



... ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

УДК 615.286.3 + 615.477.87/.03

КОНТРАЦЕПЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ, ПРЕПАРАТЫ

М.В.Майоров

Женская консультация медсанчасти № 2
Харьковского завода тракторных двигателей

Проблемы регуляции рождаемости и планирования семьи весьма актуальны во всех странах мира. По классическому определению ВОЗ, "планирование семьи – это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождений только желанных детей". Экспертные группы ВОЗ определяют следующие цели планирования семьи: исключение нежелательных деторождений, регулирование интервалов между беременностями и времени появления детей в зависимости от возраста родителей и других факторов, определение оптимального числа детей в семье. Многочисленные научные исследования позволили выявить среди женщин группы риска, в которых беременность неблагоприятно влияет как на собственное здоровье женщины, так и на здоровье ее потомства. В частности, беременность у женщин до 20 и старше 40 лет является нежелательной, так как материнская смертность в возрасте 40 лет в 5 раз, а у первородящих в 15 (!) раз выше по сравнению с женщинами 20-29 лет. Роды с интервалами менее 2-2,5 лет также отрицательно влияют на здоровье женщины, приводя к увеличению случаев перинатальной заболеваемости и смертности.

Искусственный аборт как метод регуляции рождаемости абсолютно неприемлем, так как сопровождается возникновением серьезных осложнений (воспалительные процессы гениталий, нейрогормональные нарушения, бесплодие и др.).

И.А.Мануилова (1983) рекомендует следующие принципы регуляции генеративной функции женщины: предупреждение беременности у женщин до 20 и старше 40 лет, соблюдение интервалов между родами не менее 2-2,5 лет, предупреждение беременности в группе высокого риска в связи с экстрагенитальной патоло-

гией, профилактика аборта, особенно у первобеременных.

Для реализации этих принципов применяют контрацептивные средства. Средства контрацепции должны удовлетворять основным требованиям: надежно гарантировать от зачатия, быть удобными в применении, не оказывать вредного влияния на здоровье партнеров, действовать временно (обратимо) т.е. с условием легкого и полного восстановления детородной функции при необходимости, не нарушать физиологию полового акта и не влиять отрицательно на его эмоционально-этическую окраску, быть доступным по цене.

Применяемые в настоящее время контрацептивы можно классифицировать следующим образом:

1. Механические средства:

а) применяемые мужчинами (презерватив; прерванный половой акт - не рекомендуемый метод!);

б) применяемые женщинами (представляющие исторический интерес колпачки КР и "Кафка", внутриматочные средства).

2. Химические средства (различные спермицидные растворы, шарики, свечи, таблетки, кремы, пасты, аэрозоли местного действия).

3. Биологические методы (ритм-метод, температурный метод).

4. Гормональная контрацепция.

1. Механические средства

Средства, применяемые мужчинами.

Широко распространенный до настоящего времени прерванный половой акт, хотя и обеспечивает относительно надежное предохранение от беременности, но нарушает нормальные физиологические механизмы, в силу чего

его не следует практиковать систематически. Необходимо также учитывать, что повторное (в течение ближайших нескольких часов) применение указанного метода снижает его контрацептивную эффективность в связи с попаданием во влагалище сперматозоидов, оставшихся в семявыносящих путях после предшествовавшего семяизвержения.

Достаточно эффективным методом контрацепции являются мужские презервативы (кондомы). Наступление нежелательного зачатия иногда при их применении может быть обусловлено незамеченным разрывом резины, а также излиянием эякулята из презерватива на наружные гениталии женщины. Дальнейший путь подвижных сперматозоидов общеизвестен.

Средства, применяемые женщинами.

К ним относятся металлические (алюминиевые) колпачки "Кафка" и резиновые колпачки КР. Применение металлических колпачков ограничено в связи с необходимостью частого посещения врача или акушерки для введения (после менструации) и снятия (перед менструацией) колпачка, травмирующего действия его на шейку матки, невозможностью применения данного контрацептива при воспалительных заболеваниях и деформациях последней. Вагинальные колпачки КР находят в практике контрацепции несколько более широкое применение. Изготовленные из плотной резины с упругим ободком по краю, они имеют разные размеры (диаметры). Вводит и удаляет колпачок сама женщина, предварительно обученная врачом или акушеркой. Для усиления контрацептивного эффекта перед введением колпачка его заполняют каким-либо химическим спермицидным средством. Перед извлечением колпачка КР и сразу после него обязательно проводят спринцевание влагалища.

