

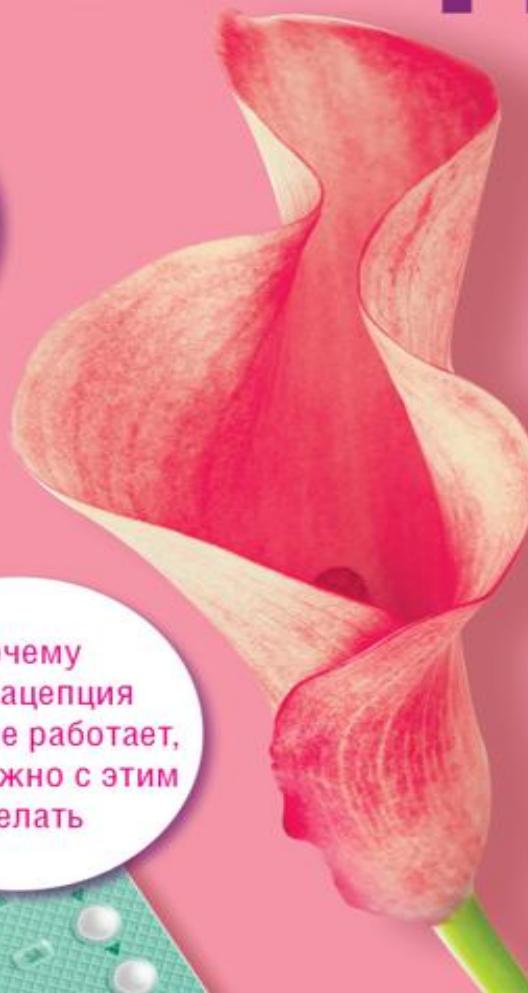
ДОСТОВЕРНАЯ  МЕДИЦИНА

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

КОНТРАЦЕПЦИЯ БЕЗ ПОСЛЕДСТВИЙ

ТАБЛЕТКИ
СЛЕДУЮЩЕГО
УТРА

Почему
контрацепция
иногда не работает,
и что можно с этим
сделать



МИГРЕНЬ,
ЛИШНИЕ
КИЛОГРАММЫ,
ПОВЫШЕННОЕ
ДАВЛЕНИЕ,
ПОТЕРЯ ЛИБИДО
и другие страшилки



ОКСАНА
БОГДАШЕВСКАЯ



КЛИНИКА
ФОМИНА

практикующий гинеколог-эндокринолог, главный
гинеколог сети «Клиника Фомина» и автор популяр-
ного блога о женском здоровье в Инстаграм [@medgyna](https://www.instagram.com/medgyna)



Annotation

Времена, когда лучшим средством контрацепции было половое воздержание или такие ухищрения, как чай-нибудь помет и отвары секретных трав, давно прошли (но это не точно).

В начале XX века женщины надели брюки, сбросили с себя «семейное иго» и даже сели за штурвал: кто – самолета, кто – трактора, а кто – крупных корпораций. О непрерывной череде беременностей и родов с тех пор не могло быть и речи (но иногда что-то шло не так).

К счастью, сегодня мы живем в мире доступной, безопасной и в основном эффективной контрацепции. Наше информационное поле переполнено сведениями о том, как избежать нежелательной беременности. Проблема в том, что данных так много и они такие разные, что в них легко запутаться.

Эта книга – попытка собрать под одной обложкой информацию об особенностях разных методов контрацепции и развеять те мифы, которые ее по-прежнему окружают.

- [Оксана Богдашевская](#)
 -
 - [Список сокращений](#)
 - [От автора](#)
 - [Глава 1. Рождаемость, смертность и аборты](#)
 -
 - [Пути решения проблемы](#)
 - [Абортная история](#)
 - [Медикаментозный аборт. Как работает таблетка, чем опасна и почему ее назначает только врач под собственным контролем](#)
 - [Глава 2. Особенности национальной контрацепции](#)
 -
 - [Случайный «праздник». Так ли страшна экстренная контрацепция?](#)

