью химические вещества – ионы меди или гестагены; они более эффективны, не вызывают осложнения и побочные реакции.
- ТСu – 380А – «золотой стандарт» с которым сравнивают все имеющиеся ВМС при оценке их эффективности и приемлемости:

- обладает высокой контрацептивной эффективностью;
- срок его использования составляет 6 – 8 лет.
- Multiloud Cu – 357:
 - наличие округлых боковых элементов (плечиков), в результате чего отсутствуют раздражение углов матки и снижается риск экспульсий;
 - в связи с тем, что используется монофиламентная нейлоновая нить, снижается риск воспалительных заболеваний органов малого таза;
 - высокая контрацептивная активность.
- Противопоказания к ведению ВМК (ВОЗ):
 - абсолютные противопоказания к применению ВМК:
 - острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза;
 - злокачественные заболевания тела и шейки матки;
 - кровотечения из половых путей неясной этиологии;
 - предполагаемая или существующая беременность;
 - часто рецидивирующий воспалительный процесс половых органов.
- Относительные противопоказания к применению ВМК:
 - воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе, эндоцервицит, вагинит на момент осмотра;
 - гиперполименорея, менометроррагия, гиперплазия или полипоз эндометрия;
 - множественная миома матки с наличием узлов, деформирующих полость матки, мешающая введению ВМК;
 - эндометриоз шейки матки, матки, яичников;
 - дисменорея;
 - врожденные пороки развития матки;
 - двурогая или седловидная матки;
 - гипоплазия матки;
 - деформация шейки матки и стеноз цервикального канала;
 - в анамнезе наличие внематочной беременности;
 - анемия, коагулопатия или прием антикоагулянтов в настоящее время;
 - хронические экстрагенитальные заболевания воспалительной этиологии с частыми обострениями, в том числе туберкулёз;

- ревматические заболевания сердца, подострый эндокардит, пороки клапанного аппарата;
- тяжелые формы аллергии, особенно к меди, болезнь Уилсона;
- повторные экспульсии ВМК;
- инфицированный аборт в течение последних 3 месяцев;
- перенесенные инфекции половых путей в течение последних 12 месяцев, в том числе венерические заболевания;
- наличие нескольких половых партнеров;
- лечение иммунодепрессивными средствами.
- Преимущества ВМК:
 - высокая эффективность;
 - отсутствие системных метаболических эффектов на организм женщины;
 - быстрое восстановление фертильности после извлеченного ВМК;
 - отсутствие связи с половым актом;
 - не влияет на грудное вскармливание;
 - экономическая выгода;
 - вводится однократно на длительный срок;
 - нет необходимости в регулярном приеме таблеток;
 - низкая стоимость;
 - отсутствие необходимости ежедневного контроля за применением, что необходимо при регулярном приеме пероральных контрацептивных средств.
- Недостатки ВМК:
 - боли внизу живота, особенно в течение первого года применения ВМК;
 - обильные менструации, которые могут привести к возникновению железодефицитной анемии;
 - риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза в первые недели после введения ВМК;
 - необходимость проверки контрольных нитей ВМК после каждой менструации, так как может произойти экспульсия ВМК;
 - ограниченная возможность применения у молодых нерожавших женщин.
- Возможные побочные реакции и осложнения:
 - чаще наблюдаются у пациенток с нарушением менструального цикла в анамнезе, хроническими воспалительными заболева-

ниями органов малого таза в стадии ремиссии и при недоучете противопоказаний к введению ВМК;

- 1-я группа: осложнения, возникшие в момент введения ВМК – разрыв шейки матки, кровотечения, перфорация матки;
- 2-я группа: осложнения, возникшие в процессе контрацепции-болевого синдром, менометроррагии, экспульсии ВМК, воспалительные заболевания органов малого таза, наступление беременности;
- 3-я группа: осложнения, возникшие после извлечения ВМК – хронический эндометрит и сальпингоофориты, бесплодие, внематочная беременность.
- Объем обследования перед введением ВМК:
 - тщательный сбор анамнеза с целью исключения возможных противопоказаний к введению ВМК;
 - бактериологическое исследование мазков из влагалища и шейки матки;
 - клинический анализ крови и мочи;
 - обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП);
 - кровь на RW, ВИЧ, HBS-антиген вируса гепатита В и С;
 - расширенная кольпоскопия;
 - УЗИ органов малого таза.
- Введение ВМК допустим при I и II степени чистоты влагалища:
 - женщины, у которых диагностированы воспалительные заболевания половых органов, III и IV степени чистоты влагалища, показано детальное обследование с целью выявления инфекций, передающихся половым путем и этиотропное лечение с обязательным последующим контрольным обследованием;
 - рекомендовать введение ВМК женщинам, прошедшим лечение по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза, можно спустя 6 – 10 мес. при отсутствии симптомов воспалительного процесса.
- Для введения ВМК считается 4 – 8-й день менструального цикла, когда слизистая оболочка матки менее ранима, а цервикальный канал шейки матки приоткрыт, что облегчает введение контрацептива:
 - введение ВМК может быть сразу или в течение 4-х дней после искусственного или самопроизвольного прерывания беременности при отсутствии признаков воспаления или кровотечения;

- возможно так же одновременное прерывание нежелательной беременности и введение ВМК в полость матки;
- ВМК также может быть введен после родов или в послеродовом периоде (в течение 48 часов после родов), однако риск экспульсии при этом повышается.
- Показания для удаления ВМК:
 - по желанию женщины;
 - менопауза (год спустя после последние менструации);
 - беременность;
 - боли;
 - кровотечение, угрожающее жизни женщины;
 - острые воспалительные заболевания органов малого таза;
 - рак тела матки или шейки матки;
 - перфорация матки и частичная экспульсия.
- Фертильность у большинства женщин после удаления ВМК восстанавливается в течение 12 мес., достигает 70 – 90%.
- Внутриматочная контрацепция не влияет на последующую фертильность и является одним из эффективных и приемлемых методов регуляции рождаемости.

Внутриматочная гормональная контрацепция

- Внутриматочные гормональные системы (ВГС) характеризуются еще большей эффективностью, чем ВМК первого и второго поколения. Кроме этого, они устранили основную причину отказа ряда женщин от ВМК – кровотечения.
- На фоне применения ВГС менструальные кровотечения становятся скудными или появляется обратимая аменорея.
- ЛНГ (левоноргестрел) как ВГС выбран потому, что является одним из наиболее сильнодействующих прогестинов, обладает выраженным сродством к рецепторам прогестерона, проявляет 100%-ную биологическую активность. Это синтетический гестаген из группы 19-норстероидов, самый активный из известных гестагенов, обладает сильными антиэстрогенным и антигонадотропным эффектами и слабыми андрогенными свойствами. ЛНГ метаболизируется в эндометрии не так быстро, как прогестерон, и оказывает выраженное влияние на эндометрий.
- Механизм контрацептивного действия основан:

- на изменение вязкости и химических свойств цервикальной слизи (предотвращение пенетрации сперматозоидов, а также патогенных микроорганизмов);
- на нарушение функции сперматозоидов, в т.ч. их подвижности (значительное подавление функции эндометрия так же может способствовать нарушению миграции сперматозоидов в маточные трубы);
- на изменение структуры эндометрия (торможение пролиферативных процессов; подавление митотической активности клеток эндометрия и миометрия; децидуоподобная реакция стромы; утолщение и фиброз стенок сосудов; тромбоз капилляров; снижение васкуляризации и количества сосудов; развитие атрофических процессов и аменореи);
- на подавление антиперистальтической активности маточных труб;
- на супрессию гипоталамо-гипофизарной функции (слабовыраженное торможение секреции ЛГ, изменение процесса овуляции и функции желтого тела);
- такой механизм действия, принципиально отличный от медьсодержащих ВМК, объясняет наличие у Мирены качественно новых свойств.
- Внутриматочная гормональная система Мирена имеет Т-образный корпус, что обеспечивает устойчивое расположение в полости матки. На одном конце корпус имеет петлю, к которой прикреплены нити для удаления системы. На корпусе расположена гормонально-эластомерная сердцевина, представляющая собой вещество белого или почти белого цвета. Сердцевина покрыта полупрозрачной мембраной, регулирующей поступление левоноргестрела в полость матки.
- В целом система содержит 52 мг действующего вещества. Из полости матки через сеть капилляров в базальном слое эндометрия ЛНГ мигрирует в стенку матки, системный кровоток и органы-мишени. Выделяемая доза настолько мала, что системных побочных проявлений практически нет:
 - скорость высвобождения действующего вещества после введения составляет 20 мкг/сут, к концу пятого года снижается до 10 мкг/сут;
 - через 15 мин после введения Мирены ЛНГ можно обнаружить в плазме крови, где он главным образом реагирует с белком,

связывающим половые стероиды, средство которого к ЛНГ выше, чем к эндогенным стероидам.

- Распределение левоноргестрела характеризует Мирену как препарат преимущественно местного действия. Наибольшая концентрация вещества сохраняется в эндометрии (слизистой оболочке матки).
- В миометрии (в мышечной оболочке) концентрация левоноргестрела едва достигает 1% от концентрации в эндометрии.
- Аменорея на фоне ВГС обусловлена локальным воздействием ЛНГ на эндометрий (у 20% женщин в течение первого года применения Мирены):
 - у женщин с нормальной менструальной кровопотерей число дней кровотечения уменьшается и через 1 год оно может составить 1 день;
 - при меноррагии уже через 3 мес. объем кровопотери уменьшается на 86%, через 1 год – на 97%;
 - на фоне высокой концентрации ЛНГ в эндометрии происходит торможение пролиферативных процессов, подавление митотической активности клеток эндометрия и миометрия, снижение его чувствительности к эстрадиолу, в чем и заключается антиэстрогенный и антимитотический эффекты Мирены;
 - ЛНГ-ВМС в значительно большей мере предохраняет от внематочной беременности по сравнению с другими внутриматочными средствами.
- Преимущества метода:
 - надежный контрацептивный эффект, который сравним с хирургической стерилизацией;
 - низкие дозы гестагенов в кровотоке;
 - отсутствие эффекта первичного прохождения через желудочно-кишечный тракт и печень;
 - высокая безопасность;
 - обратимость контрацептивного действия (фертильность восстанавливается через 6 – 24 мес. после окончания действия средства);
 - отсутствие связи с половым актом и необходимости ежедневного самоконтроля за использованием;
 - уменьшение объема и длительности менструальной кровопотери (у 82 – 96% пациенток); лечебный эффект применения при идиопатической меноррагии, ДМК, миоме матки небольших

размеров, аденомиозе, гиперплазии эндометрия, дисменорее, ПМС;

- возможность применения в качестве гестагенного компонента заместительной гормонотерапии;
- низкая частота воспалительных процессов и внематочной беременности.
- После удаления Мирены фертильность женщины восстанавливается достаточно быстро: в течение года частота запланированных беременностей достигает 79,1–96,4%. Состояние эндометрия восстанавливается через 1 – 3 мес. после удаления ЛНГ-ВМС, менструальный цикл нормализуется в течение 30 дней, фертильность – в среднем через 12 мес.
- При отсутствии беременности Мирену можно вводить в любое время цикла: сразу после аборта в I триместре и при отсутствии инфекции, после родов – не ранее чем через 4 нед. Мирена не оказывает влияния на качество и количество грудного молока, рост и развитие ребенка и может использоваться через 4 нед. после родов как кормящими, так и не кормящими. Проводить замену ВГС можно в любой день менструального цикла.
- Решившись на установку ВГС, женщина должна пройти общеклиническое обследование, влагалищное исследование, УЗИ органов малого таза, расширенную кольпоскопию и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища, осмотр молочных желез. Необходимо исключить онкологическую патологию органов женской половой сферы, беременность и инфекции, передающиеся половым путем. Все воспалительные гинекологические заболевания ко времени установки должны быть полностью излечены.
- Через 1 мес. после введения Мирены необходимо провести первый контрольный осмотр, для того чтобы проверить наличие нитей и убедиться, что ВГС установлена правильно. Повторные осмотры следует проводить через 3 мес., в дальнейшем достаточно не реже 1 раза в 6 мес., а затем ежегодно. Можно обучить пациентку осуществлять после каждой менструации самообследование: пальпаторно проверять положение нитей ВГС, чтобы не пропустить экспульсию Мирены. Если нити не обнаружены, необходимо провести трансвагинальное УЗИ.
- Применение Мирены не приводит к гипер- или дислипидемии, не вызывает активности печеночных ферментов. Кроме этого, результаты клинических исследований, продолжавшихся в течение 5 лет,

- свидетельствовали о том, что Мирена не оказывает отрицательного влияния на показатели артериального давления, массу тела.
- У женщин с врожденными и приобретенными клапанными пороками сердца установку и удаление ВГС рекомендуется проводить под прикрытием антибиотиков во избежание развития септического эндокардита.
 - Как любой метод контрацепции, Мирена, наряду с явными преимуществами, имеет ряд противопоказаний к применению.
 - К ним относятся состояния, которые доказано или теоретически могут быть опасными при использовании ВГС с левоноргестрелом:
 - послеродовой период: 48 ч. – 4 нед. (высокий риск экспульсии ВГС);
 - тромбоз глубоких вен или тромбоэмболия легочной артерии;
 - доброкачественная трофобластическая болезнь (пузырный занос);
 - рак молочной железы;
 - рак яичников;
 - очень высокая вероятность гонореи или других заболеваний, передающихся половым путем, например, хламидиоза;
 - ВИЧ-инфекция в стадии СПИДа (кроме случаев успешной антиретровирусной терапии);
 - активное заболевание печени (острый вирусный гепатит, тяжелый декомпенсированный цирроз, доброкачественные или злокачественные опухоли печени).
 - Абсолютные противопоказания для применения ВГС с левоноргестрелом:
 - беременность;
 - послеродовой сепсис;
 - непосредственно после септического аборта;
 - вагинальное кровотечение неизвестной природы до обследования;
 - хорионэпителиома;
 - рак шейки матки (до лечения);
 - активное заболевание печени (острый вирусный гепатит, тяжелый декомпенсированный цирроз, доброкачественные или злокачественные опухоли печени);
 - активный или недавно перенесенный рак молочной железы (гормонально-чувствительная опухоль);
 - рак эндометрия;

- деформация полости матки миомами или анатомические аномалии строения;
- текущее воспалительное заболевание органов малого таза;
- текущий гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея, туберкулез женской половой системы.
- В заключение необходимо отметить, что при адекватном сборе анамнеза, достаточном обследовании пациентки перед установкой ВГС, достаточной квалификации врача практически нет шансов на негативные изменения организма женщины в ответ на данный контрацептив.
- Учитывая, что ВГС Мирена не только является высокоэффективным и обратимым методом контрацепции для женщин всех возрастных групп, но и обладает лечебными свойствами при ряде гинекологических заболеваний, этот метод контрацепции должен занимать достойное место в повседневной практике современного акушера-гинеколога.

Женская хирургическая контрацепция (добровольная хирургическая стерилизация)

- С 1 января 2012 г. проведение добровольной хирургической стерилизации регламентирована статьей 57 «Медицинская стерилизация» федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в России» от 21.11.2011 № 323–ФЗ.
- Медицинская стерилизация, как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, может быть проведена только после письменного заявления гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина имеющей не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей.
- По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, призванного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособности.
- В соответствии со статьей 37 «Порядка оказания медицинской помощи» закона «Об основах охраны здоровья граждан России» от 21.11.2011 № 323 – ФЗ медицинская стерилизация проводится в

учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

- Учитывая фактор добровольности и необходимости правильного проведения стерилизации, особое внимание уделяется проведению консультирования, при котором женщину ставят в известность о следующем:
 - пациентка и ее партнер могут воспользоваться другими доступными методами контрацепции;
 - женская стерилизация осуществляется путем хирургического вмешательства;
 - метод имеет преимущества и недостатки, включающие не-большой риск неудачной операции;
 - в случае успешного проведения процедуры женщина уже не сможет иметь детей;
 - процедура необратима, и восстановление способности к деторождению, как правило, невозможно;
 - женщина имеет право изменить свое решение в любой момент до проведения операции.
- Цель консультирования заключается в том, чтобы женщина приняла обдуманное решение, основанное на свободном выборе. Необходимо предоставлять объективную информацию и помогать пациентам в принятии собственного решения.
- Хирургическая стерилизация относится к необратимым методам контрацепции. После нее исключается возможность наступления беременности. В ряде случаев можно восстановить фертильность после проведения микрохирургических операций. Согласно требованию ВОЗ, современный метод контрацепции должен максимально отвечать следующим основным условиям:
 - быть высокоэффективным;
 - не оказывать системного влияния на организм;
 - оказывать по возможности обратимое действие;
 - быть простым в применении;
 - быть доступным для любых социальных групп населения;
 - быть экономически выгодным.
- В связи с поиском способов хирургической стерилизации женщин, максимально отвечающим перечисленным требованиям, применяются различные доступы к маточным трубам: лапароскопия, лапаротомия, мини-лапаротомия, кольпотомия, гистероскопия.