Внутриматочная контрацепция

Одним из наиболее распространенных современных методов контрацепции является применение ВМС. Механизм контрацептивного действия их до сих пор полностью не ясен. Противозачаточное действие введенного в полость матки инородного тела различной формы и величины объясняют его abortивным действием, ускорением перистальтики маточных труб, лютеолитическим, сперматотоксическим и другими факторами. Положительным моментом является то, что ВМС оказывает преимущественно "местное" контрацептивное

действие, не вызывая изменений в нейроэндокринной системе регуляции менструального цикла, причем эффективность достаточно высока (около 97-98%). Противопоказаниями к применению ВМС являются острые и подострые воспалительные заболевания гениталий, подозрение на беременность, новообразования гениталий или подозрения на них, ациклические маточные кровотечения, выраженная гиперполименорея. Нежелательно применение ВМС у нерожавших и особенно ни разу не беременевших женщин, а также при внематочной беременности в анамнезе, генитальном инфантилизме, эндометриозе, тяжелых формах сердечно-сосудистых заболеваний и диабете.

Перед введением ВМС необходимо провести бактериологическое обследование микрофлоры влагалища. При III-IV степени чистоты введение ВМС допустимо только после санации. Наиболее приемлемо введение ВМС в последние дни менструации при еще не полностью закрытом внутреннем зеве или сразу после окончания менструации, когда кровянистые выделения уже прекратились. Существовавшие ранее рекомендации о введении ВМС сразу после окончания операции искусственного аборта в настоящее время во многом пересмотрены. Как показывает практический опыт, введение ВМС сразу после аборта значительно затрудняет диагностику послеабортных осложнений, и не имеет "контрацептивного смысла", так как половая жизнь до следующей после аборта менструации запрещается. Гораздо целесообразнее ввести ВМС во время наступившей после аборта менструации.

После введения ВМС половая жизнь запрещается в течение ближайших 10 дней (до контрольного осмотра гинеколога). При появлении вскоре после введения ВМС болей внизу живота рекомендуется назначение антагонистов простагландинсинтетазы (ибупрофен, ортофен и др.) и спазмолитиков (галидор, ношпа); при обильных кровянистых выделениях из влагалища - викасол, дицинон, аминокaproновая кислота внутрь. В дальнейшем осмотр проводится регулярно каждые три месяца. Оптимальный срок пребывания современных ВМС в матке до 5 лет.

В настоящее время используются ВМС в основном "второго поколения" - медьсодержащие, различной формы, чаще в виде буквы Т. Применение медьсодержащих ВМС ("Нова-Т", "Купер-Т", "Мультилоад" и др.) по сравнению с другими видами, не имеющими металлической оплетки, снижает частоту нарушений менстру-

ального цикла в три раза. Частота самопроизвольных изгнаний контрацептива снижается в 8 раз, а эффективность контрацепции повышается на 7 %.

Весьма перспективны и высокоэффективны ВМС "третьего поколения" содержащие и постоянно выделяющие в матку прогестины в небольших количествах. Так, например, контрацептивная система "Mirena", разработанная фирмой "Leiras", помимо своего высокого контрацептивного эффекта, оказывает лечебное действие при обильных менструальных кровотечениях и явлениях альгодисменореи. Данная контрацептивная система имеет Т-образный полиэтиленовый каркас, вокруг которого размещен цилиндр-контейнер, содержащий высокоэффективный прогестин - левоноргестрел. Его суммарное количество (52 мг) обеспечивает надежную контрацепцию на протяжении 5 лет при ежедневной норме выделения в полость матки 20 мкг препарата.