- Зачем гинеколог уговаривает рожать, или «Куда они лезут, когда их не просят»
- О послушных пациентках, о том, почему контрацепция иногда не работает и что можно с этим сделать
- Глава 3. Гормональная контрацепция
 - Как врач определяет, можно ли женщине предохраняться таблетками
 - Чем противозачаточные таблетки отличаются друг от друга и как гинеколог подбирает оптимальный препарат
 - Принцип действия и возможности КГК
 - Гормональная контрацепция. Новые препараты
 - КОК: принимать без перерыва. «Эти дни» в удобное время
 - Гормональные таблетки: боязнь на ровном месте
 - Оральные контрацептивы и тромбозы: о чем не успевает рассказать гинеколог
 - Мигрень и контрацепция
 - Депрессия и КОК
 - Либидо и оральная контрацепция... несовместимы?
 - Беременность после длительного приема КОК
 - Контрацепция у полных женщин: проблемы применения КОК. Почему лишние килограммы и противозачаточные таблетки часто несовместимы
- Глава 4. LARC – контрацепция для ленивых
 - Обратимые контрацептивы пролонгированного действия
 - Внутриматочные контрацептивы: мифы и страшилки
- Глава 5. Негормональная контрацепция
 - Откуда врачи узнают об эффективности методов контрацепции?
 - Барьерная контрацепция для женщин – хорошо забытое старое
 - Можно ли полагаться на презерватив и какие правила нужно соблюдать, чтобы его надежность была максимальной

- [Глава 6. Контрацепция для всех](#)
 - [Как предохраняться после родов](#)
 - [Контрацепция перед климаксом](#)
 - [Менопауза и контрацепция](#)
 - [Потеря фертильности и возраст](#)
 - [Подростки и контрацепция](#)
 - [Гормональная контрацепция и спорт](#)
 - [Контрацепция для курящих](#)
 - [Новости мужской контрацепции](#)
 - [Приложение](#)
 - [Библиографический список](#)
-

Оксана Богдашевская
Энциклопедия женского здоровья.
Контрацепция без последствий

© Богдашевская О.В., 2021
© ООО «Издательство АСТ», 2021

Список сокращений

FDA – Food and Drug Administration – управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США.

International Consortium for Emergency Contraception – Международный консорциум по вопросам экстренной контрацепции.

LARC – Long-Acting Reversible Contraception – длительно действующая обратимая контрацепция.

ПАР-тест – цитологическое исследование мазка с шейки матки с окраской по Папаниколау.

WADA – World Anti-Doping Agency – всемирное антидопинговое агентство.

АД – артериальное давление.

БАД – биологически активная добавка.

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза.

ВИЧ-инфекция – инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека.

ВМК – внутриматочный контрацептив.

ВМС – внутриматочная система (спираль).

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

ВПЧ – вирус папилломы человека.

ВТЭ – венозная тромбоэмболия.

ГВ – грудное вскармливание.

ГСПГ – глобулин, связывающий половые гормоны.

ДЗГЛ – дезогестрол.

ДРСП – дроспиренон.

ИМТ – индекс массы тела.

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем.

КГК – комбинированный гормональный контрацептив.

КОК – комбинированный оральный контрацептив.

ЛНГ – левоноргестрол.

МЗ РФ – Министерство здравоохранения РФ.

МПА – медроксипрогестерона ацетат.

НГ – норэлгестромин.

ОМС – обязательное медицинское страхование.
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция.
ПМС – предменструальный синдром.
ППА – прерванный половой акт.
ПЦР – полимеразная цепная реакция.
РШМ – рак шейки матки.
ТТС – трансдермальная терапевтическая система.
УЗИ – ультразвуковое исследование.
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон.
ХГЧ – хорионический гонадотропин человека.
ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.
ЭЭ – этинилстрадиол.

От автора

Я благодарю маму, Людмилу Сергеевну Рубан, за то, что собрала мои заметки и публикации на разных площадках под одну обложку и врача акушера-гинеколога, Римму Дмитриевну Жбанову, за скрупулезную проверку фактов, цифр и ссылок и профессиональную поддержку.

Основным средством регулирования рождаемости в давние благословенные времена было половое воздержание, поэтому приходилось использовать всевозможные ухищрения: в ход шли и фекалии крокодила, и отвары секретных трав. В начале XX века женщины надели брюки, сбросили «семейное иго» и даже сели за штурвал самолета и трактора. О непрерывной череде беременностей и родов с тех самых пор не может быть и речи!

К счастью, сегодня мы живем в мире доступной и безопасной контрацепции. Информационное поле переполнено сведениями о том, как избежать нежелательной беременности. Именно это и является проблемой – данных так много, что в них легко запутаться. Если бы адекватные контрацептивные рекомендации были доступны, телепроект «Беременна в 16» вряд ли благополучно находил героинь из сезона в сезон. Ведь очень просто нагуглить, что от противозачаточных таблеток толстеют, от «спиралей» становятся бесплодными, экстренная контрацепция смертельно опасна, а спермициды не помогают.

Эта книга – попытка собрать под одной обложкой информацию об особенностях разных методов контрацепции и развеять существующие мифы.