- Женская хирургическая контрацепция – хирургическая операция, приводящая к невозможности оплодотворения яйцеклетки и транспорта ее из фолликула в матку.
- Показания к стерилизации – желание полного предотвращения оплодотворения. Медицинские показания вторичны, они включают все противопоказания для наступления беременности, наряду с непереносимостью других методов контрацепции.
- В связи с возможностью выбора метода стерилизации, также оптимальных сроков ее проведения, противопоказаний к ней немного. Стерилизацию не следует проводить пациенткам, не уверенным или сомневающимся в необходимости процедуры.
- Выделяют целый ряд состояний, при которых просьба в проведении стерилизации должна быть отклонена:
 - карцинома половых органов;
 - выраженное ожирение;
 - спаечная болезнь;
 - перитониты, сальпингиты и другие воспалительные заболевания тазовых органов;
 - опухоли кишечника и другие опухоли брюшной полости;
 - заболевания сердца и легких.
- **Методы стерилизации:**
 - маточные трубы могут быть удалены хирургическим путем (частично или полностью), либо могут быть подвержены окклюзии путем коагуляции или наложения механических клипс, фиксаторов, пробок;
 - метод стерилизации и хирургической доступ влияют на эффективность процедуры, тип и частоту осложнений; доступ к маточным трубам может быть обеспечен лапаротомией, мини-лапаротомией, лапароскопией, задней кольпоцелиотомией, гистероскопией.
- **Хирургическая контрацепция после родов:**
 - кесарево сечение в настоящее время является самой распространенной операцией в акушерстве;
 - женщина после этой операции нуждается в надежной и безопасной контрацепции.
- Несмотря на изменения законодательства, ДХС, особенно в послеродовом периоде, не получила распространения. Очевидно, что это обусловлено следующими факторами:

- традиционным отношением к оперативному вмешательству как сложной процедуре;
- отсутствием обоснованных критериев отбора пациенток для контрацепции данным методом;
- отсутствием разработанной методики информирования и консультирования различных групп населения поэтому метода контрацепции.
- **Абсолютные противопоказания к ДХС в послеродовом периоде:**
 - продолжительность безводного промежутка 24 ч и более;
 - острая инфекция во время родов и после них.
- **Относительные противопоказания:**
 - артериальная гипертензия (АД более 160/100 мм рт. ст.);
 - кровотечения в родах и в послеродовом периоде, сопровождающиеся анемией (Hb менее 80 г/л);
 - ожирение III – IV степени.
- Послеродовая стерилизация может быть выполнена во время кесарева сечения или сразу после выделения последа, а также в течение 48 ч после родов.
- При послеродовой стерилизации предпочтительным абдоминальным доступом является мини-лапаротомия. Лапароскопическая стерилизация в послеродовом периоде считается недопустимой.

Экстренная контрацепция

- Одним из методов, позволяющих уменьшить число незапланированных беременностей, является экстренная контрацепция (ЭК): экстренной контрацепцией пользуются не позднее 120 часов после незащищенного полового акта (а лучше в течение 72 часов):
 - в некоторых случаях (изнасилование, принуждение к половому акту) ЭК является единственным методом контрацепции и используется как чрезвычайная мера защиты не только от нежелательной беременности, но и от психической травмы, связанной с ней;
 - мнение экспертов ВОЗ – многие женщины в мире не знают о существовании достаточно эффективных методов ЭК, в связи с чем своевременно не обращаются к врачу за помощью;
 - отсутствие информации о методах ЭК является одной из причин высокой частоты возникновения нежелательной беременности и в последующем искусственных абортов.

- Экстренная или посткоитальная контрацепция – использование тех средств, которые женщины могут использовать в течение нескольких дней после незащищенного полового акта для предупреждения беременности («аварийная», «неотложная», «срочная», «пожарная» контрацепции):
 - цель ЭК – предотвратить нежелательную беременность после незащищенного полового акта на этапах овуляции, процесса оплодотворения и имплантации.
- Показания для ЭК:
 - чрезвычайная мера предохранения от нежелательной беременности женщинам, подвергшимся изнасилованию;
 - при наличии сомнений в целостности использования презерватива, в тех случаях, когда при половом контакте смещается противозачаточная внутривлагалищная диафрагма;
 - при экспульсии внутриматочного контрацептива (ВМК);
 - при пропуске приема оральных контрацептивов или в тех случаях, когда планируемые методы контрацепции по каким-то причинам не могут быть использованы;
 - пациентки, редко живущие половой жизнью;
 - молодые женщины, у которых может возникнуть нежелательная беременность после полового акта без применения контрацептивов;
 - жизнеспособность сперматозоидов в половом тракте женщины сохраняется от 3 до 7 суток, а оплодотворенной яйцеклетки – 12 – 24 часа;
 - назначение ЭК целесообразно в первые 24 – 72 ч. после полового контакта.
- Абсолютные противопоказания для гормонального метода ЭК:
 - такие же, как и для гормональных контрацептивов:
 - тромбоз эмболии в анамнезе;
 - тромбоз флебит;
 - тяжелые заболевания печени;
 - кровотечение неясной этиологии;
 - рак молочных желез;
 - рак эндометрия;
 - нежелательно интенсивно курящим женщинам старше 35 лет.

- Наиболее эффективными являются два метода ЭК: использование гормональных препаратов и введение внутриматочного контрацептива.
- Для ЭК могут быть использованы следующие гормональные средства – эстрогены, эстроген-гестагенные препараты, гестагены, антигонадотропины, антипрогестины.
- Комбинированные эстроген-гестагенные препараты являются одними из распространенных средств ЭК:
 - метод заключается в двукратном назначении 200 мкг этинилэстрадиола и 1 мг левоноргестрела в течение 72 ч после полового акта с перерывом 12 ч;
 - одним из преимуществ данного метода является то, что с целью ЭК можно использовать практически любой имеющийся в продаже комбинированный гормональный препарат, в том числе и низкодозированный при этом число таблеток будет варьировать в зависимости от их состава и дозировки;
 - эффективность метода Юзпе зависит от длительности интервала между половым актом и применением ЭК (чем меньше интервал, тем выше эффективность), а также от дня менструального цикла, в который произошел половой акт;
 - экскапел содержит 1,5 мг левоноргестрела и применяется однократно не позднее 96 ч после незащищенного полового акта;
 - мифепристон в дозе 10 мг не позднее 72 ч после незащищенного полового акта (препарат показан в тех случаях, когда женщине противопоказаны другие гормональные методы контрацепции; в зависимости от фазы цикла препарат блокирует или задерживает овуляцию, или же нарушает трансформацию эндометрия).
- Внутриматочная экстренная контрацепция:
 - введение ВМК может быть произведено в течение 5 – 7 дней после незащищенного полового акта;
 - эффективность данного метода выше, чем при использовании метода Юзпе;
 - следует учитывать индивидуальные особенности женщины, противопоказания к введению ВМК и желание пациентки в дальнейшем длительно использовать именно этот метод;
 - учитывая риск воспалительных заболеваний матки и придатков в течение первых 10 – 14 дней после введения ВМК, его целесообразно применять в качестве ЭК молодым нерожавшим

пациенткам при наличии большого числа половых партнеров, при случайных половых связях.

- Абсолютные противопоказания к применению ВМК с целью ЭК такие же, как и при других видах внутриматочной контрацепции (беременность, ИППП или воспалительные заболевания органов малого таза в настоящем или в последние 3 месяца перед введением ВМК, предшествующий септический аборт или сепсис после родов, кровотечения из половых путей неясной этиологии, рак шейки матки).
- Консультирование до и после назначения экстренной контрацепции:
 - уточнение даты последней менструации и исключение возможной беременности;
 - если у пациентки не было менструации в ожидаемый срок по другим причинам (применение инъекционного контрацептива, послеродовой период, кормление грудью, нерегулярный менструальный цикл) или же не помнит дату последней менструации, до тех пор, пока не будет проведен тест на беременность, ЭК рекомендовать нельзя;
 - уточнение интервала времени, прошедшего с момента незащищенного полового акта (если с момента незащищенного полового акта прошло более 72 ч, гормональные методы ЭК рекомендовать не следует, так как их эффективность в данном случае значительно снижается; следует проконсультировать пациентку о возможности применения ВМК с целью ЭК (до 5 дней после незащищенного акта);
 - после применения ЭК до наступления следующей менструации следует регулярно пользоваться каким-либо дополнительным методом контрацепции;
 - информирование пациентки о возможных побочных эффектах после применения ЭК (если у пациентки отмечается рвота в течение 2 ч после приема гормональных таблеток, то дозу необходимо повторить; если менструация наступает на неделю позже предполагаемого срока, то необходимо рекомендовать пациентке проведение теста на беременность);
 - медицинское наблюдение за пациентками после применения ЭК предусматривает исключение возможной беременности, консультирование в отношении выбора метода плановой кон-

трацепции и обучения навыкам правильного применения современных контрацептивов.

Трансдермальная гормональная контрацепция

- Трансдермальный метод доставки действующего вещества исключает эффект первичного прохождения через печень, обеспечивает равномерную концентрацию препарата в плазме крови в течение суток, дает дополнительную уверенность в контрацептивном эффекте: нет необходимости в дополнительном применении контрацепции при диарее, рвоте, а также в случаях, когда женщина забыла заменить пластырь на новый в течение 48 ч контрацептивный эффект сохраняется:
 - контрацептивная система «евра» пластырь, площадь которого с кожей равна 20 см²;
 - каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола и 6 мг норэргестромина;
 - в течение 24 ч система выделяет в кровь 150 мкг норэргестромина и 20 мкг этинилэстрадиола, что соответствует комбинированным микродозированным КОК;
 - норэргестромин – высокоселективный гестаген последнего поколения, биологически активный метаболит норгестимат.
- **Противопоказания к применению:**
 - беременность или подозрение на нее;
 - период лактации;
 - кровотечение из половых путей неясной этиологии;
 - венозный или артериальный тромбоз (тромбоэмболия в том числе в анамнезе), а также наличие факторов риска артериального тромбоза (тяжелая артериальная гипертензия (160/100 мм рт.ст. и выше), диабетическая ангиопатия, наследственная предрасположенность к венозному или артериальному тромбозу);
 - тяжелые заболевания печени и опухоли;
 - гормонозависимые опухоли репродуктивной системы;
 - мигрень с очаговой невролитической симптоматикой;
 - заболевания кожи;
 - повышенная чувствительность компонентам препарата;
 - недопустимо наложение пластыря на область молочных желез, а также на гиперемированные или поврежденные участки кожи.
- **Преимущества метода:**

- длительная контрацепция;
- гормоны выделяются по биологическому градиенту, и, следовательно, их концентрация весьма незначительно колеблется на протяжении суток;
- отсутствие ежедневного самоконтроля за использованием контрацептивного средства;
- путь введения препарата (не внутрь) исключает множество нежелательных реакций (эффект первичного прохождения через печень);
- заболевания ЖКТ (в том числе сопровождающиеся рвотой или диареей) не препятствуют введению препарата и не влияют на его эффективность;
- быстрое восстановление фертильности;
- Надежная система обеспечивает устойчивое, продолжительное высвобождение активных веществ и служит реальной альтернативой для женщин, которым сложно ежедневно помнить о приеме таблеток.
- При отклеивании пластыря рекомендуется его заново приклеить, а в случае неудачи – использовать новый пластырь:
 - важно знать, что при полном отклеивании пластыря защита от беременности сохраняется в полной мере, в течение 24 ч без использования каких-либо дополнительных методов контрацепции;
 - при раздражении кожи следует снять пластырь и приклеить новый на другое место;
 - женщинам с массой тела 90 кг и более следует рекомендовать другие методы контрацепции, так как наличие выраженного слоя подкожной жировой клетчатки препятствует диффузии компонентов.
- Побочные эффекты, типичные для гормональной терапии (головная боль, межменструальные кровянистые выделения) менее выражены, носят транзиторный характер и не ограничивают возможности использования пластыря в последующем.
- В течение месяца используются три контрацептивных пластыря:
 - каждый пластырь должен находиться на коже в течение 1 нед. (7 дней), а затем в тот же день недели его следует заменить на другой;
 - в дальнейшем следует сделать 7-дневный перерыв, в течение которого наступает менструальноподобная реакция;

- если женщина переходит с КОК на использование пластыря, то его следует наклеить на кожу в первый день менструальноподобной реакции, начавшейся после прекращения приема КОК;
- пластырь наклеивается на чистую, сухую, здоровую кожу в области ягодиц, живота, плеча или верхней части туловища, за исключением молочных желез;
- каждый следующий пластырь необходимо наклеить на другой участок кожи, можно в пределах одной анатомической области.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) относятся к наиболее распространенным методам регуляции рождаемости и содержат в своем составе эстрогенный и гестагенный компоненты.
- В качестве эстрогенного компонента КОК используется синтетический эстроген этинилэстрадиол (ЕЕ), в качестве прогестагенного – различные синтетические прогестагены. (гестоден, левоноргестрел, ципротерона ацетат, дезогестрел, диеногест, дроспиренон).
- Фармакологическое действие ЭЭ – эстрогенное, анаболическое, гиполипидемическое:
 - взаимодействует со специализированными эстрогенными рецепторами в клетках мишенях;
 - быстро абсорбируется через слизистые оболочки и кожу;
 - подвергается гепатоэнтеральной рециркуляции, сопровождающейся эффектом «первичного прохождения» через печень;
 - эстрадиол (Е₂) является наиболее мощным природным эстрогеном, который секретируется яичниками, однако Е₂ обладает низкой активностью при пероральном приеме;
 - добавление этиниловой группы в положении 17 делает молекулу ЭЭ, высокоактивной, а также изменяет ее свойства, что препятствует связыванию с глобулином, связывающим половые гормоны, делает ее устойчивой к ферментативному расщеплению с помощью 17-бета-гидроксилазы и придает более высокое сродство к рецептору эстрогена;
 - без присутствия гестагенов ЭЭ оказывает эстрогенное влияние и вызывает пролиферацию эндометрия, стимулирует развитие матки и вторичных половых признаков;

- будучи в составе КОК, ЭЭ поддерживает пролиферацию эндометрия и обеспечивает контроль цикла (отсутствие промежуточных кровотечений при приеме КОК);
- кроме того, ЭЭ необходим для замещения эндогенного эстрадиола, поскольку при приеме КОК нет роста фолликула и, следовательно, эстрадиол в яичниках не вырабатывается.
- В настоящее время КОК пользуются большой популярностью во всем мире, обеспечивая:
 - высокую контрацептивную надежность;
 - хорошую переносимость;
 - доступность и простоту применения;
 - отсутствие связи с половым актом;
 - адекватный контроль менструального цикла;
 - обратимость (полное восстановление фертильности в течение 1 – 12 мес. после прекращения приема);
 - безопасность для большинства соматически здоровых женщин;
 - лечебные эффекты;
 - профилактические эффекты.
- Эстрогенсодержащие средства (КОК, пластыри, вагинальные кольца и др.), несмотря на их высокую контрацептивную эффективность, не лучший выбор у женщин в послеродовом периоде:
 - при грудном вскармливании эти средства назначают не раньше, чем через 6 месяцев после родов и лишь под наблюдением врача;
 - при отсутствии лактации ситуация несколько проще: комбинированные контрацептивы можно назначить уже 21-го дня после родов при отсутствии у женщин факторов риска тромбоэмболических осложнений;
 - к этой группе факторов относят следующие: возраст старше 35 лет, тромбоэмболические осложнения в анамнезе, тромбофилии, генетические мутации, повышающие риск тромбозов, неподвижность, переливание крови при предыдущих родах, ИМТ менее 30 кг/м², послеродовое кровотечение, преэклампсия различной степени тяжести, курение и некоторые другие.
- Довольно жесткие критерии для использования комбинированных контрацептивов в послеродовом периоде обусловлены двумя причинами:
 - эти средства увеличивают риск тромбоэмболических осложнений (поэтому назначение КОК сразу после родов запрещено (связано это прежде всего с тем, что необходимо время для восстановления

параметров системы гемостаза и снижения риска артериальных и венозных тромбозов после беременности и родов;

- вероятно, КОК могут снижать лактацию.
- Некоторое различие в частоте развития венозной тромбоэмболии (ВТЭ) на фоне приема КОК в зависимости от прогестина:
 - наибольшую значимость имеет наследственная предрасположенность к повышенной свертываемости крови, в частности генетические мутации – гомозиготный полиморфизм генов V фактора свертывания крови (лейденская мутация), крайне редко встречающийся гомозиготный полиморфизм генов I (фибриноген) фактора свертывания крови;
 - носительство лейденской мутации повышает склонность к тромбозам и может приводить к опасным осложнениям беременности – преждевременной отслойке плаценты, антенатальной гибели плода, преэклампсии;
 - если в семейной истории был эпизод тромбоза глубоких вен, ТЭЛА, инсульт или инфаркт миокарда в молодом возрасте – это весомый повод для тщательного обследования женщин с целью исключения лейденской мутации и других форм тромбофилии (в случае обнаружения этих дефектов предпочтение лучше отдать чисто прогестагенной контрацепции (не повышает риск тромбоэмболических осложнений)).
- Качественный и количественный состав гормональных контрацептивов продолжает совершенствоваться и расширяться. В настоящее время по рекомендациям ВОЗ доза эстрогенного компонента в КОК, использующихся с целью плановой контрацепции, не должна превышать 35 мкг этинилэстрадиола (низкодозированные контрацептивы). Следует подчеркнуть, что с целью плановой контрацепции следует использовать низко- и микродозированные препараты.
- **Механизм действия КОК** одинаков для всех препаратов, он не зависит от состава препарата, дозы его компонентов и фазности.
- Контрацептивное действие ОК осуществляется на различных уровнях системы гипоталамус – гипофиз – яичники – матка – маточные трубы. Этот механизм включает в себя подавление гонадотропной функции гипофиза посредством торможения выработки синтезируемых гипоталамусом релизинг-гормонов, что приводит к торможению овуляции и временной стерильности.
- Доказано и непосредственное тормозящее действие оральных контрацептивов на функцию яичников. Яичники при применении КОК

уменьшаются в размерах, содержат много атретических фолликулов, секреция эстрогенов яичниками снижается почти в два раза.