2. Химические средства

Их применение основано на использовании спермицидных веществ, к которым относятся имеющие в основном исторический интерес: лимонная, борная, уксусная, молочная кислоты, хинин, резорцин и некоторые другие соединения. Эти вещества некогда широко применялись в виде спринцевания, влагалищных тампонов и губок, пропитанных растворами спермицидных веществ, комбинированных таблеток местного действия, шариков, суппозиториев, паст, кремов и т. д. Среди них следует упомянуть грамицидиновую пасту, шарики "Контрацептин", "Хиноцептин", таблетки "Трацептин" и др.

В настоящее время довольно большой популярностью пользуются химические контрацептивы местного действия, выпускаемые фирмой "Иннотекс" (Франция). Их активным элементом является хлорид бензалкония, который относится к катионным поверхностно-активным препаратам; его радикал имеет растительное происхождение (насыщенное кокосовое масло), а антимикробные свойства по сравнению с другими антисептиками наиболее выражены. Аналогичным действием обладает и "Патентекс-овал". Эти препараты наряду с выраженным контрацептивным обладают и антисептическим действием, осуществляющим профилактику заболеваний, передающихся половым путем.

Препараты местного действия назначают

при противопоказаниях к применению ВМС и гормональной контрацепции. Так, например, разнообразие лекарственных форм препарата "Фарматекс" обеспечивает индивидуальный подбор контрацепции (табл. 1).

Таблица 1.

ФАРМАТЕКС	Начало действия после введения	Время действия
Шарик (свеча)	5 мин.	4 часа
Гинекологическая таблетка	8-10 мин	min 3 часа
Крем (многодозовый тюбик 20 доз)	Сразу	10 часов
Тампон (губка)	Сразу	24 часа

Однако при использовании препаратов "Фарматекс" следует учитывать, что любое орошение или вагинальное спринцевание с мылом как до полового акта, так и после него категорически запрещается, потому что мыльная вода разрушает активное вещество препарата. Наружный туалет можно проводить только чистой водой, а контрацепция "Фарматексом" не должна сочетаться с вагинальной терапией. Лактация противопоказанием к применению не является.

Спринцевание влагалища с контрацептивной целью, все еще довольно широко применяемое некоторыми женщинами, следует считать абсолютно неэффективным, так как согласно проведенным исследованиям сперматозоиды обнаруживаются в полости матки уже через 90-100 секунд после семяизвержения.

3. Биологические методы

К числу безвредных физиологических методов контрацепции относится так называемый календарный ("ритм-метод"), предложенный Огино и Кнаусом, кстати, весьма одобряемым религиозными конфессиями. Известно, что при 28-дневном цикле овуляция обычно происходит на 12-14-й день. Учитывая, что яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение 24 часов после овуляции, "опасный" период при 28-дневном цикле приходится на 10-17-й день. Для расчета "опасных" периодов существуют различные таблицы и методы.

Способ 1. Продолжительность менструального цикла (от 1-го дня менструации до 1-го дня следующей) делят на 2. Нижнюю границу возможного дня овуляции определяют вычитанием из этой величины числа 2. Верхнюю границу узнают прибавлением числа 5. В результате получают 7, то есть число дней когда чаще всего может наступить зачатие.

Способ 2. От числа дней цикла вычитают 16, получают первую границу. Вторую границу определяют прибавлением к полученной сумме числа 4. Для большей безопасности прибавляют еще по 3 дня.

Температурный метод основан на определении времени подъема базальной (ректальной) температуры путем ее ежедневного измерения и воздержания от половых отношений в первой фазе менструального цикла, включая первые 3 дня подъема базальной температуры после овуляции. Через 3 дня после подъема температуры (после овуляции) яйцеклетка теряет способность к оплодотворению и опасность наступления беременности исчезает. С этого момента допустима половая жизнь без контрацепции. Хотя данный метод имеет некоторые неудобства, связанные с необходимостью ежедневного измерения базальной температуры, эффективность его достаточно велика.