Глава 1. Рождаемость, смертность и аборты

С середины 1990-х годов до середины нулевых население России стремительно таяло – приблизительно на 850 тысяч человек в год. Самым страшным оказался 2001 год. Естественная убыль населения (родилось меньше, чем умерло) составила почти миллион! Первый в истории современной России год с положительным демографическим балансом – 2013-й. Рождаемость победила смертность на 24 013 человек. Радовались ли мы? Ну конечно! Ведь в этих цифрах есть и заслуга врачей – акушеров-гинекологов, репродуктологов, неонатологов.

Правда, радость наша оказалась крайне недолгой, поскольку уже в 2015 году число родившихся детей начало снижаться. По итогам 2016 года смерть снова обогнала рождение на 2286 человек, за первую половину 2017 года число родившихся снизилось еще на 107,3 тысячи. По итогам 2018 года население России впервые за 10 лет сократилось – на 99,7 тысячи человек (до 146 780 700 человек), а естественная убыль населения в 2018 году выросла на 67 % по сравнению с 2017 годом.

Причины происходящего очевидны: в репродуктивный возраст вступило немногочисленное поколение, рожденное в 1990-х годах (с 1991-го по 1999-й). Молодых женщин просто численно мало! В 2018 году в России заключено на 156 тысяч браков меньше, чем в 2017-м. А в первый год после регистрации брака ребенок рождается в 76–78 % семей. Мы по количеству браков рассчитываем на определенное пополнение. То, что браков становится меньше – прогностически плохой признак.

Осознавая масштаб демографической катастрофы, в нашей стране строят перинатальные центры, выхаживают недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, и выделяют огромные деньги на финансирование программ ЭКО за счет государства. России сегодня важен каждый ребенок. К сожалению, даже «ЭКО бесплатно каждому!» не поможет преодолеть демографический кризис. Никакие

медицинские технологии не способны существенно повысить рождаемость.

Для выхода из кризиса существует всего три пути: значительное увеличение рождаемости, значительное снижение смертности и миграция. Легких решений, увы, нет.

Пути решения проблемы

Специалисты оценивают уровень рождаемости в стране с помощью ее суммарного коэффициента. Иначе говоря, среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю ее жизнь.

По данным 2015 года, самый высокий суммарный коэффициент рождаемости в мире наблюдался в Нигере (6,76), а самый низкий – в Сингапуре (0,81). В России этот показатель на 2018 год – 1,579.

Специалисты полагают, что для преодоления демографического кризиса суммарный коэффициент рождаемости в нашей стране должен составлять 2,3. Соответственно, в каждой семье хотелось бы видеть не менее двух детей. Именно поэтому правительство постоянно продлевает и модернизирует программу «Материнский капитал», стимулируя россиян к деторождению.

Конечно, эта цель вполне достижима. Акушеры-гинекологи все чаще и чаще помогают женщине родить третьего и четвертого ребенка. Пятый ребенок в семье тоже перестал быть музейной редкостью. Но подобных семей по-прежнему недостаточно. Чтобы родить троих детей с разумным интервалом между беременностями, необходимо вовремя начинать. Основной возраст начала активного деторождения – 20–24 года. Однако в действительности средний возраст рождения первенца в России составляет 29 лет.

Статистические данные, опубликованные на сайте Росстата, демонстрируют увеличение репродуктивной активности у женщин в возрасте 30–39 лет. Молодежь выбирает отложенное материнство.

Иные недальновидные политики в качестве простого и понятного способа повышения рождаемости выдвигают запрет абортов. По данным Росстата¹, в 2014 году было проведено 1 012 399 абортов. Страна недополучила более миллиона граждан, притом, что это лишь видимая часть айсберга. Некоторые женщины остались бесплодными, некоторые расстались с любимыми и больше не встретили мужчин, от которых бы захотели иметь детей.

Тем не менее акушеры-гинекологи хорошо знают, что запрет абортов – тупиковый путь. Более того, наша страна уже проходила это.

Трагедия в том, что растет количество криминального прерывания беременности и, как следствие, женщины погибают. Поэтому сегодня на законодательном уровне закреплены разумные меры: «время тишины» и обязательная консультация клинического психолога. В сроке 4–7 и 11–12 недель на размышление предоставляют 48 часов. Иными словами, время для принятия окончательного решения, когда еще не поздно передумать и подарить малышу жизнь. На сроке 7–10 недель выделяется 7 дней. В этот период беременности на УЗИ отчетливо видно, как бьется сердечко эмбриона, и можно различить ручки и ножки. Врачи обязательно показывают женщине на мониторе изображение плодного яйца и эмбриона.

Данное требование закона действительно производит мощный психологический эффект. В 2018 году количество прерываний беременности снизилось до 661 045.

Абортная история

Акушеры-гинекологи не любят обсуждать тему абортов в публичном пространстве. Здесь никому не угодить – набегут сторонники и противники, а врачи останутся крайними. Я хочу рассказать о том, почему акушеры-гинекологи последовательно выступают против запрета абортов, против любых ограничений, включая вывод услуги из системы ОМС.