- Эндометрий также претерпевает изменения: подвергается быстрой регрессии в пролиферативной фазе цикла и преждевременной секреторной трансформации.
- Иногда наблюдаются атрофические изменения, которые оказывают антиимплантационный эффект.
- Также под влиянием гормональных контрацептивов замедляется перистальтика маточных труб и прохождение по ним яйцеклетки.
- КОК способствуют изменению биохимического состава цервикальной слизи, а отсутствие в ней циклических изменений, свойственных нормальному менструальному циклу, делает ее вязкой, что значительно ухудшает пенетрацию сперматозоидов.
- Таким образом, КОК при правильном применении обладают практически стопроцентной контрацептивной эффективностью.

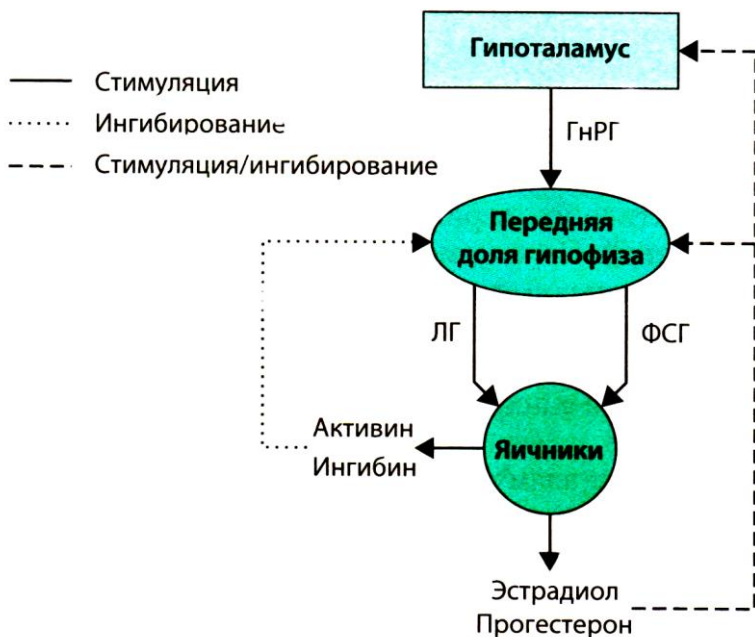


Рис. 1. Источники гормонов, органы мишени и механизма обратной связи, составляющей систему гипоталамус-гипофиз-яичники.

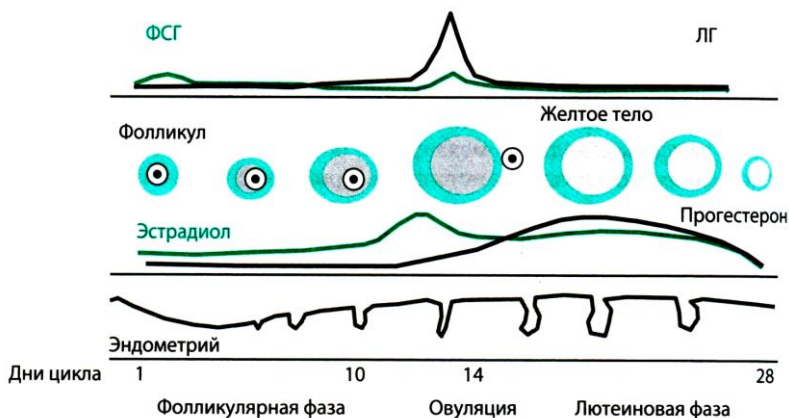


Рис. 2. Уровни гормонов на разных этапах овуляторного цикла.

- **Женщинам, принимающим КОК, следует:**
 - строго соблюдать режим приема препарата – не пропускать прием таблеток.
 - КОК принимать ежедневно в одно и то же время (лучше перед сном);
 - знать о возможных побочных эффектах и соответствующих правилах поведения в таких ситуациях, т.е. любые жалобы, возникающие при приеме КОК, следует обязательно обсудить с врачом;
 - при отсутствии менструально-подобной реакции следует продолжить прием таблеток по обычной схеме и обратиться к врачу для исключения беременности; при подтверждении беременности следует немедленно прекратить прием КОК;
 - вопросы одновременного применения КОК с другими лекарственными средствами (антибиотики, противосудорожные препараты и т.д.) обсудить с врачом;
 - при внезапной локализованной сильной головной боли, приступах мигрени, болях за грудиной, острым нарушении зрения, затрудненном дыхании, желтухе, повышении АД более 160/100 мм рт. ст. – сразу же прекратить прием препарата и обратиться к врачу;

- уменьшить количество выкуриваемых сигарет или лучше всего отказаться от курения;
- знать о том, что после прекращения приема КОК беременность может наступить в первом цикле отмены.

Оценка пациенток для гормональной и внутриматочной контрацепции

- Для оптимизации работы акушера-гинеколога в вопросе подбора обратимых эффективных методов контрацепции целесообразно использовать оценочные таблицы:
 - таблицы предназначены для того, чтобы выявить противопоказания к гормональной и внутриматочной контрацепции (состояния, относящиеся к категории III и IV), а также состояния, не являющиеся противопоказаниями, но требующими дополнительного обследования перед началом использования метода (состояния, относящиеся к категории II);
 - использование оценочных таблиц позволяет врачу не пропустить имеющиеся противопоказания к гормональной и внутриматочной контрацепции, что повысит безопасность использования данных вариантов предохранения от нежелательной беременности;
 - таблицы с применением терминологии, понятной пациентке, могут быть заполнены ею самой, например, во время ожидания приема врача или в другое время к следующему визиту к врачу;
 - таблицы могут заполняться с помощью медицинского работника (акушерки, фельдшера, медицинской сестры или врача) или самим медицинским работником;
 - каждая таблица занимает один лист (с двух сторон), что минимизирует возможность утраты документации;
 - в таблице приведена краткая инструкция пациентке (прочитать внимательно утверждения, касающихся различных состояний (в левом столбце таблицы));
 - в случае если эти утверждения подходят для пациентки, в графе таблицы «ДА» ставится любой знак (v, +, x);
 - если утверждения пациентки не соответствуют, любой знак ставится в графе «НЕТ»;

- если пациентка затрудняется ответить, ей предлагается оставить пустое место, чтобы заполнить его во время консультации врачом;
- перечисленные диагнозы должны быть установлены врачом, а не являться догадками самой пациентки;
- после заполнения таблицы – подпись пациентки;
- оценочные таблицы для выявления противопоказаний перед началом использования гормональной (комбинированной) и внутриматочной контрацепции (таб. 1 и таб. 3 соответственно), а также таблицы для выявления состояний, относящихся к категории ВОЗ II, для комбинированной гормональной и внутриматочной контрацепции (таб. 2 и таб. 4 соответственно);
- в оценочных таблицах 1 и 3, касающихся противопоказаний к комбинированной гормональной и внутриматочной контрацепции при наличии хотя бы одного знака в графе «ДА» метод является противопоказанным (количество состояний, являющихся противопоказанием, не имеет значения); в этом случае врач не тратит времени на описание методов контрацепции, которые пациентке противопоказаны, а дает информацию о других методах; если пациентка отмечает «НЕТ» на все утверждения таблиц 1 и 3, и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу;
- оценочные таблицы 2 и 4 (для комбинированной гормональной и внутриматочной контрацепции соответственно) используются для того, чтобы более четко определить необходимый комплекс обследования пациентки перед началом использования контрацепции;
- при наличии каких-либо заболеваний или других состояний специфического характера может потребоваться проведение дополнительных обследований и анализов перед началом использования комбинированной и внутриматочной контрацепции:
 - А - проведение данного обследования (анализа) настоятельно рекомендуется во всех случаях и является гарантией безопасности и эффективности использования конкретным методом контрацепции;

- В - проведение обследования/анализа в значительной степени обеспечивает безопасность и эффективность конкретным методом контрацепции;
 - С - проведение данного обследования или анализа не обеспечивает какой-либо существенной гарантии безопасности и эффективности конкретного метода контрацепции.
- Для комбинированной гормональной контрацепции к группе - А - из обследований относится измерение АД; к группе - В - обследование молочных желез врачом, обследование тазовых/половых органов, скрининг на предмет выявления рака шейки матки, оценка риска заражения ИППП (сбор анамнеза, общий осмотр), определение индекса массы тела; к группе - С - стандартные лабораторные анализы, определение уровня гемоглобина в крови, скрининг на предмет выявления ИППП (ВИЧ) (лабораторные анализы).
 - Для внутриматочной контрацепции к группе - А - относятся: обследование тазовых (половых органов), оценка риска заражения ИППП/ВИЧ (сбор анамнеза и общий осмотр); к группе - В - обследование молочных желез врачом, скрининг на предмет выявления рака шейки матки, определение уровня гемоглобина, скрининг на предмет выявления ИППП/ВИЧ (лабораторные анализы); к группе - С - стандартные лабораторные анализы, измерение АД, определение массы тела.
 - Наличие личной подписи пациентки в конце заполненной таблицы позволяет рассматривать как дополнение к информированному согласию для использования соответствующих методов контрацепции.
 - Один из возможных выводов – упорно, методично, шаг за шагом преодолевать контрацептивную безграмотность населения, зачатую порожденную страхами или негативным опытом применения препаратов из прошлого века, однако есть и другие решения; не назначать женщинам средства контрацепции, а помогать выбрать только то, что больше нравится им самим, и это уже не голая теория и благие призывы, а вполне реально работающий практический инструмент, позволяющий добиться большей приверженности контрацепции в целом.

**Таблица оценки пациентки перед началом использования
комбинированных гормональных средств контрацепции
(выявление противопоказаний)**

ФИО _____

Полных лет _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «ДА» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «НЕТ».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит, прежде всего, безопасность выбранного метода контрацепции.

	<i>Утверждения</i>	<i>ДА</i>	<i>НЕТ</i>
1	Вам 35 и более, и Вы курите		
2	Вы кормите ребенка грудью, и прошло менее 6-и месяцев после последних родов		
3	Вы <u>не</u> кормите ребенка грудью, но после последних родов прошло менее 3-х недель		
4	Ваше артериальное давление (АД) более 140/90 мм рт. ст. (т.е. у Вас гипертоническая болезнь)		
5	Инфаркт, ИБС (ишемическая болезнь сердца) в анамнезе		
6*	Другие заболевания сосудов (болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивная ретинопатия, транзиторные ишемические атаки)		

7	У Вас был ранее инсульт (кровоизлияние в головной мозг)		
8	Заболевания клапанного аппарата сердца (легочная гипертензия, бактериальный эндокардит в анамнезе и т.д.)		
9*	Вторичная болезнь Рейно с волчаночным антикоагулянтом		
10	Сильные головные боли (мигрени) с нарушением зрения		
11	Сильные головные боли (мигрени) <u>без</u> нарушения зрения, и Вам 35 лет и более (оба условия д.б. одновременно)		
12	У Вас были ранее тромбофлебит глубоких вен и/или тромбозмболия легочной артерии		
13	У Вас поставлен диагноз «системная красная волчанка», в настоящее время выявлены антифосфолипидные антитела (или о них нет информации)		
14	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), и прошло менее 3-х месяцев после выздоровления		
15	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), и показатели работы печени не в норме (Вы сдаете анализы и наблюдаетесь у терапевта, гепатолога или инфекциониста)		
16	Цирроз печени		
17	Опухоли печени		
18*	У Вас поставлен диагноз «первичный склерозирующий холангит», осложненный циррозом печени		
19	У Вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые Вас беспокоят и требуют приема лекарств		
20	У Вас была желтуха при использовании гормональных противозачаточных средств ранее		
21*	Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) (категория 2/3)		
22	Сахарный диабет (длительность более 20 лет и/или наличие сосудистых осложнений и/или поражение почек, органов зрения, центральной нервной системы)		

23	Рак молочной железы ранее и/или в настоящее время		
24*	Медработником или Вами самой обнаружено уплотнение в молочной железе (характер не ясен)		
25*	У Вас носительство генетической мутации, ассоциированной с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) (категория 2/3)		
26	Вы принимаете противосудорожные (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин кроме вальпроата натрия) или противотуберкулезные (рифампицин, рифабутин) препараты		
27	У Вас при специальном обследовании когда-либо были выявлены генные мутации (особенности генов), свидетельствующие о вероятности повышенного свертывания крови (мутация фактора V Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина C и S, недостаточность антитромбина)		
28	Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции из группы «усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы»		
29*	У Вас были в анамнезе мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника (для КОК)		
30	Планируется большое хирургическое вмешательство, с длительной иммобилизацией (ограничение движения)		
31*	Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле		

* – из национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю.

Подпись пациентки _____ (_____)
расшифровка подписи

Подпись врача/медсестры _____ (_____)
расшифровка подписи

Дата заполнения: _____

Информация для врача

В данный опросник включены абсолютные и относительные (ВОЗ, 2009 г., категории III и IV; национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, 2012 г.) противопоказания к использованию комбинированных гормональных контрацептивов. Если пациентка отвечает «**НЕТ**» на все утверждения таблицы, и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу. Ответ «**ДА**» исключает возможность использования комбинированных контрацептивов. При наличии состояний, относящихся к категории 2/3, вопрос об использовании комбинированных гормональных средств решается индивидуально с учетом других данных анамнеза и объективных данных.

Необходимо помнить, если женщина имеет сочетание нескольких факторов повышенного риска сердечно-сосудистых осложнений (артериальная гипертензия, ожирение (ИМТ>30), сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, курение), каждый из которых по отдельности может существенно увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний, использование КОК, контрацептивного пластыря или контрацептивного влагалищного кольца может повысить их риск до неприемлемого уровня. Однако простое суммирование категорий в случае множественных факторов риска не является оправданным. При использовании пациенткой антиретровирусной терапии – усиленных ритонавиром ингибиторов протеазы – возможно снижение эффективности гормонального контрацептива.

Таблица 2

Таблица оценки пациентки перед началом использования комбинированных гормональных средств контрацепции (необходимость дополнительных обследований, консультирования или наблюдения при использовании метода контрацепции)

ФИО _____

Полных лет _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «ДА» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «НЕТ».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит прежде всего безопасность выбранного метода контрацепции.