4. Гормональная контрацепция

Противозачаточный эффект оральных контрацептивов (ОК) объясняется несколькими механизмами. Под влиянием гестагенного компонента (левоноргестрел, норэтистерон, гестоден и др.) наступает блокада высвобождения рилизинг-факторов (лютеинизирующего и фолликулостимулирующего) гипоталамуса, угнетение секреции гипофизом гонадотропных гормонов, что ведет к торможению созревания и выхода готовой к оплодотворению яйцеклетки (овуляции). Контрацептивное действие усиливается этинилэстрадиолом – синтетическим аналогом фолликулярного гормона эстрадиола, который вместе с гормоном желтого тела (прогестин, гестаген) участвует в реализации менструального цикла. Дополнительным механизмом действия ОК является повышение вязкости цервикальной слизи, затрудняющее попадание сперматозоидов в полость матки. В используемых дозировках эстрогенного и гестагенного компонентов современные ОК практически не оказывают влияния на основные функции центральной и периферической нервной систем, кровообращение, деятельность других систем организма.

Классификация ОК включает чистые гестагены ("мини-пили"), монофазные, двухфазные и трехфазные препараты различного состава (табл. 2).

Оральные контрацептивы обладают почти 100 % эффективностью, однако, при использовании этих препаратов возможны осложнения и побочные реакции. ОК назначаются врачом-

специалистом после обязательного предварительного обследования женщины, включающего гинекологическое исследование и пальпацию молочных желез, измерение АД, общеклинические исследования крови и мочи, мазков (цитологическое и бактериологическое), оценку свертывающей системы крови (коагулограмма) и биохимический анализ крови. Гормональная контрацепция особенно рекомендуется при противопоказаниях к внутриматочным контрацептивам (воспалительные процессы гениталий, послеродовые деформации шейки матки и т.д.), а также в подростковом возрасте (при наличии установившегося менструального цикла, не менее чем через два года после менархе).

При использовании ОК у некоторых женщин наблюдаются побочные реакции. К ним относятся межменструальные кровотечения, отсутствие менструальноподобной реакции по окончании 21-дневного курса приема (синдром гиперторможения гипоталамо-гипофизарной системы, гипоменструальный синдром, тошнота, рвота, рост массы тела, изменение аппетита, нагрубание молочных желез, снижение либидо, депрессия, головная боль, слабость, сонливость и пр). Обычно к концу второго цикла приема указанные побочные явления исчезают без дополнительной терапии. Только у 4-5 % женщин возникает необходимость в медикаментозной коррекции имеющихся осложнений.

Дозировка. Комбинированные ОК (моно-, двух- и трехфазные) принимают с 5-го дня цикла в течение 21 дня, затем после 7-дневного перерыва снова повторяют 21-дневный прием. Некоторые фирмы рекомендуют начинать прием препаратов в 1-й день цикла. Чистые гестагены ("мини-пили") принимают с 1-го дня менструации ежедневно в постоянном режиме. Посткоитальные препараты, содержащие большие дозы гестагенов, в частности, постинор, назначают в течение 72 ч после полового контакта – 1 таблетку (0,75 мг левоноргестрела) еще 1 таблетку следует принять через 12 ч. Не допускается использование постинора как средства постоянной и непрерывной контрацепции (не более 4 таблеток в месяц). Данный препарат целесообразен при редких половых контактах или как средство "экстренной контрацепции".

Гормональная контрацепция по W.Carol (1986) противопоказана в следующих случаях.

Относительные противопоказания: тромбозы и тромбоэмболии в анамнезе, нарушения функции печени с холестазом, гепатит (в том