Об abortных трагедиях в истории нашей страны² стоит рассказать с единственной целью – объяснить, почему не правы в своей арифметике те, кто считает нерожденных младенцев. Почему запретить можно, но это не просто не поможет. Это значительно ухудшит ситуацию.

В XV–XVIII вв. «изведение плода во чреве» считалось тяжелейшим преступлением, женщине не разрешалось заходить в церковь от 5 до 15 лет. Алексей Михайлович Романов ввел за это злодеяние смертную казнь. В России XVII–XIX вв. за «умышленное детоубийство» карали и женщину, и того, кто произвел вмешательство, и всех пособников. По уложению 1845 года женщине полагалась ссылка в Сибирь на 6 лет, а врачу – каторжные работы. В 1903 году ссылку в Сибирь и каторгу заменили тюремным заключением на 3 и 6 лет. Тем не менее в 1914 году было выполнено около 400 тысяч абортов.

Революция 1917 года принесла на волне перемен и легализацию абортов в 1920 году. Совместное решение Наркомюста и Наркомздрава «высвобождало женщин для нужд народного хозяйства». К 1924 году установилась практика abortных комиссий, в состав которых входили врачи и представители женотделов. Первыми в очередь на аборт, в духе времени, записывали работниц заводов и фабрик. Со временем были введены ограничения: аборт разрешали только женщинам, имеющим детей, и не чаще, чем каждые 6 месяцев. Через несколько лет абORTы стали платными (в 1931 г. – 18–20 руб., в 1933 г. – до 60 руб., в 1935 г. – 25–300 руб.).

Легализация абортов позволила решить главную задачу – материнская смертность от подпольных абортов снизилась с 4 до

0,28 %. Однако другие статистические показатели были удручающими. В 1934 году на 3 миллиона родившихся детей пришлось 700 тысяч абортов. Показатель рождаемости снизился на 23 %.

Это очень важный момент, позволяющий нам проводить определенные параллели с современностью. Северная Россия достигла впечатляющих результатов в снижении количества смертей, связанных с беременностями и родами. По данным отчета МЗ РФ за период с 2012 по 2017 год удалось добиться снижения на 36,5 % (с 11,5 до 7,3 на 100 тысяч детей, родившихся живыми). Однако естественная убыль населения в 2018 году выросла на 67 % по сравнению с 2017 годом и достигла 224,5 тысячи человек.

Оправдывать снижение рождаемости исключительно абортами нелепо. Это актуально и для 1936 года, и для XXI века. Голод, коллективизация, репрессии, депортации внесли свою лепту в снижение рождаемости так же, как и лихие 90-е с разгулом бандитизма, безработицей, нищетой, пьянством и наркоманией.

В 1936 году абORTы снова были законодательно запрещены ввиду несоответствия «темпов роста населения темпам строительства социализма». Статистика абортов была засекречена еще в 1930 году. Ужас ситуации заключался в том, что, запретив абORTы, государство не оставило женщинам никакой альтернативы в виде контрацепции. Советский Союз захлестнула волна криминальных абортов, а с ними и материнских смертей. За 12 месяцев 1935 по 1936 год количество смертей удвоилось: с 451 случая до 910. Женщины боялись обращаться к врачам даже при явно неблагоприятных симптомах, опасаясь доносов, и умирали дома; выжившие оставались бесплодными.

С криминальной хроникой тех лет мы хорошо знакомы. Гибель Натальи из «Тихого Дона» Шолохова: «А вашу бабочку так разделали, что ей и жить не с чем... Матка изорвана, прямо-таки живого места нет. Как видно, железным крючком старуха орудовала». «Уксус, марганцовка, хина. Горчичную ванну пусть сделает, ноги попарит, и погорячее, до самой невозможности потерпит», – знание примитивных абортивных технологий демонстрируют герои Анатолия Рыбакова в «Детях Арбата». Книга Людмилы Улицкой «Казус Кукоцкого» полностью посвящена тысячам искалеченных женщин, пытавшимся прервать беременность спицами, ножницами, внутриматочными вливаниями йода, соды, мыльной воды, введением луковки.

АбORTы вернули в правовое поле в 1955 году после смерти И.В. Сталина. То, что кажется очевидным специалистам, невероятно трудно донести до широких масс. Если женщина приняла решение прервать беременность, ее сложно переубедить. Мотивы могут быть разными: от «скрыть позор» до «не кормить лишний рот». Но если женщина решила, она найдет способ реализовать этот план, не оглядываясь на опасности и риски. Если не может помочь врач, поможет условная «бабка», «народное средство», найденный в Интернете рецепт. Врачи заплатили за это знание тысячами жизней, тысячами трагических историй. Любые ограничения приводят к тому, что женщина наплюет на безопасность и обратится туда, где беременность прервут «здесь и сейчас».