	<i>Утверждения</i>	<i>ДА</i>	<i>НЕТ</i>
1	Вы кормите ребенка грудью, и прошло более 6-и месяцев после последних родов		
2	Вам 40 лет и более		
3	У Вас было повышение артериального давления (АД) во время беременности (сейчас АД в норме)		
4	Поражение клапанов сердца (неосложненное течение)		
5	Тромбофлебит поверхностных вен в анамнезе		
6*	Вторичная болезнь Рейно без волчанного коагулянта		
7	Сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, и Вам менее 35 лет (оба условия д.б. одновременно)		
8*	Ревматоидный артрит (есть или нет прием иммунодепрессантов)		
9	Сахарный диабет неосложненный (длительность менее 20 лет, нет сосудистых осложнений, нет поражения почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
10	У Вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые Вас не беспокоят и не требуют приема лекарств		
11	У Вас удален желчный пузырь		
12	У Вас была желтуха (холестаз) при беременности		

13*	Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) (категория 2/3)		
14	Вам менее 35 лет, и Вы курите		
15*	Вы прекратили курить 1 год и более назад		
16	Кровотечение из влагалища неясной причины (подозрение на серьезное заболевание)		
17*	Известно носительство генетической мутации, ассоциированной с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) (категория 2/3)		
18	Вам поставлен диагноз «дисплазия» или «рак» шейки матки (<i>нужное подчеркнуть</i>)		
19	У Вас избыток массы тела (рост - масса тела -) ^		
20	У Вас установлен диагноз «гиперлипидемия» (в т.ч. повышен холестерин)		
21*	У Вас установлен диагноз «серповидно-клеточная анемия»		
22	У Вас планируется операция в ближайшие 6 месяцев		
23	Отягощенный семейный и/или акушерский анамнез:		
	У Вас были повторные замерзшие (неразвивающиеся) беременности (или внутриутробные гибели плодов)		
	У Вас была эклампсия или другие формы тяжелого позднего токсикоза беременности		
	У Вас были повторные преждевременные отслойки плаценты		
	У Вас был поставлен диагноз «Антифосфолипидный синдром»		
	У Вас был тромбоз вен при беременности		
	В анамнезе была внезапная смерть новорожденного		
	У Вас при небольшой травме или воспалительном процессе отмечался тромбоз ближайшей подкожной вены		
	У близких родственников (родителей, братьев, сестер, родных тетей и дядей) были инсульт или инфаркт миокарда в возрасте до 45 лет		
	У близких родственников были тромбоз глубоких вен или тромбоз эмболия легочной артерии		

	У близких родственников обнаружены врожденные дефекты свертывающей системы крови (склонность к повышенному свертыванию крови)		
24	Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции из группы «нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы»		

^ – ИМТ (индекс массы тела) – масса тела в кг/рост в м² (рассчитывается врачом)

ИМТ =

* – из национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю.

Подпись пациентки _____ (_____)
расшифровка подписи

Подпись врача/медсестры _____ (_____)
расшифровка подписи

Дата заполнения: _____

Информация для врача

В данный опросник включены состояния, относящиеся к категории II (ВОЗ, 4-й пересмотр, 2009 г.; национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, 2012 г.), для использования комбинированных гормональных контрацептивов. Если пациентка отвечает «**НЕТ**» на все утверждения таблицы, и она **не беременна**, можно переходить к консультированию по конкретному методу и выбору контрацептивного средства. При этом требуется минимальное обследование. Ответ «**ДА**» предусматривает необходимость дополнительных обследований по усмотрению врача. При наличии состояний, относящихся к категории 2/3, вопрос об использовании ВМК решается индивидуально с учетом других данных анамнеза и объективных данных.

Женщине, которая принимает КОК на фоне антиретровирусной терапии (нуклеозидных ингибиторов транскриптаз) рекомендуется дополнительно регулярно пользоваться презервативами для предупреждения передачи ВИЧ и для компенсации возможного снижения эффективности гормонального контрацептива.

**Таблица оценки пациентки перед началом использования
внутриматочных средств контрацепции
(выявление противопоказаний)**

ФИО _____

Полных лет _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «ДА» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «НЕТ».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит прежде всего безопасность выбранного метода контрацепции.

	<i>Утверждения</i>	<i>ДА</i>	<i>НЕТ</i>
1	Прошло менее 4-х недель после последних родов		
2	У Вас кровотечение из влагалища неясной причины		
3	У Вас в настоящее время выявлены воспалительные заболевания органов малого таза		
4	У Вас в настоящее время выявлены заболевания, передающиеся половым путем (гонорея, хламидиоз и др.)		
5	У Вас установлен диагноз «Туберкулез внутренних половых органов» (генитальный туберкулез)		
6	У Вас (или у вашего полового партнера) более, чем один половой партнер (категория 2/3)		
7	У Вас в настоящее время обнаружены врожденные нетипичные формы матки (двууголая матка, седловидная матка, однорогая матка, перегородка в матке)		

8	У Вас обнаружен узел миомы (фибромы) матки, растущий внутрь полости матки (так называемый субмукозный узел)		
9	У Вас устанавливался диагноз «трофобластическая болезнь» (пузырный занос, хорионкарцинома) ^		
10	У Вас выявлен в настоящее время рак шейки матки		
11	У Вас выявлен в настоящее время рак тела матки (рак эндометрия)		
12	У Вас выявлен в настоящее время рак яичника		
13	У Вас поставлен диагноз «Системная красная волчанка» и есть существенное снижение количества тромбоцитов (оба условия д.б. одновременно)		
14	У Вас установлен диагноз «СПИД», ВИЧ-инфекция		
	Для ВМК «Мирена»		
	После последних родов прошло менее 6-и недель и Вы кормите ребенка грудью		
	У Вас выявлен рак молочной железы ранее и/или в настоящее время		
	У Вас цирроз печени		
	У Вас обнаружены опухоли печени		
*	У Вас поставлен диагноз «Первичный склерозирующий холангит», осложненный циррозом печени		
	У Вас поставлен диагноз «Системная красная волчанка» и в настоящее время выявлены антифосфолипидные антитела (оба условия одновременно)		

^ – необходимо уточнить давность установления диагноза

* – из национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю.

Подпись пациентки _____ (_____)
расшифровка подписи

Подпись врача/медсестры _____ (_____)
расшифровка подписи

Дата заполнения: _____

Информация для врача

В данный опросник включены абсолютные и относительные (ВОЗ, 2009 г., категории IV и III; национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, 2012 г.) противопоказания к использованию ВМК. Если пациентка отвечает «НЕТ» на все утверждения таблицы, и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу. При ответе «ДА» ВМК не используются.

Исключением является п.6 (наличие более одного полового партнера – ВОЗ, категория 2/3). В данном случае вопрос об использовании ВМК решается индивидуально с учетом других данных анамнеза и объективных данных.

В п.9 при давности излечения трофобластической болезни 5 лет и более, ВМК можно использовать.

Таблица 4

Таблица оценки пациентки перед началом использования внутриматочных средств контрацепции (необходимость дополнительных обследований, консультирования или наблюдения при использовании метода контрацепции)

ФИО _____

Полных лет _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «ДА» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «НЕТ».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит прежде всего безопасность выбранного метода контрацепции.

	<i>Утверждения</i>	<i>ДА</i>	<i>НЕТ</i>
1	Вам менее 20 лет		
2	Вы не рожали		
3	Прошло менее 4-х недель после аборта (выкидыша) в сроки после 12 недель до 22 недель беременности		
4	У Вас обильные менструальные кровотечения (категория 2 для Cu-ВМК)		
5	У Вас длительные менструальные кровотечения (категория 2 для Cu-ВМК)		
6	У Вас сильные менструальные боли (дисменорея), требующие обезболивающих средств и/или постельного режима (категория 2 для Cu-ВМК)		
7	У Вас были воспалительные заболевания органов малого таза, и после этого не было беременностей		
8	Клапанные или другие врожденные заболевания сердца осложненная гипертензия, риск фибрилляции предсердий		
9	У Вас установлен диагноз «СПИД», ВИЧ-инфекция		
10	При ответе «да» в п.9, укажите: Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции (СПИД)		
11	(при ответе «нет» в п.9, эта строчка не заполняется)		
12*	У Вас поставлен диагноз «Системная красная волчанка» и Вы принимаете иммуносупрессивные препараты (оба условия д.б. одновременно)		
13	У Вас поставлен диагноз «Ревматоидный артрит» и Вы принимаете иммуносупрессивные препараты (оба условия д.б. одновременно)		
14	У Вас поставлен диагноз «Эндометриоз» (категория 2 для Cu-ВМК)		
	У Вас железодефицитная анемия (категория 2 для Cu-ВМК)		
	Для ВМК «Мирена»		
*	От первых менструаций (менархе) и до 18 лет и индексе массы тела $\leq 30 \text{ кг/ м}^2$		
	У Вас ранее был инсульт (кровоизлияние в головной мозг)		
	Сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения		

	Сильные головные боли (мигрени) с нарушением зрения		
	У Вас ранее был тромбоз глубоких вен		
	У Вас ранее была тромбоэмболия легочной артерии		
	У Вас при специальном обследовании когда-либо были выявлены генные мутации (изменения генов), свидетельствующие о вероятности повышенного свертывания крови (мутация фактора v Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина С и S, недостаточность антитромбина)		
	У Вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.)		
	У Вас удален желчный пузырь		
	У Вас была желтуха (холестаз) при использовании «гормональных» противозачаточных таблеток ранее		
	У Вас выявлен сахарный диабет		
	Медработником или Вами самой обнаружено уплотнение в молочной железе (характер неясен)		
	В настоящее время у Вас есть диагноз «дисплазия шейки матки)		
	У Вас установлен диагноз «гиперлипидемия» (в т.ч. повышен холестерин)		
	У Вас поставлен диагноз «Системная красная волчанка» и Вы принимаете препараты для подавления иммунитета		
*	У Вас поставлен диагноз «Болезнь Рейно» и положительный тест на антифосфолипидные антитела		

* – из национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю.

Подпись пациентки _____ (_____)
расшифровка подписи

Подпись врача/медсестры _____ (_____)
расшифровка подписи

Дата заполнения: _____

Информация для врача

В данный опросник включены состояния, относящиеся к категории II (ВОЗ, 4-й пересмотр, 2009 г.; национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции, 2012 г.), для использования ВМК. Если пациентка отвечает «**НЕТ**» на все утверждения таблицы, и она **не беременна**, можно переходить к консультированию по конкретному методу и выбору контрацептивного средства. При этом требуется внимательное обследование. Ответ «**ДА**» предусматривает необходимость дополнительных обследований по усмотрению врача. Наличие у пациентки сочетанных факторов сердечно-сосудистых заболеваний (возраст 40 лет и более, ожирение ($ИМТ \leq 30$), диабет, гипертензия) требует дополнительного обследования перед началом использования ВМК «Мирена». Если есть состояния, относящиеся к категории 2/3, вопрос об использовании ВМК решается индивидуально с учетом других данных анамнеза и объективных данных.

При клинически эффективной антиретровирусной терапии женщины при использовании ВМК должны быть полностью обследованы на наличие инфекционных заболеваний тазовых органов.

Противопоказания к применению медьсодержащих внутриматочных контрацептивов (Cu-ВМК) и гормонсодержащих внутриматочных контрацептивов (ЛНГ-ВМК).

Выдержки из Национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции. РФ, 2012

1. Категория 4. Состояние, представляющее неприемлемый риск для здоровья во время использования (абсолютные противопоказания).
- Беременность.

При наступлении беременности на фоне ВМК необходимо исключить ее внематочную локализацию.

Продолжение использования ВМК во время беременности значительно повышает риск инфекций малого таза и септического самопроизвольного аборта, о чем следует информировать забеременевших с установленным средством. Желаящие сохранить беременность должны быть осведомлены о том, что при наличии условий для удаления ВМК эта процедура снизит возможные риски неблагоприятного течения гестации. Тем не менее удаление средства представляет некоторый риск аборта.

Так или иначе, независимо от того, будет удалено внутриматочное устройство или нет, беременным следует рекомендовать обратиться за медицинской помощью в случае кровотечения, спазмирующей боли, аномальных выделений из влагалища или повышения температуры.

- Послеродовой сепсис.
- Состояние после септического аборта.
- Вагинальные кровотечения неустановленной этиологии (подозрение на серьезное заболевание).

Справедливо для первичной установки средства. До проведения обследования необходимости в удалении ранее введенного ВМС нет (категория 2).

- Гестационная трофобластическая болезнь, если уровень β -ХГЧ постоянно повышен или верифицирована трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание).
- Рак шейки матки в период ожидания терапии

Справедливо для первичной установки средства из-за предположительно повышенной вероятности инфекций и кровотечения при введении ВМК. Средство, вероятно, придется удалить перед лечением, но с того времени женщина не защищена от незапланированной беременности. До проведения обследования и переоценки риска необходимости в удалении ранее введенного ВМК нет (категория 2).

- Рак молочной железы в настоящий момент.

Справедливо для ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Рак эндометрия.

Справедливо для первичной установки средства из-за предположительно повышенной вероятности инфекций, перфорации и кровотечения при введении ВМК. Средство, вероятно, придется удалить перед лечением, но с этого времени женщина не защищена от незапланированной беременности. До проведения обследования и переоценки риска необходимости в удалении ранее введенного ВМК нет (категория 2). Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Миома матки с деформацией полости последней.

- Деформация полости матки (любые врожденные или приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации ее полости, несовместимой с установкой ВМК).
 - ВЗОМТ в настоящий момент. Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время.
Справедливо для первичной установки средства.
 - Установленный тазовый туберкулез.
Справедливо для первичной установки средства. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
2. Категория 3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества от использования метода (относительные противопоказания).
- Состояние от ≥ 48 ч до < 4 нед. после родов.
Справедливо для кормящих и не кормящих грудью женщин после любых родов с 22 нед. беременности, включая родоразрешение путем операции кесарева сечения, в том числе при мертворожденности.
 - Острый тромбоз глубоких вен (ТГВ) / тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Введение внутриматочного средства предположительно целесообразно после прекращения антикоагулянтной терапии в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры установки.
 - Ишемическая болезнь сердца в настоящий момент (в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонной ангиопластики, стентирования, аортокоронарного шунтирования).
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
 - Инсульт.
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
 - Системная красная волчанка, если результат теста на антифосфолипидные антитела положительный или не известен.

Справедливо для ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Системная красная волчанка, если диагностирована тяжелая тромбоцитопения.

Справедливо для первичной установки Су-ВМК. Тяжелая тромбоцитопения повышает риск кровотечений. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Мигрени с аурой в любом возрасте.
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМК.
- Гестационная трофобластическая болезнь, если уровень β -ХГЧ снижается или не подлежит определению.
- Рак молочной железы в анамнезе, если отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения.

Справедливо для ЛНГ-ВМК: их применение менее вероятно спровоцирует прогресс заболевания в сравнении с комбинированными эстроген-гестагенными или высокодозированными чисто прогестиновыми средствами. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Рак яичников.

Справедливо для первичной установки ВМК. Средство, вероятно, придется удалить перед лечением, но с этого времени женщина не защищена от незапланированной беременности. До проведения обследования и переоценки риска необходимости в удалении ранее введенного ВМК нет (категория 2). Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Очень высокий индивидуальный риск гонококковой или хламидийной инфекции.
- Положительный ВИЧ-статус.

Справедливо для получающих антиретровирусную терапию. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- СПИД (на фоне антиретровирусной терапии).

Справедливо для первичной установки средства. Данные о взаимодействии антиретровирусных препаратов и ВМК отсутствуют. Однако СПИД включен в перечень состояний, отнесенных к категории 3 для установки и к категории 2 для продолжения использования ВМК. Исключением является клиническая стабилизация состояния пациентки на фоне антиретровирусной терапии, когда как установку ВМК, так и продолжение его использования относят к категории 2. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Установленный тазовый туберкулез.
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
 - Тяжелый (декомпенсированный) цирроз.
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
 - Гепатоцеллюлярная аденома, злокачественная гепатома.
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
 - Первичный склерозирующий холангит, осложненный циррозом печени.
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМК.
 - Трансплантация внутренних органов, осложненная несостоятельностью трансплантата (острой или хронической), или васкулопатия пересаженного сердца.
Справедливо для первичной установки средства. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
3. Категория 2. Состояние, при котором преимущества от использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск (необходим особый контроль при приеме средства).
- Возраст: от наступления менархе до 20 лет.
 - Паритет: нерожавшие.
 - Постабортный период, в случае прерывания беременности во II триместре.

- Ожирение, если у пациентки наступило менархе, ей менее 18 лет и её ИМТ ≥ 30 кг/м².
- Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, пациентка курит).
Справедливо для ЛНГ-ВМК.
- Заболевания сосудов, включая ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивная ретинопатия и транзиторные ишемические атаки.
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
- ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не проводится.
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Системная абсорбция левоноргестрела из ЛНГ-ВМК невелика и вряд ли будет связана с увеличением риска развития венозной тромбоэмболии.
- Острый ТГВ/ТЭЛА.
Справедливо для Су-ВМК.
- ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 мес.
Ведение внутриматочного средства предположительно целесообразно после прекращения антикоагулянтной терапии в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры установки.
- Большое хирургическое вмешательство с длительной иммобилизацией.
Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции длительностью более 30 мин. К процедурам с высоким риском венозной тромбоэмболии относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию.
- Обнаруженные тромбогенные мутации (фактор Лейдена, протромбинная мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина).
Справедливо для ЛНГ-ВМК. Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. Состояние повышает вероятность разви-

тия тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Ишемическая болезнь сердца в настоящий момент (в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонной ангиопластики, стентирования, аортокоронарного шунтирования).

Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Инсульт.

Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Осложненные клапанные и другие врожденные заболевания сердца (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе).

- Болезнь Рейно с волчаночным антикоагулянтом.

Вторичная болезнь Рейно, обусловленная такими заболеваниями, как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. При наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови.

- Системная красная волчанка, если диагностирована тяжелая тромбоцитопения.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного Си-ВМК и для первичной установки ЛНГ-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Системная красная волчанка на фоне проведения иммуносупрессивной терапии.

Справедливо для первичной установки средства.

- Ревматоидный артрит на фоне приема иммунодепрессантов.

Справедливо для первичной установки средства.

- Мигрени без ауры в любом возрасте.

Справедливо для ЛНГ-ВМК.

- Мигрени с аурой в любом возрасте.

Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМК.

- Обильные или продолжительные менструальные кровотечения (регулярного или нерегулярного характера).

Справедливо для первичной установки Cu-ВМК и для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМК. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания.

- Вагинальные кровотечения неустановленной этиологии (подозрение на серьезное заболевание) до выяснения причины.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.

- Эндометриоз.

Справедливо для Cu-ВМК.

- Дисменорея.

Справедливо для Cu-ВМК.

- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN).

Справедливо для ЛНГ-ВМК.

- Рак шейки матки (в период ожидания терапии).

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.

- Заболевания молочных желез – недиагностированное образование.

Справедливо для ЛНГ-ВМК. Необходимо незамедлительное обследование.

- Рак эндометрия.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства до начала лечения.

- Рак яичников.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства до начала лечения.

- Анатомические аномалии, включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов, не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМК.

- ВЗОМТ в анамнезе без последующей беременности.

- ВЗОМТ в настоящий момент.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.

Необходимо лечение ВЗОМТ с использованием соответствующих антибиотиков.

- Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.

- Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита); вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз); повышенный риск ИППП.
- Высокий риск ВИЧ-инфекции.
- Положительный ВИЧ-статус.

Справедливо для не получающих антиретровирусную терапию. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- СПИД (на фоне антиретровирусной терапии).
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
- Сахарный диабет без поражения сосудов или тяжелый диабет, включая длительно (>20 лет) текущий.
Справедливо для ЛНГ-ВМК.
- Заболевания желчного пузыря.
Справедливо для ЛНГ-ВМК.
- Холестаз в анамнезе, связанный с приемом комбинированных оральных эстроген-гестагенных средств.
Справедливо для ЛНГ-ВМК.
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз.
Справедливо для Су-ВМК. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Доброкачественная очаговая узловая гиперплазия печени.
Справедливо для ЛНГ-ВМК.
- Талассемия, железодефицитная анемия.
Справедливо для Су-ВМК ввиду вероятного риска кровопотери при использовании средства.
- Серповидно-клеточная анемия.
Справедливо для Су-ВМК ввиду вероятного риска кровопотери при использовании средства. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Трансплантация внутренних органов, осложненная несостоятельностью трансплантата (острой или хронической), или васкулопатия пересаженного сердца.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства. Состояние повышает вероятность развития тяжелых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Трансплантация внутренних органов, неосложненная.

Абсолютные противопоказания для применения комбинированных оральных контрацептивов и других методов комбинированной гормональной контрацепции

- Нарушения системы кровообращения в настоящее время или в анамнезе:
 - любой артериальный или венозный тромбоз в анамнезе;
 - установленная ИБС, стенокардия или коронарный артериит (наличие в настоящее время или в анамнезе болезни Kawasaki – группа 3 или 2 ВОЗ) в зависимости от полного выздоровления; также большое значение имеет заболевание периферических артерий;
 - множественные факторы риска заболеваний артерий и вен могут относиться к группе риска 4 ВОЗ, хотя могут попадать и в более низкие категории.
- К выраженным факторам, наличия которых может быть достаточно для определения группы 4 ВОЗ, относятся:
 - заболевания сердца с формированием цианотических пороков;
 - АД \geq 160/95 мм рт. ст.;
 - сахарный диабет с осложнением со стороны органов – мишеней.
- Отсроченная дислипидемия (по показаниям может быть проведена консультация специалиста).
- Выявленное протромботическое состояние:
 - нарушения свертывания крови/фибринолиза (например, врожденные или приобретенные тромбофилии); период менее 2 (лучше 4 нед.) прошедшей от мобилизации после крупного планового оперативного вмешательства или большинства хирургических операций на нижних конечностях (прекратить прием КОК при проведении малых операций, например лапароскопических, не требуется); во время иммобилизации ноги (после травмы);
- Мигрень с аурой.
- Наличие мигренозной ауры без последующей боли.

- Ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака в анамнезе.
- Внутримозговые кровоизлияния в анамнезе.
- Легочная гипертензия любого генеза.
- Структурное заболевание сердца (нескорректированное) (например, клапанные пороки, дефекты перегородок или шунты) входят в группу 4 ВОЗ только в случае увеличения риска венозных и артериальных тромбоэмболических осложнений (либо в случае сохранения дефекта после проведения операции. Необходимо обсудить состояние с кардиологом.
- Важными примерами состояний из группы 4 ВОЗ являются:
 - фибрилляция или трепетание предсердий (как постоянные, так и пароксизмальные) либо высокий риск их развития (например, митральный стеноз) в ремиссии;
 - расширение левого предсердия (более 4 см);
 - цианотический порок сердца;
 - дилатационная кардиомиопатия любого генеза; в эту группу не входят кардиомиопатии любого генеза в анамнезе при сохранении полной ремиссии (группа 2 ВОЗ).
- Другие структурные поражения сердца, сопровождающиеся небольшим (либо отсутствующим) прямым или косвенным риском тромбоэмболических осложнений (является важной составляющей, требующей внимания кардиолога), не исключают возможности применения КОК (группы 3 или 2 ВОЗ).
- Заболевания печени:
 - активные заболевания печени поражением ее паренхимы (отклонения по данным функции печени в любой момент, в том числе при гепатите, стеатозе, циррозе);
 - холестатическая желтуха при приеме КОК в анамнезе (если на фоне беременности может определяться в группу 2 ВОЗ);
 - синдромы Дубина – Джонсона и Ротора (болезнь Жильбера – группа 2 ВОЗ);
 - вирусный гепатит или другое заболевание с поражением паренхимы печени: возможность приема КОК может быть рассмотрена спустя 3 мес. после нормализации показателей функции печени;
 - аденома или рак печени.

- Наличие осложнений, связанных с применением половых стероидных гормонов или КОК, в анамнезе:
 - системная красная волчанка – сочетается с риском ВТЭ;
 - КОК – индуцированная артериальная гипертензия;
 - панкреатит, вызванный гипертриглицеридемией;
 - хорея;
 - синдром Стивенса-Джонсона (многоформная эритема) при наличии связи с приемом КОК;
 - гемолитико-уремический синдром (ГУС) и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура; ГУС в анамнезе при полном восстановлении чаще относят к группе 2 ВОЗ.
- Эстрогензависимые новообразования:
 - рак молочной железы;
 - выявление предраковой эпителиальной атипии при биопсии молочных желез в анамнезе.
- Сомнения женщины по поводу безопасности, не разрешенные при консультировании.

Неконтрацептивные преимущества комбинированных оральных контрацептивов

- Неконтрацептивные преимущества КОК в ряде случаев могут быть показаниями для использования метода с целью лечения и профилактики ряда гинекологических заболеваний.
- Уменьшение выраженности проявлений большинства нарушений менструального цикла: менее выраженные кровотечения, соответственно меньшая выраженность анемии и дисменореи; регулярные кровотечения, время возникновения которых можно контролировать (например, женщины, принимающие КОК, при желании могут не иметь менструации на выходных; при необходимости женщина может принимать КОК в трехцикловом режиме, при этом кровотечения будут возникать всего несколько раз в год); меньшая частота возникновения предменструального синдрома (ПМС); отсутствие овуляторной боли.
- Снижение риска развития рака яичников, эндометрия, а также колоректального рака.
- Уменьшение числа функциональных кист яичников, что связано с устранением овуляций, в числе патологических.

- Уменьшение частоты развития внематочной беременности в связи с подавлением нормальной овуляции.
- Снижение частоты возникновения ВЗОМТ.
- Снижение частоты возникновения доброкачественных новообразований молочных желез.
- Уменьшение количества симптомных миом матки.
- Возможное снижение частоты возникновения заболеваний щитовидной железы, сопровождающихся как гипер-, так и гипотиреозом.
- Вероятное уменьшение риска развития ревматоидного артрита.
- Уменьшение числа заболеваний сальных желез (при использовании КОК с преобладанием эстрогенного компонента).
- При длительном применении – длительная супрессия эндометриоза.
- Очевидные социальные положительные эффекты (Энда МакВэй, Джон Джиллбоуд, Рой Хамбэг. Репродуктивная медицина и планирование семьи. М.: 2016).
- Эстрогены в организме женщины присутствуют в трех видах в зависимости от количества гидроксильных групп в их составе:
 - эстрон (E₁, одна -ОН);
 - эстрадиол (E₂, две -ОН);
 - эстриол (E₃, три -ОН);
 - E₂ примерно в 10 раз сильнее E₁, и в 80 раз мощнее E₃;
 - все стероиды в организме циркулируют в инактивированном состоянии в виде соединений с особыми белками печени (белками, связывающими половые гормоны ГСПГ, либо банальных глобулинов).
- Этинилэстрадиол, входящий в состав большинства комбинированных контрацептивов, действует на эту систему утихомиривающим образом – он повышает активность синтеза в печени ГСПГ (30 мкг этинилэстрадиола повышает уровень ГСПГ в плазме с 70 до 350 нмоль/л), тем самым сокращая количество свободно циркулирующих, то есть активных эстрогенов.
- Секретция всех половых стероидов находится в прямой зависимости от синтеза гонадотропинов, но и сама действует на последние по принципу обратной связи:
 - в единой гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси влияние тропных гормонов на половые стероиды похоже на капающий кран: монотонное их поступление в кровоток стимулирует син-

тез эстрогенов, а концентрация последних достигает максимальных значений – «кран» закрывается;

- введение сторонних эстрогенов и гестагенов в составе КОК действует на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось аналогично «родным» гормонам – синтез тропных гормонов останавливается, равно как и выработка эндогенных эстрогенов;
 - принципиальный момент: по выраженности патогенетического влияния на очаги эндометриоза различные эстрогены неоднородны, поскольку проходят несколько разные, хотя и близкие метаболические пути (и этих небольших различий в отношении эндометриоза оказывается более чем достаточно);
 - трансформация эстрогенов происходит под действием цитохрома P450 в один из метаболитов: 2-гидроксиэстрон (2-ОНЕ₁) или 16-гидроксиэстрон (16-ОНЕ₁), при этом первый обладает слабым эстрогенным эффектом и не оказывает стимулирующего эффекта на пролиферацию, тогда как 16-ОНЕ₁ действительно агрессивный метаболит даже с канцерогенным потенциалом, обладающий в 4 раза большей биологической активностью, чем свободные фракции эстрогенов;
 - за счёт стимулирующего воздействия на процессы клеточного деления 16-ОНЕ₁ активизирует патогенные, провоспалительные факторы роста, матриксные металлопротеиназы, активизирует процессы неоангиогенеза, ингибирует механизмы апоптоза;
 - длительное нарушение баланса соотношения 2 ОНЕ₁/16-ОНЕ₁ в сторону повышения последнего служит причиной развития эстрогензависимых пролиферативных заболеваний органов мишени, в том числе и генитального эндометриоза.
- К основным симптомам эндометриоза в первую очередь относятся дисменорея, диспареуния и тазовая боль:
- диагностика может быть затруднена вследствие variability клинической картины;
 - кроме того, часто наблюдается своеобразный «перекрест» симптомов эндометриоза с симптомами других заболеваний (синдром раздраженного кишечника, воспалительные заболевания органов малого таза и др.);
 - в результате зачастую между появлением симптомов и верификацией диагноза проходит достаточно много времени;

- эндометриоз может проявляться комбинацией любых их перечисленных состояний: вторичная дисменорея, глубокая диспареуния, тазовая боль, бесплодие или наличие объемного образования в малом тазу;
 - тем не менее, прогностическая ценность любого из этих симптомов в отдельности или набора симптомов остается неуточненной;
 - кроме того, эндометриоз часто является случайной находкой у женщин с бессимптомным течением заболевания;
 - значительно облегчить диагностику, особенно при выявлении эндометриоза в яичниках, может трансвагинальное УЗИ;
 - выбор лечебной тактики зависит от возраста женщины, ее желания сохранить фертильность, ранее проведенного лечения, характера и выраженности симптоматики, а также локализации и тяжести заболевания.
- При эндометриозе может происходить инфильтрация окружающих тканей, что приводит к процессам склерозирования и воспаления и клинически проявляется появлением узлов, стенозов кишечника и обструкции мочеточников.
 - Наиболее тяжелыми являются случаи ректовагинального эндометриоза и эндометриоза с инвазией прямой или сигмовидной кишки.
 - I тип: крупный очаг в полости таза или в некоторых случаях мелкие эндометриозные очаги, окруженные склеротической тканью;
 - II тип: очаги, характеризующиеся ретракцией кишечника; клинически проявляется явной ретракцией кишки вокруг небольших типичных очагов эндометриоза;
 - III тип: очаги представляют собой сферические эндометриозные узелки в ректовагинальной перегородке; в большинстве случаев типичным проявлением становится узловатость ректовагинальной перегородки;
 - очаги III типа являются наиболее тяжелой формой; они часто распространяются латерально вверх и вокруг маточной артерии, а также в некоторых случаях вызывают склеротические изменения вокруг мочеточников;
 - большинство женщин с болевым синдромом на фоне эндометриоза все же рассчитывают сохранить фертильность, что необходимо учитывать при проведении хирургического вмешательства.

- Учитывая известный факт, что эстрогены стимулируют рост очагов эндометриоза, гормональная терапия разрабатывалась с целью подавления синтеза эстрогенов, атрофии атрофических имплантов эндометриоза и прерывания цикла стимуляции и кровотечения:
 - эндометриодные имплантаты реагируют на воздействие половых стероидных гормонов схожим, но не таким образом, как гормональный эндометрий;
 - эктопическая эндометриальная ткань отличается от нормального эндометрия как гистологически, так и биохимически;
 - это выражается в уровнях железистой активности (пролиферация, секреция), активности ферментов (17 β -гидроксистероид-дегидрогеназа) и в уровнях рецепторов к гормонам (эстрогены, прогестины и андрогены).
- Длительное лечение эндометриоза с помощью низкодозированных монофазных контрацептивов (1 таблетка в день в течение 6 – 12 мес.) эффективно снижает выраженность дисменореи и тазовой боли:
 - кроме того, аменорея, индуцированная приемом пероральных контрацептивов, потенциально уменьшит объем ретроградной менструальной крови (1 из 3 факторов, считающихся причиной эндометриоза), что снижает риск прогрессирования заболевания;
 - снижение выраженности менструальных кровотечений, часто возникающее при приеме пероральных контрацептивов, может быть желаемым эффектом у женщин с длительными частыми менструациями, что как известно, является фактором риска развития эндометриоза.
- Механизм положительного влияния КОК при эндометриозе разнообразен:
 - устранение эстрогеновых пиков за счет стабилизации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси (блокирует выброс ФСГ из передней доли гипофиза);
 - торможение продукции собственных эстрогенов, которые обладают гораздо более выраженными биологическими эффектами, в том числе и на очаги эктопированного эндометрия;
 - компенсация гиперэстрогенизма, относительного к абсолютной, за счет увеличения синтеза в печени ГСПГ и усиления «прогестеронового плеча» менструального цикла;

эти механизмы чрезвычайно востребованы при эндометриозе, поскольку позволяют стабилизировать уже имеющиеся очаги эктопированного эндометрия;

- обеспечение оптимального уровня пролиферации эндометрия и соответственно контроль менструального цикла;
- подавление овуляции (это свойство КОК востребовано в плане профилактики рецидивов эндометриодных кист яичников после их хирургического удаления);
- децидуализация эндометрия, в том числе эктопированного, за счет гестагенного компонента препарата (гестагенным же компонентом можно объяснить более удачный метаболизм натуральных эстрогенов с резким снижением концентрации агрессивных метаболитов (16-ОНЕ₁);
- угнетение синтеза простагландинов («проболевых» воспалительных веществ), что выражается в коррекции болевого синдрома.
- Физиология «женских» андрогенов:
 - в женском организме синтезируются те же самые андрогены, что и в мужском:
 - дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА-С);
 - дегидроэпиандростерон (ДГЭА);
 - андростендион;
 - тестостерон;
 - 5α-дигидротестостерон (5α-ДГТ).
 - В секрети «женских» андрогенов задействованы яичники (около 25% гормонов), надпочечники (25%), периферические ткани (главным образом печени и подкожно-жировая клетчатка), а субстратом служат универсальные прогормоны – ДГЭА и ДГЭА-С;
 - тестостерон у женщин тоже может выступать в роли прогормона, превращаясь в тканях мишенях в 5α-ДГТ или 17-В-эстрадиол.
 - «Сборку» андрогенов в надпочечниках контролирует адrenoкортикотропный, а в яичниках – лютеинизирующий гормон наряду с другими интрагандулярными аутопаракринными механизмами. Тестостерон кроме того может синтезироваться в тканях мишенях «по требованию».
 - Свое биологическое действие андрогены проявляют прямо и опосредовано через модуляцию андрогеновых рецепторов:

- они обнаружены в клетках практически всех тканей и органов, включая молочные железы, сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную, мочеполовую, костно-мышечную системы, желудочно-кишечный тракт, жировую ткань;
- дисбаланс тестостерона оказывает негативное влияние на женское здоровье.
- У представителей обоих полов уровень тестостерона с годами постепенно снижается:
 - у женщин в любом возрасте может наступить дисбаланс половых стероидов, в том числе и дефицит тестостерона, что приведет не только к сексуальным расстройствам (снижению либидо, нарушению сексуальной удовлетворенности, но и другим патологическим проявлениям);
 - дисфория (тревога, раздражительность, депрессия), плохое самочувствие и быстрая утомляемость, безусловно неприятны и снижают качество жизни пациентки, однако виновниками этих недомоганий чаще всего называют пресловутый стресс или нерациональный образ жизни;
 - «авторов» других расстройств, таких как потеря костной и мышечной массы (остеопороз и саркопения), ожирение, изменение мнестической и когнитивной функций (болезнь Альцгеймера), бессонница, хронические боли, нарушение мочеиспускания (никтурия и недержание мочи), репродуктивные нарушения, врачи нередко ищут годами, даже не подозревая, что причины могут крыться в недостатке андрогенов.
- Постменопаузу в обязательном порядке характеризует не просто изолированный дефицит эстрогенов, а нехватка половых гормонов всех трех групп (эстрогенов, прогестерона и андрогенов), что позволяет говорить о полигландулярной гормональной недостаточности и дисбалансе.
- Прогестагены различаются по свойствам, и каждый тип прогестагенов имеет свои преимущества и свои недостатки.
- Как известно, все прогестагены, поступая в кровь, могут связываться с различными рецепторами (к прогестерону, тестостерону, эстрогену, минералокортикоидам и т.д.), с чем связаны особенности их биологического действия, но все они обладают в первую очередь гестагенным действием различной степени выраженности, однако могут обладать и другими свойствами.

- Производные прогестерона обладают гестагенным действием и не оказывают ни эстрогенного, ни андрогенного влияния на организм.
- Производные тестостероны, относящиеся к норэтинодроновой группе, обладают гестагенным действием, незначительным эстрогенным и не оказывают андрогенного эффекта.
- Выраженность гестагенного эффекта прогестагенов обусловлено различным их сродством к рецепторам прогестерона.
- Рецепторы к прогестерону имеются во многих тканях организма женщины, в частности, в головном мозге, костной системе, сосудистой стенке, в матке, в клетках цервикального канала, мочевого пузыря, в тканях молочной железы, стенках сосудов и т.д. И именно с этим связано как контрацептивное действие прогестагенов, так и их возможное системное влияние на организм женщины.
- Все прогестагены индуцируют характерные изменения эндометрия. Конечный результат прогестагенной активности зависит от метода и времени введения препарата. Эта активность широко варьирует и часто зависит от дозы, необходимой для трансформации эндометрия, называемой «дозой трансформации».
- Синтетические половые гормоны проникают в клетки-мишени путем пассивной диффузии.
- Способность половых гормонов проникать в клетки-мишени регулируется глобулином, связывающим половые гормоны (ГСПГ) и другими белками, например, альбуминами.
- Глобулины связывают природные половые стероиды и большинство синтетических прогестагенов в большей степени, чем альбумины; поэтому ГСПГ является главным регулятором скорости распределения в плазме и метаболического клиренса большинства половых гормонов.
- Пока половой стероид связан с ГСПГ он не может выполнять свою биологическую функцию, которая осуществляется свободной или не связанной с ГСПГ фракцией стероида. Чем выше в крови концентрация ГСПГ, тем ниже концентрация свободной фракции используемого полового стероида.
- С клинической точки зрения важно, что ГСПГ связывает тестостерон. При достаточно высоких концентрациях ГСПГ способен снижать уровни тестостерона и уменьшать его превращение в дегидротестостерон в некоторых тканях.

- Эстрогены стимулируют гепатоциты к выработке ГСПГ и других глобулинов, тогда как некоторые гестагены уменьшают этот эффект отчасти вследствие присущего им андрогенного эффекта.
- Не очень широко известно, что эстрогены, особенно слабо метаболизирующийся этинилэстрадиол, так же как прогестерон, частично обладают антагонистическим действием на ренин-ангиотезин-альдостероновую систему (РААС), которая регулирует солевой баланс и артериальное давление.
- Ренин-система, очень важная для жизни, которая регулирует содержание в организме натрия и калия, а также кровяное давление.

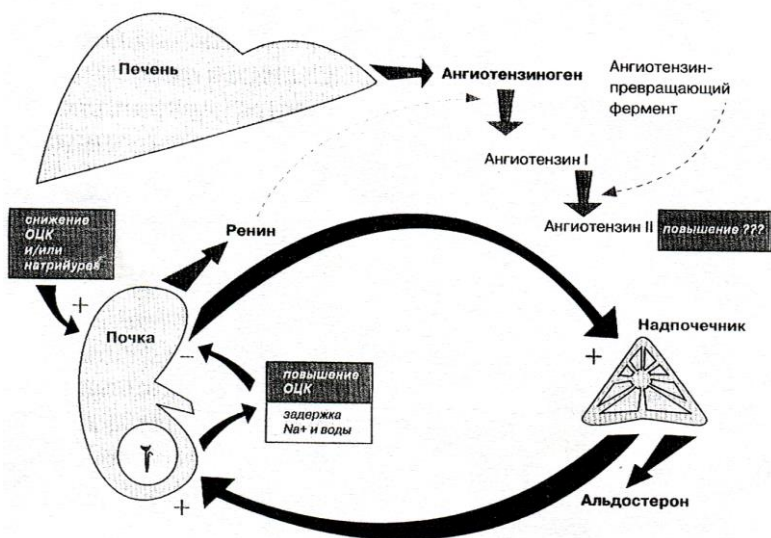


Рис. 3. Схематическое изображение циклического контроля РААС.

- Ренин – это фермент, который образуется в почках и секретируется в повышенном количестве, если падает кровяное давление или имеется дефицит натрия.
- Ренин расщепляет ангиотензин I в плазме путем гидролиза ангиотензина (субстрат ренина), образующегося в печени; затем происходит дегидратация ангиотензина I, что превращает его с помощью ангиотензин-конвертирующего фермента в ангиотензин II и дипептид.

- Ангиотензин является мощным вазоконстриктором, кроме того, он – главный стимулятор секреции альдостерона корой надпочечников.
- Альдостерон связывается с внутриклеточными рецепторами дистальных отделов нефронов и увеличивает резорбцию натрия и жидкости; экскреция калия также увеличивается.
- Если дефицит натрия вызывает активацию РААС, то возвращение системы в состояние равновесия происходит за счет увеличения уровня альдостерона в плазме, в результате чего увеличивается канальцевая резорбция натрия.
- Если причиной активации РААС было падение кровяного давления, нарушение корректируется за счет вазоконстрикторного действия ангиотензина II и повышения чувствительности кровеносных сосудов в результате натрийсохраняющего эффекта альдостерона.
- Физиологический 17 β -эстрадиол и синтетический этинилэстрадиол вызывают увеличение уровня ангиотензина в печени в 3,5 раза в течение нескольких дней.
- В то время как эстрогены увеличивают задержку жидкости за счет влияния на ангиотензиноген, прогестерон противодействует этому эффекту: он связывается с альдостероновыми рецепторами и препятствует минералокортикоидному эффекту адренокортикальных гормонов.
- Прогестагены в составе КОК не обладают этой диуретической способностью прогестерона, поэтому они не могут противодействовать задержке жидкости, вызванной эстрогенами.
- Половые гормоны не только оказывают влияние на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), но также и на задержку натрия и жидкости в интерстициальных пространствах организма. Это свидетельствует о том, что некоторые стероидные гормоны яичников играют важную роль в балансе жидкости в организме и, следовательно, в развитии отеков.
- Дроспиренон – первый прогестаген, включенный в состав КОК, который обладает антиминералокортикоидной активностью и может противодействовать возникновению отеков, вызванных действием эстрогенов. Этим объясняется умеренный диуретический эффект дроспиренона, при этом он не вызывает изменений электролитного баланса при назначении его в комбинации с этинил-

эстрадиолом. (**Видора** – 3 мг дроспиренон, 30 мкг этинилэстрадиол; **Видора микро** – 3мг дроспиренон, 20 мкг этинилэстрадиол).

- Успешное применение прогестагенов, как и любых других гормональных контрацептивов, зависит от тщательного учета противопоказаний к применению, знания основ клинической фармакологии, прогнозирования и учета возможных осложнений и побочных реакций, индивидуального подхода в зависимости от возраста, состояния здоровья и переносимости препарата.
- Таким образом, в настоящее время синтез новых прогестинов, и в том числе прогестинов с антиминералокортикоидными свойствами, позволяет дифференцированно подойти к назначению контрацепции и вносит еще один серьезный вклад в эволюцию контрацепции.
- Особого внимания заслуживает проблема контрацепции у пациенток с признаками гиперандрогении – угревой сыпью, гирсутизмом, себореей и алопецией:
 - эти состояния встречаются у женщин в разные периоды жизни;
 - вызывают психологический и социальный дискомфорт;
 - в таких случаях особенно показаны комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с антиандрогенными свойствами, которые подавляя эндогенную продукцию андрогенов, оказывают локальный антиандрогенный эффект;
- Гиперандрогения – состояния, обусловленные избыточной секрецией андрогенов или нормальным их содержанием при повышенной чувствительности органов мишеней.
- Гестаген IV поколения диеногест:
 - это существенное производное нортестостерона, которое имеет цианометильную группу вместо этиловой группы в положении С-17 с добавлением двойной связи между С-9 и С-10 в отличие от норгестрела;
 - имеет высокую биодоступность (96,2%) и довольно короткий период полувыведения (11,6 часа);
 - является «гибридным гестагеном, особенность которого заключается в том, что он объединил преимущества 19- нортестостероидов и производных прогестерона, что характеризуется высокой степенью подавления овуляции, сильным прогестагенным эффектом на эндометрий, но менее выраженным антигонадотропным действием и отсутствием эстрогенных и андрогенных влияний;

- суточная доза препарата, необходимая для подавления овуляции без присутствия этинилэстрадиола (ЭЭ), составляет 1 мг и сравнима с производным прогестерона;
- имеет слабую аффинность к андрогеновым рецепторам, поэтому не обладает андрогенной активностью, но демонстрирует антиандрогенное действие, что представляет его специфический фармакодинамический профиль;

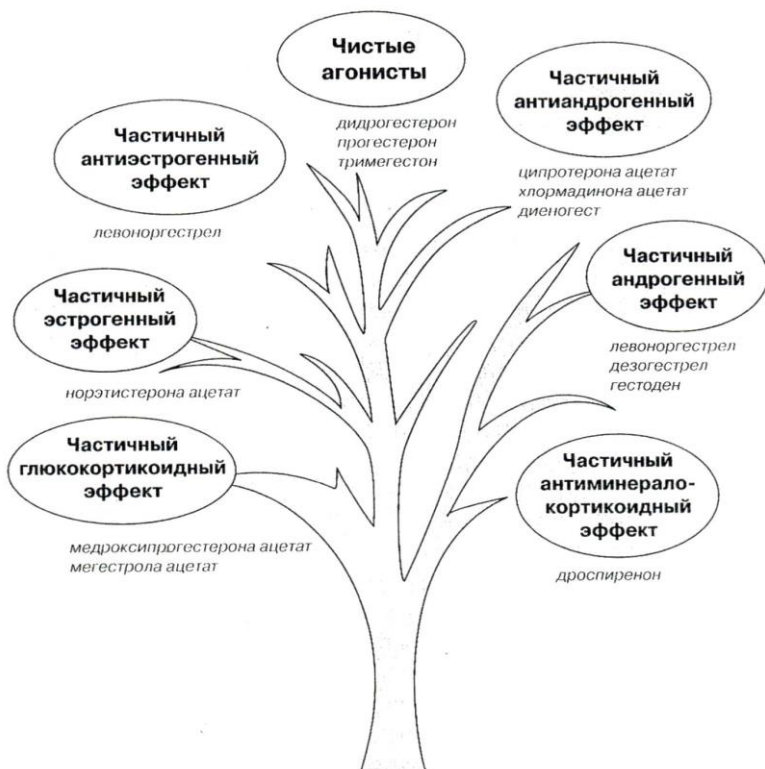


Рис. 4. Прогестероновое дерево

- в сочетании с ЭЭ антиандрогенное действие усиливается;
- не обладает сродством к глобулину, связывающему половые гормоны или кортистероиды и не связывается с ними;

- в свободном виде в сыворотке крови находится около 10% от общей концентрации, около 90% неспецифически связаны с сывороточным альбумином;
- индукция ЭЭ синтеза глобулина, связывающего половые гормоны, не влияет на связывание диеногеста с этим белком.
- Комбинация «Диеногест + Этинилэстрадиол» показана для лечения среднетяжелых форм акне у женщин (**Дициклен-3** мг диеногест, 30 мкг этинилэстрадиол).
- Гирсутизм у женщин характеризуется избытком пигментированных толстых терминальных волос, растущих по мужскому типу в афоген-чувствительных областях кожи, к которым относятся лицо, грудь, живот и бедра (избыток андрогенов вызывает активный рост волос с оволосением по мужскому типу).
- Вирилизация – это более прогрессивная и серьезная форма гиперандрогении, характеризующаяся, кроме гирсутизма, облысением по мужскому типу, увеличением клитора, чрезмерным для женщины развитием мышц и снижением тембра голоса.
- Гирсутизм может возникать из-за гиперандрогении яичникового, надпочечникового или ятрогенного (лекарственные препараты) происхождения.
- Гирсутизм может быть этнической особенностью (представители индо- средиземноморской подрасы, представители северно-европейского типа).
- Андрогены стимулируют развитие пилосебацейного комплекса-основной структуры кожи, обеспечивающий рост как волосяных фолликулов, так и сальных желез. Пилосебацейные комплексы имеются на всем теле, за исключением ладоней, подошв и губ.
- До полового созревания на теле в основном растут тонкие короткие непигментированные пучковые волосы, рост которых вовремя пубархе стимулируется андрогенами, в результате чего они становятся жесткими пигментированными и утолщенными терминальными волосами.
- После полового созревания избыточное воздействие андрогенов у женщин может вызвать развитие гирсутизма за счет стимуляции трансформации тонких непигментированных пушковых волос в женские пигментированные толстые терминальные волосы в областях, имеющих повышенную чувствительность к влиянию андрогенов; однако с кожей волосистой части головы связан определенный пара-

докс – при длительном воздействии избыточного количества андрогенов в этой области происходит потеря волос, а не их рост.

- Существует 3 фазы роста волос: активный рост, фаза покоя, и выпадении.
- Длительность каждой фазы колеблется от 4 месяцев на лице, до 3 лет волосистой части головы (важно помнить об этом при оценке ответа на лечение).
- Гиперандрогения из-за избытка андрогенов яичникового, надпочечникового или ятрогенного происхождения в зависимости от выраженности приводит к появлению таких симптомов, как гирсутизм, акне, алопеция или вирилизм.
- Обыкновенные угри – это полиморфное мультифакторное хроническое заболевание кожи, возникающее в результате гиперпродукции и дисбаланса липидов сальных желез (СЖ), фолликулярного гиперкератоза с сужением протоков СЖ, размножением бактерий и развитием воспаления.
- Сальная железа с морфологической точки зрения является простой разветвлённой альвеолярной железой с голокриновым типом секреции и состоит из концевого отдела и выводного протока, посредством которого связана с волосным каналом:
 - в разных участках кожи СЖ различаются по численности и размеру;
 - особенно много крупных СЖ располагается на волосистой части головы, лбу и лице;
 - несколько меньше их в области ушных раковин, груди, верхней половины туловища и межлопаточной области спины;
 - в норме интенсивность секреции СЖ составляет 12мг/ч;
 - секреция СЖ, располагающихся на коже лба, в 3 – 4 раза выше, чем на других участках тела.
- В норме в просвете фолликулярного канала имеется тонкий роговой слой, состоящий из корнеоцитов, которые слабо связаны между собой, легко отторгаются (отшелушиваются) и выходят на поверхность кожи вместе с секретом СЖ:
 - выводной проток СЖ короткий, выстлан многослойным плоским ороговающим эпителием, напоминающим эпидермис и скрывается в верхнюю часть волосяного канала;
 - устья протоков СЖ видны невооруженным глазом как поры на поверхности кожи.