Таблица 2 - Сравнительный состав гормональных контрацептивов

Группа (препарат)	Фирма, страна-изготовитель	Кол-во эстрагена (этинилэстра-иол), мг	Кол-во прогестагена, мг
"Чистые" гестагены			
ДЕПО-ПРОВЕРА (инъекционный контрацептив)	"Апдижн", США	-	медроксипрогестерона ацетат
ЭКСЛЮТОН	"Органон" Нидерланды	-	линестренол 0,5
МИКРОЛЮТ	"Шеринг", Германия	-	левоноргестрел 0,03
КОНТИНУИН	"Гедеон Рихтер", Венгрия	-	этинодиол ацетат 0,5
АЦЕТОМЕПРЕГЕНОЛ	Россия	-	ацетомепрегенол ацетат 0,5
Монофазные контрацептивы			
МАРВЕЛОН	"Органон", Нидерланды	0,03	дезогестрел 0,15
МЕРСИЛОН		0,02	дезогестрел 0,15
МИКРЕТ		0,02	дезогестрел 0,15
НОВИНЕТТ	"Гедеон Рихтер", Венгрия	0,02	дезогестрел 0,15
ОВИДОН		0,05	левоноргестрел 0,25
РИГЕВИДОН		0,03	левоноргестрел 0,15
РЕГУЛОН		0,03	дезогестрел 0,15
МИНУЛЕТ	Канада	0,03	гестоден 0,075
ФЕМОДЕН	"Шеринг", Германия	0,03	гестоден 0,075
МИКРОГИНОН		0,03	левоноргестрел 0,15
ИАНАФАРМ-35		0,035	ципротерон ацетат 2 мг (антиандроген с гестагенной активностью)
ЛОГЕСТ		0,02	гестоген 0,075
СИЛЕСТ	"Силаг", Швейцария	0,035	норгестимат 0,25
МИНИЗИСТОН	"Иенафарм", Германия	0,03	левоноргестрел 0,125
Двухфазные контрацептивы			
АНТЕОВИН	"Гедеон Рихтер", Венгрия	0,05-0,05	левоноргестрел 0,05-0,125
ГРАЦИАЛ	"Органон", Нидерланды	0,03-0,04	дезогестрел 0,125-0,025
Трехфазные контрацептивы			
ТРИ-РЕГОЛ	"Гедеон Рихтер", Венгрия	0,03-0,04-0,03	левоноргестрел 0,05-0,075-0,125
ТРИЗИСТОН	"Иенафарм", Германия	0,03-0,03-0,03	левоноргестрел 0,05-0,075-0,125
МИЛВАНЕ	"Шеринг", Германия	0,03-0,04-0,03	гестоден 0,05-0,07-0,1
ТРИКВИЛАР		0,03-0,03-0,03	левоноргестрел 0,05-0,075-0,125
Постконтактные контрацептивы			
ПОСТИНОР	"Гедеон Рихтер", Венгрия		левоноргестрел 0,75

числе и хронический персистирующий), заболевания желчного пузыря, гипертония, сахарный диабет, эпилепсия, атеросклероз, язвенный колит, аллергия, миома матки, хронические заболевания почек, заболевания с тенденцией к прогрессированию во время прошлых беременностей (гепатозы, гипертония и т.д.).

Абсолютные противопоказания: свежие тромбозы, беременность, гормонально зависимые злокачественные опухоли, врожденные дефекты выделительной функции почек, прогрессирующие заболевания печени, серповидно-клеточная анемия, выраженная гиперлипидемия, сосудистые заболевания мозга, инфаркт миокарда (в анамнезе), ишемическая болезнь сердца.

Настоятельно не рекомендуется ОК женщинам старше 35 лет, особенно выкуривающим более 15 сигарет в день (альтернатива: "курение или пилюли"). Существуют показания к прекращению гормональной контрацепции: беременность, выраженная мигрень, внезапные острые нарушения зрения и слуха, острые тромбозы, осложнения, патология желчных путей, желтуха и острые заболевания печени, повышение артериального давления, длительная иммобилизация, планируемые большие хирургические вмешательства, выраженная прибавка в массе тела, появление изменений голоса, рост миомы матки.

При использовании ОК следует учитывать некоторые весьма важные обстоятельства. Так, первый месяц приема препарата не может гарантировать достаточно надежную контрацепцию (пока не накопился достаточный уровень гормонов в организме), что требует "подстраховки" другими методами. Такая же "подстраховка" необходима в случаях пропуска приема таблеток более, чем 36 часов, при поносе и рвоте, а также при одновременном приеме каких-либо препаратов (в беседе с пациентками детализацию фармакологической группы этих препаратов считаем излишним). В 2-3 % случаев возникают межменструальные, так называемые "прорывные" кровотечения. Важно ориентировать пациентку не прекращать прием ОК, а наоборот, на короткое время увеличить дозу, не нарушая общей схемы приема. При длительном использовании метода гормональной контрацепции рекомендуется принимать гепатопротекторы (карсил, легалон и др.), а также поливитамины с обязательным содержанием пиридоксина (витамин B₆), что является профилактикой иногда возникающей депрессии, причиной которой может быть нару-

шение обмена пиридоксина, вызывающее дефицит триптофана.