Эта простая истина хорошо известна экспертам ВОЗ, которые еще в 2003 году сформулировали концепцию «Безопасного аборта», обновив рекомендации в 2012 году³.

Первое и главное – прерывание беременности должно проводиться в медицинском учреждении под контролем профессионалов.

Второе – уже давно рекомендовано отказаться от выскабливаний полости матки острой кюреткой. Под хирургическим абортом эксперты ВОЗ подразумевают не «чистку», а вакуум-аспирацию содержимого полости матки, которая не требует агрессивного расширения цервикального канала. Именно расширение канала шейки матки и использование острых металлических кюреток создает высокий риск прободения матки и даже повреждения других внутренних органов. Многие страны, которые у нас принято называть развитыми, отказались от выскабливаний еще в конце конца 60-х годов прошлого столетия. В России для этого тоже есть все условия, кроме волевых усилий.

Третье – безопасность медикаментозного прерывания беременности доказана, но только при строгом соблюдении протокола

В мире по-прежнему выполняется 22 миллиона небезопасных аборта в год, что приводит к смерти 47 000 женщин и тяжелым осложнениям еще у 5 миллионов. При этом 13 % обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным абортом, что соответствует приблизительно 67 тысячам

смертей ежегодно. Не надо пополнять эти цифры жизнями граждан России.

Медикаментозный аборт. Как работает таблетка, чем опасна и почему ее назначает только врач под собственным контролем

Медикаментозный аборт выглядит настолько простой процедурой, что совершенно непонятно, для чего здесь врач. Неужели нельзя просто купить и выпить таблетки в соответствии с инструкцией? Зачем обязательно идти в клинику, сдавать анализы? Это довольно часто задаваемый вопрос, требующий серьезного ответа.

Немного истории

Идея «таблетки от беременности» чудесна. Доктор выписывает рецепт, пациентка покупает в аптеке лекарство и спокойно в домашних условиях прерывает нежеланную беременность, не подвергаясь никакому вмешательству.

В 1970-е годы во Франции стартовала масштабная программа исследований, посвященная изучению гормональных и антигормональных препаратов. Уже в 1980 году был синтезирован препарат, работающий как антипрогестерон.

Как это работает

Разработанный препарат блокирует влияние прогестерона на уровне рецепторов. Лишенный благотворного влияния эндометрий перестает чувствовать себя беременным и отторгается вместе с плодным яйцом. После первых успехов подумали еще и дополнили действие препарата применением простагландинов. Простагландини способствуют размягчению шейки матки и стимулируют сокращения, облегчающие изгнание плодного яйца.

В 1988 году метод был одобрен ВОЗ, а Франция стала первой страной, получившей лицензию на применение такой комбинации для проведения абортов на ранних сроках беременности. В Россию метод

пришел в 1999 году, FDA в США разрешило медикаментозные abortionы в 2000-м.

Казалось бы, мечта о безопасном abortе сбылась. Но, увы, жизнь разбила эти фантазии вдребезги.

Таблетка тоже убивает

Первый случай произошел во Франции в апреле 1991 года. В результате медикаментозного abortа погибла женщина. Как выяснилось, у нее было сочетание настораживающих факторов.

Но препарат оказался опасен и для тех, у кого на первый взгляд противопоказаний не наблюдалось^{4, 5}. В сентябре 2001 года в Канаде от септического шока умерла женщина. Причиной явилось инфицирование матки, скорее всего, из-за оставшихся в ней частей эмбриона. Еще одна женщина перенесла тяжелый сердечный приступ, но, к счастью, выжила.

Септический шок, вызванный *Clostridium sordellii*, оказался не частым, но практически в 100 % случаев смертельным осложнением медикаментозного abortа. Заболевание развивается молниеносно и имеет стертное течение. К 2013 году регуляторные органы США (FDA) собрали информацию о 15 таких случаях.

12 сентября 2001 года 38-летняя женщина из США умерла через 5 дней после приема препарата. В клинике, где был сделан медикаментозный abort, на предварительном УЗИ не увидели плодное яйцо, но решили, что это не страшно, потому что срок беременности еще мал. Дома у пациентки появились сильные боли в животе и кровотечение. Женщина несколько раз звонила в клинику, где ее заверяли, дескать, «всё ОК, так и должно быть». Когда несчастную привезли в клинику и прооперировали, оказалось, что беременность была внематочной. Разрыв трубы вызвал обильное внутрибрюшное кровотечение.