- Наиболее ранние изменения при угрях заключаются в нарушении кератизации эпителия фолликулярного канала и его закупорки роговыми чешуйками, что сначала ведет к расширению волосяного канала, а затем к сужению его просвета.
- Закупорка протоков приводит к полному прекращению доступа кислорода в их полость, создавшиеся бескислородные условия являются оптимальными для размножения населяющих СЖ анаэробных бактерий.
- Все морфологические элементы сыпи делятся на 3 этапа:
 - не воспалительные;
 - воспалительные;
 - поствоспалительные;
 - не воспалительные элементы: открытые и закрытые комедоны;
 - воспалительные элементы: фолликулярные папулы, пустулы, узлы, дренирующиеся синусы;
 - поствоспалительные элементы: кисты, рубцы (атрофические, гипертрофические, келоидные пятна, сосудистые, гипер- и гипопигментированные).
- Комедоны:
 - образование их в результате расширения протоков СЖ, избытка кожного сала ниже места затруднения выхода на поверхность кожи;
 - закрытые комедоны – мелкие узловатые элементы не более 1 мм размером (они могут возвышаться над поверхностью кожи в виде конусовидных хорошо ограниченных узелков с белесоватым содержимым; открытые комедоны выглядят как черные точки размером 0,1 – 1 мм.
- Папулы – небольшой узелок конической формы розового или ярко-красного цвета размером 1 – 3 мм без четких границ с воспалительным инфильтратом у основания:
 - пустулы возникают на месте папул, характеризуются увеличением воспалительного инфильтрата, в центре которого формируется полость с гнойным содержимым белого или желтого цвета;
 - пустулы могут быть поверхностными и глубокими;
 - поверхностные пустулы чаще болезненные;
 - глубокие – сопровождаются зудом и болезненностью.

- Узел – это глубокий воспалительный элемент возникает в результате разрушения стенки СЖ, формируется путем распространения гнойного воспаления глубоко в дерме:
 - при этом разрушаются все структуры дермы СЖ, потовые железы, нервные волокна и сосуды;
 - острое воспаление может длиться неделями и даже месяцами (за это время образуется грануляционная ткань, которая замещает зону разрушения и формируется рубец).
- Дренирующий синус крупной неправильной формы элемент, представляет собой комбинацию узла и рубца:
 - формируются внутри элемента очаги гнойного расплавления, разрушая окружающую ткань, образуя сложный лабиринт, ходы которого открываются на поверхности кожи (этот процесс длится годами);
 - во-первых, использование любого КОК уменьшает выраженность акне и себореи на 40 – 50%, так как этинилэстрадиол, входящий в КОК, ингибирует периферические рецепторы к андрогенам, увеличивает концентрацию глобулина, связывающего половые гормоны, уменьшает уровень свободного тестостерона в крови, что приводит к уменьшению салоотделения;
 - во-вторых, гестагенный компонент подавляет секрецию лютеинизирующего гормона и, следовательно, уменьшает обусловленную им функцию андрогенов яичниками и надпочечниками;
 - в-третьих, КОК подавляет стероидогенез на уровне яичников и таким образом снижает продукцию тестостерона и его предшественников;
 - некоторые КОК влияют на активность фермента 5 α -редуктазы 1-го типа, контролирующего чувствительность клеток ткани волосяных фолликулов и СЖ кожи к влиянию эндогенных андрогенов.
- Надежная контрацепция, стабильная масса тела, чистая кожа, безболезненные критические дни, т.е. надежная контрацепция и планируемость беременности, карьера, красота – достаточно ли это для качества жизни современных женщин репродуктивного возраста? Оказывается, нет. Предменструальный синдром (ПМС) – один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов, встречается у 25 – 75% женщин детородного возраста. Проявления ПМС отмечают до 95% менструирующих женщин в по-

пуляции, 35% из них принимают медикаменты для облегчения своего состояния или обращаются за помощью к врачам.

ПМС – это и социальная проблема: 27% женщин, впервые осужденных за преступления, совершили их в предменструальный период, на этот период приходится 26% дорожно-транспортных происшествий, совершенных женщинами; школьницы, студентки получают более низкие оценки, учащаются конфликты в школе и дома. ПМС – сложный симптомокомплекс, характеризующийся различными психоэмоциональными, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, проявляющимися в лютеиновой фазе менструального цикла.

• **Ставим диагноз правильно (ПМС, ПМДР):**

- в настоящее время в литературе описано порядка 100 – 150 составляющих синдрома предменструальных расстройств; некоторые симптомы наблюдают с наибольшим постоянством, и поэтому для удобства систематизации и оценки их разделили на несколько групп;
- нервно-психические – раздражительность, слабость, депрессия, агрессивность, плаксивость, нарушение сна;
- вегетососудистые (кризово-цефалгические) – головная боль, головокружение, парестезии, повышение АД, увеличение ЧСС, кардиалгия, одышка, тошнота, рвота;
- обменно-эндокринные – прибавка массы тела, акне, нагрубание молочных желез, отеки, жажда, приливы, полиурия, метеоризм, боли в животе, диарея, запоры;
- трофические – зуд, сыпь типа крапивницы, экзема, потливость, боли в суставах, изменение аппетита, повышенная чувствительность к запахам;
- в клинических исследованиях используют различные шкалы, классификации и индексы, что позволяет уточнить диагноз и степень тяжести предменструального расстройства и помогает врачу назначить правильное лечение;
- к примеру, легкое течение ПМС подразумевает появление 3 – 4 из вышеперечисленных симптомов за несколько дней до начала менструации, причем только один или два из них должны быть значительно выражены;
- при тяжелом течении предменструального синдрома (ПМС) женщину на протяжении 2 нед. до менструации начинают беспокоить одновременно 5 – 12 негативных проявлений с преобладанием двух и более признаков;

- одновременно каждый признак оценивают по шкале от 0 до 3 баллов в зависимости от наличия и интенсивности.
- Подсчет необходимо вести в течение «светлой» недели после менструации и в период наиболее выраженных жалоб.
- При сумме баллов от 4 до 21 следует говорить о легкой степени ПМС, при количестве 22 – 51 балл – о средней, а 52 балла и более – о тяжелом течении.
- В целом диагностика ПМС и ПМДР (предменструальное дисфорическое расстройство) не требует применения лабораторно-инструментальных методов, за исключением тех случаев, когда циклическая болезнь появляется у женщины, перенесшей гистерэктомию (тут необходимо и уточнение уровня прогестерона, и выполнения УЗИ органов малого таза).
- До недавнего времени общепринятых правил диагностической верификации ПМС не было, поэтому любые расстройства перед менструацией автоматически расценивали в рамках этого синдрома, что, естественно, приводило к гипердиагностике. Для решения этой проблемы в 2007 году в Лондоне была собрана междисциплинарная международная группа экспертов.
- Результатом ее работы стало создание клинических рекомендаций для диагностики ПМС.
- С этого момента диагноз предменструального синдрома считают правомерным при наличии четких критериев. Симптомы должны возникать не ранее чем за 2 недели до менструации и исчезать после месячных, отсутствуя большую часть фолликулярной фазы. Негативные проявления должны беспокоить женщину в большинстве ее менструальных циклов.
- В целом для подтверждения диагноза необходимо суммировать данные о настроении, соматических и психологических симптомах в течение как минимум двух последовательных менструальных периодов, подтверждая этим цикличность процесса. Чрезвычайно важно, чтобы выявленные симптомы не оказались предменструальным обострением другого умственного или физического хронического расстройства.
- Что касается ПМДР, то это более выраженная клиническая форма. Можно отметить значительное сходство с депрессивными расстройствами, когда психические нарушения доминируют над соматическими проявлениями. Для диагностики ПМДР разработаны так называемые Монреальские критерии.

- **Монреальские критерии ПМДР** (предменструальные дисфорические расстройства)
1. Характер симптоматики.
 - Возникает всегда после овуляции, в последнюю неделю лютеиновой фазы цикла.
 - Ослабевает в течение первых дней менструации.
 - Отсутствует в течение первой недели после окончания менструального кровотечения.
 - Сопровождает большинство (все) менструальные циклы.
 2. Для постановки диагноза необходимо наличие минимум пяти симптомов с обязательным присутствием хотя бы одного из первых четырех.
 - Подавленное настроение.
 - Выраженное беспокойство.
 - Значительная эмоциональная лабильность.
 - Постоянное раздражение.
 - Снижение интереса к повседневной деятельности.
 - Апатия.
 - Существенное изменение аппетита.
 - Сонливость или бессонница.
 - Подавленность и потеря контроля над происходящими событиями.
 - Иные психические симптомы.
 3. Повседневная активность в учебном заведении или на работе, социальная активность и взаимоотношения с окружающими людьми должны быть нарушены.
 4. Необходимо исключить обострение других аффективных, панических или личностных расстройств, хотя ПМДР может накладываться на эти заболевания.
 5. Пункт 1, 2, 3 и 4 следует подтвердить проспективными ежедневными оценками в течение не менее двух последовательных циклов, сопровождающихся симптомами (предварительный диагноз может быть поставлен до этого подтверждения).
 - В настоящее время очевидно, что пусковым механизмом всей цепи психоэндокринных событий при ПМС выступает овуляция:
 - ПМС и ПМДР никогда не возникают при ановуляторных циклах;
 - кроме того, ПМС не бывает до менархе, при аменорее, во время беременности и после менопаузы;

- ПМС типичен для ситуации сохраненного менструального цикла;
- при явной гормональной вовлеченности обязательное условие для ПМС – нормальная функция яичников; гормональный дисбаланс обычно не имеет отношения к синдрому предменструального напряжения.
- В патогенетической связке на первый план выходят две составляющие: неадекватный ответ центральной нервной системы и прежде всего гипоталамуса, на физиологические колебания уровня половых стероидов в течение менструального цикла и несбалансированная реакция ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на тот же раздражающий стимул.
- Мозговая дисгармония – появление психоневрологической симптоматики при ПМС:
 - роль триггера – нейropsychическое составляющее предменструального напряжения одно из производных прогестерона – аллопрегнанолаон;
 - этот метаболит «работает» как уравнивающий медиатор головного мозга: аллопрегнанолаон стимулирует ГАМП-рецепторы подтипа А, а также повышает активность хлоридных ионных каналов мембран нейронов головного мозга;
 - именно он обеспечивает женщине оптимистический взгляд на окружающий мир без негативных искажений восприятия действительности;
 - при нарушениях метаболизма прогестерона в ЦНС гормон преобразуется в прегнанолаон, который блокирует ГАМП-рецепторы подтипа А и В и нарушает психондoкринные процессы (исчезает седативный эффект, присущий обмену нейромедиаторов в норме, и у женщин возникает ряд симптомов – беспокойство, раздражительность, при этом тревога выходит на первый план).
- Еще одна вероятная причина нарушений – изменение равновесия между прогестероном, его метаболитами и андрогенами (андрогены улучшают когнитивные функции, повышают общий тонус организма и моделируют поведенческие реакции; повышенная агрессивность и тревожные состояния весьма характерны для избыточного содержания андрогенов, тогда как их недостаток обуславливает обратные проявления-депрессивные нарушения и апатию.

- В большинстве случаев к психологическим симптомам присоединяются и соматические – главный виновник – дисбаланс стероидных метаболитов, одновременно вовлекающий в процесс внушительный спектр половых стероидных гормонов, включая глюкокортикоиды и минералкортикоиды:
 - большинство клинических симптомов при синдроме предменструального напряжения связано с задержкой жидкости и нарушением водно-электролитного состояния;
 - ключевое звено-ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС), активирующее влияние на которую оказывают эстрогены;
 - эстрогены стимулируют синтез ангиотензин гена в печени, что в свою очередь через цепочку активирующей реакции увеличивает выработку минералкортикоидов и усиливает задержку жидкости, что служит основой для отеков, нагрубания молочных желез, головных болей из-за повышения внутричерепного давления и другой симптоматики.
- Хорошая переносимость и улучшение физического и психического состояния стало основой для использования дроспиренон содержащих комбинированных пероральных средств (**Видора**: 3 мг дроспиренон; 0,03мг этинилэстрадиол, **Видора микро**: 3мг дроспиренон и 0,02 мг этинилэстрадиол – препарат для женщин с предменструальными жалобами).
- Гестаген IV поколения дроспиренон:
 - этот гестаген ближайший родственник спиронолактона (популярного калийсберегающего диуретика, он сразу зарекомендовал себя как эффективный компонент комбинированных эстроген-гестагенных средств;
 - при идеальном гестагенном профиле он начисто лишен остаточного андрогенного эффекта (что чрезвычайно свойственно гестагенам других поколений, большая часть из них имеет андрогенное происхождение) и при этом успешен в антиандрогенных и антиминокортикоидных влияниях (он в 8 раз активнее спиронолактона);
 - 3 мг дроспиренона в составе комбинированного средства эквивалентен 25 мг спиронолактона;
 - путем предотвращения активации минералокортикоидных рецепторов сочетание дроспиренона и этинилэстрадиола оказывает за-

метное противоотечное действие и уменьшает массу тела, избавляя организм от избыточного количества воды и ионов калия;

- дроспиренон также проявляет антиандрогенную активность, достаточную чтобы женщины с акне отметили снижение выраженности симптоматики;
- дроспиренонсодержащее комбинированное пероральное средство эффективно у женщин с предменструальными жалобами;
- препарат положительно влияет на психоэмоциональные симптомы предменструального синдрома (ПМС) и предменструальных дисфорических расстройств (ПМДР);
- дроспиренонсодержащие КОК выступают как стабильность АД: подобный эффект актуален только для женщин, имеющих склонность к артериальной гипертензии вплоть до симптомов адреналиновых кризов;
- хотя доза дроспиренона, введенная в контрацептив явно недостаточная для лечения гипертонической болезни, она способствует предупреждению повышения АД, противодействуя отрицательному эффекту этинилэстрадиола на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС); для женщин с нормальными значениями кровяного давления изменение его уровня при приеме препарата нехарактерно;
- назначая эстроген-гестагенные комбинированные средства с дроспиреноном, в беседе необходимо настраивать пациентку на идеальный результат, на жизнь, отягощённую предменструальным синдромом.

Алгоритм выбора метода контрацепции

(В.Е Радзинский, М.Б Хамошина, 2017)

Алгоритм включает *три блока вопросов.*

I. Уточнение типа необходимой контрацепции и *наличия противопоказаний* по критериям приемлемости методов контрацепции ВОЗ и РФ (как к приему гормональных препаратов вообще, так и конкретно к приему эстрогенов).

II. Учет *сопутствующих заболеваний* и патологических состояний, при выявлении которых целесообразно назначение гормональной контрацепции.

III. Учет *индивидуальных потребностей* и предпочтений каждой пациентки после того, как исключены все факторы риска и противо-

показания. Участие женщины в выборе метода контрацепции обеспечивает большую комплаентность.

[Алгоритм структурирован так, что каждый препарат выбирают с учётом его состава и свойств, нужных женщинам с определёнными потребностями. Врач избавлен от необходимости анализировать множество однотипных средств и может сделать аргументированный выбор контрацептива в условиях ограниченного времени врачебного приёма.]

1. Необходима экстренная или плановая контрацепция?

Согласно медицинским критериям приемлемости методов гормональной контрацепции ВОЗ (2015) использование экстренной контрацепции в соответствии с показаниями¹ может быть рекомендовано всем женщинам. Препаратом выбора, по всем современным рекомендациям, служит левоноргестрел*.

При необходимости плановой контрацепции нужно учесть потребности женщины и возможности различных препаратов.

2. Есть ли у пациентки (в настоящее время либо в анамнезе) хотя бы одно из перечисленных состояний? **

- Острый тромбоз глубоких вен.
- Тромбоэмболия лёгочной артерии.
- Ишемическая болезнь сердца.
- Инсульт в анамнезе.
- Системная красная волчанка с положительным (или неизвестным) результатом на антифосфолипидные тела.
- Мигрень с аурой (в любом возрасте).
- Рак молочной железы (в том числе в анамнезе за последние 5 лет).
- Декомпенсированный цирроз печени.
- Опухоли печени.