В последнее время началось использование для парентерального применения препарата депо-провера (фирма "Фармация и Апдиджн"), который является гестагеном длительного действия. Депо-провера угнетает секрецию гонадотропных гормонов (преимущественно лютеинизирующего) и подавляет овуляцию. Он тормозит также секреторные изменения, необходимые для подготовки эндометрия к имплантации оплодотворенной яйцеклетки, и повышает вязкость цервикальной слизи, что препятствует движению сперматозоидов. Вводится внутримышечно по 150 мг каждые 3 месяца, первая инъекция проводится в первые 5 дней менструального цикла или на 6-й неделе после родов (возможно и при кормлении грудью). Противопоказания и побочные явления, в основном, те же, что и при применении оральных контрацептивов. Особенностью депо-проверы является довольно частое появление нерегулярных кровянистых выделений, иногда сменяющихся состоянием аменореи. Не рекомендуется применять данный препарат нерожавшим и планирующим в будущем роды пациенткам.

Врачу, назначающему гормональную контрацепцию, следует регулярно наблюдать за пациенткой, подробно обсуждая все аспекты применения. По рекомендации В.П. Сметник (1980) следует прекратить прием ОК не менее чем за три месяца при планировании беременности. В этот период целесообразно принимать поливитамины и использовать барьерные методы контрацепции.

В настоящее время во многих странах проводятся многочисленные исследования по поиску новых методов регуляции генеративной функции женщины. Изучается эффективность вагинальных колец, выделяющих гормоны, исследуются природные соединения, используемые в народной медицине. Разрабатываются препараты с лютеолитическим и предупреждающим имплантацию эффектом, изучаются контрацептивные свойства агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (люлиберина), антагонистов прогестерона и др. Активно ведутся иммунологические исследования, направленные на поиск эффективных вакцин, которые могли бы предотвратить транспорт сперматозоидов, оплодотворение и развитие яйцеклетки или нарушить ее имплантацию.

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что репродуктивное здоровье жен-

щины во многом зависит от интенсивности усилий по его сохранению. Только при условии планомерной, комплексной, квалифицированной, научно обоснованной работы по внедрению и осуществлению рациональной контрацепции как единственно приемлемого

метода регуляции рождаемости, можно добиться реального снижения частоты абортот и гинекологической заболеваемости, способствуя тем самым сохранению здоровья и детородной функции женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современное предупреждение беременности и планирование семьи" /Под ред. Багдань Ш. - Будапешт, 1998. - 96 с.
2. Внутриматочные средства и их роль в планировании семьи. -Женева, 1985. - № 75. - 47 с.
3. Грищенко В.И. Научные основы регулирования рождаемости. - К.: Здоров'я, 1983. - 207 с.
4. Майоров М.В. Современные средства контрацепции //Фельдшер и акушер, 1985. -№4.-С.24-29.
5. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. М.: Медицина, 1983. - С.127.
6. Сметник В.П. Современные методы контрацепции // В кн.: Неоперативная гинекология. - М.:Медицина, 1990. - С.428-443.
7. Гормонотерапия /Под ред. Шамбах Х. Пер. с нем. - М.:Медицина, 1988. - С.143-152.
8. Levrier M. Spermicides et bactericides. - College de Gyn. de Bx.et. S.O. Feb., 1979.
9. Levrier m. Contraception vaginale an chloure de Benzael Konrum. Ste.Fr. Gyn. Obst. group de Bx. May, 1979.
10. Webster L. Epidemiology of oral contraceptives and the risk of Breast cancer //J.Reoprod. Med. - 1986. - Vol. 31. - Suppl. 6. - P. 540-545.