Внематочная беременность – противопоказание для медикаментозного abortа. В сверхмалых сроках беременности врачу следует набраться терпения и дождаться возможности увидеть плодное яйцо в полости матки. Пару лет назад в нашей стране разбирали случай сочетания у пациентки маточной и внематочной беременности.

Медикаментозный аборт едва ее не убил. Лишь пристальный врачебный контроль и своевременно оказанная помощь спасли пациентку.

В 2003 году в США после приема препарата умерла 18-летняя Холи Паттерсон. Смерть наступила вследствие неполного аборта. Фрагменты эмбриона, задержавшиеся в полости матки, привели к септическому шоку и гибели молодой женщины. В том же году 16-летняя Ребекка Теллберг из Швеции умерла от кровотечения через 8 дней после медикаментозного аборта, проведенного в специализированной клинике и строго по инструкции. Ее тело было найдено в душе. Следователи пришли к выводу, что врачи действовали правильно, просто пациентка своевременно не обратилась за помощью.

В 2004 году FDA сообщило о 17 смертельно опасных ситуациях, связанных с медикаментозным абортом. В 8 % случаев кровотечение длилось около 1 месяца, в 72 % случаев понадобилось переливание крови. У 7 пациенток развился угрожающий жизни сепсис. К счастью, всех удалось спасти.

Именно поэтому в большинстве стран мира, в том числе в России, США и странах Евросоюза, медикаментозный аборт проводят только врачи. Не медсестры, не помощники врачей, не акушерки. Только высококвалифицированные специалисты.

Для чего нужен врач

Он должен точно определить срок беременности, надежно исключить внематочную беременность, обеспечить экстренное хирургическое вмешательство в случае обильного кровотечения или неполного аборта, иметь возможность госпитализировать пациентку в специализированный стационар, где смогут провести полостную операцию или переливание крови.

Врач, выполняющий процедуру медикаментозного прерывания, должен тщательным образом проконсультировать пациентку. Рассказать о последовательности действий, возможных нежелательных последствиях и убедиться, что женщина всё поняла. Безусловно, в процессе консультирования подписывается огромное количество

информированных согласий. Все бумаги пациентка в обязательном порядке читает в присутствии врача.

Врач обязан изучить исходное состояние здоровья пациентки, учесть противопоказания и состояния, требующие осторожности, выяснить риск лекарственных взаимодействий, подобрать схему медикаментозного прерывания, максимально соответствующую ситуации. В конце концов, он должен обсудить с пациенткой возможные методы контрацепции.

В нашей стране препараты для прерывания беременности нельзя купить в аптеке даже по рецепту врача. Они поступают только в лечебные учреждения. Медикаментозный аборт – это серьезное вмешательство, которое должно проводиться под контролем квалифицированного профессионала.

Пандемия и право на аборт

Пандемия коронавируса в 2020 году перевернула все с ног на голову. Силы системы здравоохранения были брошены на борьбу с новой угрозой. Пациентов с хроническими заболеваниями, онкологией и других несчастных попросили подождать. Пострадали и женщины, столкнувшиеся с незапланированной беременностью.

В некоторых американских штатах политики и организаторы здравоохранения издавали указы о запрете абортов вопреки рекомендациям ВОЗ⁶. Объяснялось все благой целью: сберечь финансы и средства индивидуальной защиты для работников на передовой. Тем не менее этот аргумент оказывается абсолютно лишен смысла. Часть женщин, сохранивших беременность, будут так или иначе нуждаться в медицинской помощи, доступ к которой ограничен. Те же, кто настроен решительно, найдут способ прервать беременность. Осложнения подпольных абортов неизбежно увеличат нагрузку на врачей.

Лихорадило и англичан. Их Минздрав то публиковал, то судорожно отзывал документы по «обеспечению доступа к аборту во время пандемии».

В итоге в ряде европейских стран медицинскую помощь решили оказывать посредством телемедицинских коммуникаций: доктор

общается с женщиной по телефону, выясняет важные данные, а затем направляет препараты⁷. Через неделю контрольный звонок: «Как вы себя чувствуете? Все в порядке?»

Скажу честно, у меня этот подход в отношении абортов восторга не вызывает. Мы уже поговорили о смертельно опасных ситуациях, связанных с медикаментозным прерыванием беременности, и о необходимости строгого врачебного контроля в каждом случае.

В России царил привычный хаос. Какие-то медицинские учреждения закрылись вообще, другие были перепрофилированы, оказание плановой медицинской помощи ограничили. Так и недоработанный закон о телемедицине не позволил перевести в онлайн большой массив плановой помощи. Возможность обеспечить доступ к легальному abortu «в конверте» даже не обсуждалась.