* За исключением декомпенсированного цирроза печени; с осторожностью – при заболеваниях печени или желчевыводящих путей, желтухе (в том числе в анамнезе), болезни Крона, лактации или негормональных методах.

** Прогноз по тромботическим осложнениям отягощают курение, ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемии. Если у женщины в возрасте старше 40 лет (у курящих – старше 35 лет) есть хотя бы одно из перечисленных состояний, то плановая комбинированная гормональная контрацепция противопоказана.

При положительном ответе не противопоказаны негормональные методы или таблетки экстренной контрацепции – левоноргестрел 1,5 мг (за исключением декомпенсированного цирроза печени; с осторожностью – при заболеваниях печени или желчевыводящих путей, желтухе [в том числе в анамнезе], болезни Крона, лактации), но этот вариант не подходит для постоянного применения.

3. Получает ли женщина какой-либо из перечисленных препаратов?

- Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы (в рамках антиретровирусной терапии).

- Карбамазепин, барбитураты, топирамат, окскарбазепин.

- Рифампицин или рифабутин (в рамках длительной антимикробной терапии).

4. Кормит ли женщина грудью?*

Если да, то необходимо уточнить возраст ребёнка.

Если женщина не кормит ребёнка грудью, следует выяснить, была ли она беременна, и если да, то сколько времени прошло после родов.

5. Прошло ли менее 21 дня после родов (или менее 42 дней при наличии других факторов риска венозных тромбозов)?

КОК в течение 21 дня после родов не рекомендуют (категория приемлемости 3). Возможно назначение чисто прогестиновых контрацептивов; в качестве препарата выбора можно рассматривать дезогестрел 75 мкг.

* Если женщина не беременна, не рожала в течение последних 6 мес. и не кормит грудью, следует уточнить другие медицинские противопоказания. Если узнать возраст ребенка и, если ему более 6 мес. допустимы комбинированные контрацептивы при условии соблюдения критериев приемлемости.

6. Возраст ребёнка менее 6 мес?

Если ребёнку менее 6 мес, допустима плановая контрацепция прогестиновыми контрацептивами. В качестве препарата выбора следует рассматривать дезогестрел 75 мкг.

7. Выявлены ли у женщины следующие состояния?

- Сочетанные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (возраст более 40 лет, курение в настоящий момент или в течение 1 года в анамнезе, сахарный диабет, дислипидемия).

- Артериальная гипертензия (за исключением гестационной гипертензии при нормальном артериальном давлении в настоящее время).

- Венозный тромбоз/тромбоэмболия лёгочной артерии (острое состояние в анамнезе, а также большие оперативные вмешательства с длительной иммобилизацией).

- Тромбогенные мутации.

- Осложнённая клапанная болезнь сердца.

- Мигрень с аурой и без.

- Сахарный диабет с нейропатией/нефропатией/ретинопатией; другие сосудистые нарушения или сахарный диабет с длительностью течения более 20 лет.

- Заболевания жёлчного пузыря; анамнез холестаза после приёма КОК.

- Острый вирусный гепатит.

Если ответ положительный, то КОК противопоказаны. Помимо негормональных методов в качестве альтернативы может быть рассмотрен прогестиновый контрацептив с *дезогестрелом 75 мкг*. Если ответ отрицательный, то необходимо учесть возраст пациентки.

8. *Курит ли женщина в возрасте 35 лет и старше?*

Курение в указанном возрасте резко повышает вероятность осложнений на фоне приёма КОК. Возможно назначение прогестиновых препаратов; в качестве препарата выбора рассматривают дезогестрел*75 мкг.

Таким образом, по результатам оценки ответов на первый блок вопросов даже в случае выявления противопоказаний к применению плановой гормональной контрацепции женщине могут быть рекомендованы препараты для экстренной контрацепции, содержащие 1,5 мг левоноргестрела, или не гормональные методы.

*Дезогестрел содержащие пероральные контрацептивы не влияют на количество и качество грудного молока. Тем не менее необходимо тщательно наблюдать за развитием и ростом грудного ребенка, мать которого принимала препараты.

Вопросы второго и третьего блоков посвящены выявлению состояний, которые можно вылечить либо управлять ими по средствам назначения гормональных контрацептивов. Кроме того, ответы на вопросы нужны для достижения большей комплаентности, поскольку

призваны учесть предпочтения и индивидуальные потребности после того, как исключены все противопоказания и факторы риска.

1. Если у женщины выявлен *предменструальный синдром* или предменструальное дисфорическое расстройство, отеки и \ или увеличение массы тела в предменструальный период, обоснован выбор КОК, содержащих этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг.

2. Если женщина активно заявляет о важности *контроля массы тела* (при повышенном или нормальном индексе массы тела), то ей можно рекомендовать этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг. Прием КОК с дроспиреноном снижает риск прибавки массы тела, а 66% пациенток отмечают даже ее снижение на 2- 3 кг в первый год. Влияние дроспиренона складывается из трех компонентов.

По результатам оценки ответов на первый блок вопросов даже в случае выявления противопоказаний к применению плановой гормональной контрацепции женщине не противопоказаны препараты для экстренной контрацепции, содержащие 1,5 мг левоноргестрела, или негормональные методы.

1) Противостоит активации ренин- ангиотензин- альдостероновой системы (3мг дроспиренон равноценны 25 мг спиронолактона).

2) Подавляет пролиферацию адипоцитов- блокирует дифференцировку незрелых адипоцитов в зрелые, взаимодействуя с минералокортикоидными рецепторами жировых клеток (конкурируя за указанные рецепторы с альдостероном и глюкокортикоидами). Дроспиренон ингибирует экспрессию ключевого медиатора адипогенеза, не тормозя при этом липолиз.

3) Модифицирует пищевое поведение женщины в предменструальный период, а у пациенток с гиперандрогенизмом позволяет нормализовать аппетит.

3. Если женщине ранее назначали комбинированные гормональные контрацептивы с целью *лечения предменструального синдрома или дисменореи, но терапевтический эффект отсутствовал*, то вариантом решения проблемы может стать прием лекарственного препарата с содержанием 100 мкг левоноргестрела, 20 мкг этинилэстрадиола и 10 мкг этинилэстрадиола в пролонгированном режиме «84+7»

Если у женщины выявлен предменструальный синдром и для нее важен контроль массы тела (при нормальном или повышенном индексе массы тела), то ей можно рекомендовать препарат, содержащий

этинилэстрадиол 20 мкг + дроспиренон 3 мг. Такая комбинация препятствует набору массы тела и отекам в предменструальный период. (Видора микро 3 мг дроспиренон ,20 мкг этинилэстрадиол)

4. Если у пациентки есть желание *уменьшить частоту менструации*, достойным решением также может стать комбинированный препарат, содержащий 100 мкг левоноргестрела, 20 мкг этинилэстрадиола и 10 мкг этинилэстрадиола. Важно, что фиксированный пролонгированный режим препарата не предусматривает таблеток плацебо, что облегчает соблюдение режима приема- одна таблетка в день ежедневно без каких-либо перерывов вообще. Подобный график уменьшает риск пропуска таблетки и необходимость дополнительных визитов к врачу.

5. Если у женщины *нерегулярный менструальный цикл*, допустимо назначение любых КОК для имитации естественных регулярных кровопотерь и сокращения объема менструальноподобной реакции. Оправдан выбор в пользу КОК, содержащих 30 мкг этинилэстрадиола поскольку контроль цикла при приеме КОК напрямую зависит от дозы синтетического эстрогена в их составе.

6. На выбор контрацептива может повлиять выявление у женщины на момент осмотра или в анамнезе *одного из ниже перечисленных состояний*.

- Ретенционные кисты (особенно рецидивирующие).
- Синдром поликистозных яичников.
- Аномальные маточные кровотечения.
- Дисменорея.
- Гиперплазия эндометрия.

При указанных состояниях допустимо назначение любых КОК, однако целесообразно использование препаратов с содержанием 30 мкг этинилэстрадиола и высокоселективного прогестагена в циклическом режиме (в первую очередь дроспиренона). С одной стороны, 30 мкг – именно та доза эстрогенного компонента, которая в циклическом режиме обеспечивает необходимое снижение уровня ФСГ, повышение концентрации рецепторов прогестерона, а также пролиферацию эндометрия одновременно с его стабилизацией для надёжного контроля менструального цикла. С другой стороны, дроспиренон предотвращает пиковые колебания ЛГ, ингибирует выработку эндогенного эстрадиола, обеспечивает необходимую секреторную трансформацию эндометрия и дополнительно – необходимые антимицеральные и антиандрогенные эффекты. Важно: применение

КОК для контрацепции целесообразно, но не служит лечением вышеперечисленных состояний, что диктует необходимость соблюдения аккуратности при заполнении врачебной документации.

7. Ещё один пункт алгоритма – *коррекция симптомов гиперандрогенизма*. Гиперандрогенные состояния требуют приоритетного назначения препаратов с зарегистрированными лечебными показаниями.

8. Если у женщины *повышен индекс массы тела* и есть склонность к гормо- нальнозависимой задержке жидкости, оправдано назначение КОК, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола + 3 мг дроспиренона, обладающего антиминералокортикоидным действием.

9. Отдельный вопрос предназначен для тех, кто собирается использовать *контрацепцию впервые* и чей анамнез не отягощён гинекологическими заболеваниями. Такие женщины часто испытывают боязнь приёма «гормональных таблеток», и им могут быть рекомендованы препараты с минимальным содержанием гормонов (например, с 15–20 мкг этинилэстрадиола) и метаболически нейтральный прогестаген.

10. Заключительный вопрос – желательный *режим применения контрацепции*. Если пациентка не хочет принимать препарат ежедневно и причина кроется в опасениях пропустить таблетку, ей могут быть предложены средства длительной обратимой контрацепции (так называемые LARC-методы), например внутриматочные рилизинг-системы, влагалищное кольцо или подкожные имплантаты.

[30 мкг этинилэстрадиола – именно та доза эстрогенного компонента, которая в циклическом режиме обеспечивает необходимое снижение уровня ФСГ, повышение концентрации рецепторов прогестерона, а также пролиферацию эндометрия одновременно с его стабилизацией для надёжного контроля менструального цикла.]

Никакая компьютерная программа, даже если она представляет собой результат серьёзной научной работы экспертов, никогда не заменит клинического мышления врача. Тем не менее «говорящие» названия КОК, удобный алгоритм работы и наличие бесплатного мобильного приложения *существенно облегчают жизнь* практикующему специалисту и позволяют ему оптимально использовать рабочее время.

Персональный помощник – подсказчик для оценки противопоказаний, факторов риска и учёта индивидуальных предпочтений – позволяет *выбрать именно тот контрацептив*, к которому с большей вероятностью будет привержена пациентка. И хотя на первый взгляд

он ограничивает самостоятельность акушера-гинеколога, однако на самом деле помогает ему *избежать ошибок*. Помощник мастера не заменяет.

Грамотное врачебное консультирование играет ключевую роль в выборе пациентки, будет ли она предохраняться от беременности вообще, и если да, то насколько это станет для нее обязательной, жизненной установкой.

Согласно позиции ВОЗ, выбор метода контрацепции- одна из главных составляющих качеств медицинских услуг, которая играет важную роль на всех этапах работы с пациентками. Эта деятельность зачастую выходит за рамки разовой консультации.

**Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)
доступные на рынке РФ**

Тип и состав КОК	Препарат	Эстроген, мкг	Гестаген, мкг
Монофазные			
ЭЭ + ЛНГ	Микрогинон	30	150
	Минизистон	30	150
	Ригевидон	30	150
ЭЭ + норгестимат	Силест	30	250
Монофазные ЭЭ + дезо- ге-стрел	Новинет	20	150
	Марвелон	30	150
	Мерсилон	20	150
	Регулон	30	150
Монофазные ЭЭ + гестоден	Логест	20	75
	Фемоден	30	75
	Линдинет 20	20	75
	Линдинет 30	30	75
ЭЭ + дроспиренон	Джес 24/4, Джес плюс 24/4*	20	3000
	Ярина, Ярина Плюс*	30	3000
	Мидиана	30	3000
	Димиа	20	3000
	Видора 21/7	30	3000
	Видора микро 21/7, Видора микро 24/4	20	3000
ЭЭ + диеногест	Жанин	30	2000
	Силует	30	2000
	Дициклен	30	2000
ЭЭ + ципротерона ацетат	Диане-35	35	2000
	Беллуне-35	35	2000
	Хлое	35	2000
ЭЭ + хлормадинона ацетат	Белара	30	2000
С натуральными эстрогенами			
Эстрадиола валерат + диеногест	Клайра	3000–2000– 2000–1000– 0	0–2000– 3000–0–0
Эстрадиола гемигидрат + номегэстрола ацетат	Зоэли 24/4	=1,5 мг эстрадиола	2500
* Содержат кальция левомефолат в дозе 451 мкг.			

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как пелось в одной популярной песенке – «был бы милый рядом»? Да, конечно. Но не только. Еще чтобы дом – полная чаша. И крепкая семья. И чтобы дети росли здоровыми, умными и у них все было хорошо. И чтобы было много друзей, и все – настоящие. И чтобы сама себе нравилась, а окружающие уважали бы и даже восхищались. Хотелось бы реализовать все свои таланты или хотя бы большую их часть, добиться успеха в жизни и при этом не утратить жизнерадостность, способность отдыхать и веселиться. И еще – чтобы на все это хватало времени, сил и здоровья.

Сегодня, когда интересы женщины не ограничиваются рамками дома и семьи, а простираются во все сферы жизни, нагрузки на женский организм возрастают многократно. Можно только радоваться, что женщина может реализовать себя не только в роли жены и матери, но при этом не нужно забывать, что выносить и родить ребенка может только она. И здоровье, и благополучие нового поколения напрямую зависит от того, насколько здоровой и подготовленной к материнству будет современная женщина.

Поэтому чтобы быть по-настоящему счастливой, первое, что нужно делать женщине – это заботиться о своем здоровье в целом и о состоянии своей репродуктивной системы – в частности. Ведь, как говорил Сократ, здоровье – это еще не все, но все – ничто без здоровья.

Дать женщине право на выбор (одна из прав человека вообще) иметь детей по желанию или по воле судьбы – это, безусловно, беспроектное начинание. В целом, вопреки некоторым мнениям, контрацепция направлена на сохранение жизни: данные проведенных исследований неоднократно показывали, что соблюдение интервалов между беременностями позволяет спасти жизни и детей, и матери за счет более низкой материнской смертности.

Большинство женщин, желающих подобрать метод контрацепции – это здоровые молодые женщины, имеющие несколько меньшее число различных проблем, чем женщины в возрасте около 35 лет, подростки или женщины с букетом сопутствующих заболеваний. Зачастую термин «комбинированный оральный контрацептив» считают синонимом понятия «контрацепция». Между тем существует много новых и усовершенствованных альтернатив КОК с полностью обратимым действием, которые соответственно способствуют охране репродуктивного здоровья.

Рекомендуемая литература

1. Алгоритм выбора метода контрацепции. Консультирование по контрацепции как основа персонализированного выбора: информационный бюллетень / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина. – М.: Редакция журнал Status Praesens, 2017. – 20 с.
2. Беременность высокого риска / под ред. А.Д. Макацария, Ф.А. Червенака, В.О. Бицадзе. – М.: ООО «Издательство Медицинское информационное агентство», 2015. – 920 с.
3. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Серова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 387 с.
4. МакВэй Э. Репродуктивная медицина. Планирование семьи: практическое руководство / Энда МакВэй, Джон Джиллбоуд, Рой Хэмбэг; под ред. проф. В.Н. Прилепской, акад. РАН Г.Т. Сухих; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 368 с.
5. Медикаментозный аборт. Руководство для практических врачей / Радзинский В.Е., ред. – М.: МЕДпресс-информ; 2015. – 344 с.
6. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. – М.: Минздрав России, 2012. – 178 с.
7. Неразвивающаяся беременность / под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с.
8. Послеродовая контрацепция: методические рекомендации / сост. В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский. – Уфа, 2010. – 58 с.
9. Приказ Минздрава России от 07.04.2016 №216 «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».
10. Приказ Минздрава России от 12.12.2012 №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
11. Прилепская В.Н. Гормональная контрацепция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 256 с.
12. Радзинский В.Е., Пустотина О.А. Планирование семьи в XXI веке. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с.
13. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Руководство для практикующих врачей. – 2-е изд. испр. и доп. – В 2 т. – Т. 2 Гинекология / под общ. ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: Литтерра, 2010. – 544 с.

14. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 944 с.

15. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2010. – 448 с.

16. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т., Невынашивание беременности: Руководство для практикующих врачей. – М.: МИА, 2011. – 516 с.

17. Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции / Пер. с англ.; под ред. В. Н. Прилепской. – М., 2009. – 432 с.

18. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Руководство. – М., 2010. – 224 с.

19. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».