«Аннушка уже купила подсолнечное масло...» За период вынужденной самоизоляции дистанционное консультирование пациентов получило отличный пинок. Врачи научились вести беременных на расстоянии, разбирать хитросплетения историй, формулировать «второе мнение» и планировать диагностический поиск онлайн. Телемедицина оказалась хорошим решением для сложных времен. Конечно, не идеальным – личный визит по-прежнему необходим в большинстве случаев.

Что будет в итоге – покажет время.

Глава 2. Особенности национальной контрацепции

Каждый четвертый вопрос на моих онлайн-консультациях посвящен экстренной контрацепции. Хорошо ли это? Буду откровенна – неплохо. Хорошо, что информация о том, что нежелательную беременность несложно предупредить даже тогда, когда «всё» уже случилось, наконец-то доступна не только узкому кругу профессионалов. Плохо, что женщины иногда используют подобный метод совсем не экстренно, а вполне себе планово. Хорошо, что признаются в этом гинекологу (иногда даже каются, будто совершили что-то постыдное). Плохо, что признаются не всегда.

Случайный «праздник». Так ли страшна экстренная контрацепция?

- Что вас беспокоит?
- Месячные в этом месяце уже второй раз пришли.
- Уточняем даты, утрясаем, сопоставляем, «вечер воспоминаний» в разгаре.
- Как вы предохраняетесь от беременности?
- У меня так редко это бывает.
- Используете презерватив?
- Обычно да...
- А необычно? В этом цикле все ваши контакты были защищены презервативом?
- В этом не все.
- Использовали прерванный половой акт?
- Еще некоторое время уточняем формулировки, какой именно половой акт называется «прерванным», и хорошо ли это.
- Но я еще на всякий случай приняла таблетку для экстренной контрацепции...
- Отлично! Наконец-то всё встало на свои места. Если бы пациентки сразу выкладывали карты на стол, жизнь была бы скучной и предсказуемой.

Как это произошло в нашем сознании? Почему мы воспринимаем таблетки для экстренной контрацепции как страшное зло? Нет, я понимаю, что намерения изначально были вполне благие. Методы плановой контрацепции и эффективнее, и безопаснее. Врачи стремились донести простую мысль: «Экстренная контрацепция – для экстренных случаев». Экстренная контрацепция не должна быть альтернативой плановым методам. Что ж, мы преуспели. Мы воспитали целое поколение молодых женщин, которые боятся «таблеток завтрашнего утра» как огня.

План Б нужен тем¹, кто пропустил прием двух и более таблеток КОК, если порвался или не наделся презерватив или, не дай бог,

произошло изнасилование. Поводом для неотложных действий может быть выпавший внутриматочный контрацептив, неудавшийся прерванный половой акт, нерастаявшая спермицидная таблетка, опоздание с заменой контрацептивного имплантата, отклеившийся контрацептивный пластырь, выпавшее ночью контрацептивное кольцо. Чего греха таить, в нашей жизни случаются и просто незащищенные сексуальные контакты, не предполагающие деторождения.

Это гормональное?

Таблетки экстренной контрацепции делятся на две группы: те, которые содержат гормоны (левоноргестрел), и те, которые мешают гормонам (мифепристон или улипристал).

Отличным негормональным средством экстренной контрацепции являются медьсодержащие внутриматочные контрацептивы. Шансы забеременеть после установки ВМК в течение 120 часов после незащищенного контакта минимальны: 1:500. Как правило, ВМК идеально подходят для женщин, которые планируют использовать этот метод в будущем. Понятно, что установка внутриматочного устройства требует визита к врачу и может быть дороже в краткосрочной перспективе, но зато впереди пять лет высокоэффективной контрацепции.

«Таблетки следующего утра»

Самый популярный и широко известный представитель группы экстренной контрацепции содержит 750 мкг левоноргестрела – первая таблетка принимается в течение 48 часов после незащищенного полового акта, вторая через 12 часов после первой. Для обеспечения контрацептивного эффекта необходимо принять две таблетки.

ВОЗ и Международный консорциум по вопросам экстренной контрацепции² настойчиво рекомендуют использовать для экстренной контрацепции 1,5 мг левоноргестрела однократно. К счастью, именно такая форма левоноргестрела – таблетка 1500 мкг – широко доступна в

нашей аптечной сети. Согласно инструкции, ее следует принять в течение 72 часов после незащищенного полового акта.

Препараты, содержащие мифепристон в дозе 10 мг, также следует принимать однократно в течение 72 часов после незащищенного полового акта, желательно не есть два часа до и после приема. Эффективность достигает 99 %, если принять таблетку до 48 часов, и 98 % – в интервале 48–72 часа.

По контрацептивной активности с мифепристоном сопоставим улипристала ацетат. Для экстренной контрацепции применяется однократно в дозе 30 мг, но на территории РФ этот препарат не зарегистрирован.

Все таблетки для экстренной контрацепции:

- предотвращают беременность на этапе овуляции, оплодотворения или имплантации;
- не прерывают уже имеющуюся беременность.

При этом:

- препараты левоноргестрела не наносят вреда плоду: если экстренная контрацепция оказалась неэффективной или применялась на фоне уже существующей беременности, нет оснований для ее прерывания;
- при использовании мифепристона невозможно полностью исключить риск для здоровья будущего ребенка. До применения этих таблеток рекомендуется провести высокочувствительный тест на беременность, гарантирующий, что препарат применяется при ее отсутствии.

Нужен ли рецепт?

В РФ – да, рецепт необходим, хотя строгость отечественных законов компенсируется необязательностью их исполнения.

Смысл экстренной контрацепции – принять меры экстренно. Визит к врачу не всегда возможен, поэтому врачебные ассоциации приветствуют безрецептурную продажу препаратов.

Таблетки с левоноргестрелом имеют безрецептурный статус в 23 странах Европы. Исключение составляет Мальта, в которой экстренные контрацептивы не продаются, и несколько стран,

требующих рецепт (Венгрия, Германия, Греция, Италия, Лихтенштейн, Польша и Хорватия). В США таблетки с левоноргестролом тоже свободно продаются в аптеках, но в некоторых штатах придется подтвердить возраст старше 17 лет.

Это эффективно?

Эффективность экстренной контрацепции зависит от множества факторов: возраста и веса пациентки, фазы менструального цикла, времени, прошедшего после незащищенного контакта, применения других лекарств.

Если это молодая 25-летняя женщина, половой акт был за 1–2 дня до ожидаемой овуляции (максимально фертильный период), то без контрацепции беременность наступает в одном случае из трех. Но если после овуляции уже прошло несколько дней, шансы забеременеть минимальны. Считается, что использование «таблеток завтрашнего утра» снижает вероятность зачатия вдвое.

Таблетки экстренной контрацепции хуже работают у пациенток с ИМТ >30 ^{3, 4}. Тут методом выбора может стать внутриматочный контрацептив или таблетки с улипристалом (в РФ не зарегистрированы для экстренной контрацепции). В любом случае избыточный вес не должен быть препятствием для использования метода⁵.

Сколько времени у меня есть?

Главная новость 2018 года: эксперты считают, что у женщины есть 120 часов для того, чтобы принять экстренные меры. Это целых 5 дней! Правда, серьезные доказательные данные 120-часовой эффективности есть только для улипристала, который не сертифицирован в РФ для экстренной контрацепции. Эксперты поразмыслили и решили, что женщины всего мира все равно пробуют принимать левоноргестролсодержащие таблетки после того, как 72 часа уже истекли, да и некоторая эффективность точно распространяется на 96 часов. А где 96, там уже и 120⁶.

До последнего времени считалось, что эффективность левоноргестрела очень зависит от времени (95 % в течение первых 24 часов, 85 % – от 24 до 48 часов и 58 % – от 48 до 72 часов)^{7,8}. Однако эксперты провели анализ данных четырех крупных исследований и не обнаружили большой разницы между эффективностью препарата при его приеме в первые четыре дня от незащищенного контакта.

Мифепристон в качестве экстренной контрацепции доступен в РФ, Армении, Китае, Молдове, Украине и Вьетнаме. Несмотря на то что инструкция обещает предотвратить беременность в течение 72 часов после полового акта, эксперты полагают, что и он может работать до 5 дней⁹.

Поскольку данные все же противоречивы, разумная рекомендация – стараться принять таблетку как можно скорее после полового акта.

Сколько и кому можно принимать?

– Мы прочитали, что принимать таблетки можно не больше, чем дважды за цикл. А вдруг понадобится третий раз? А в следующем цикле еще два раза можно?

Все рекомендации подчеркивают, что экстренная контрацепция применяется в исключительных случаях. Сразу после этого необходим переход на высокоэффективную плановую контрацепцию. Но если в течение одного цикла возник второй или третий эпизод, требующий экстренной контрацепции, значит, препарат должен быть использован повторно.

Есть небольшое исследование 2016 года, в котором приняла участие 321 женщина в возрасте 18–45 лет¹⁰. Все они имели редкие половые контакты (менее 6 раз в месяц). Авторы предложили использовать таблетки с левоноргестрелом по 1,5 мг после каждого полового контакта, но не более 1 дозы в сутки. Эффективность такого подхода оказалась ниже, чем редкое эпизодическое применение (показатель неудач 7,1 на 100 женщино-лет). Более 80 % женщин отмечали частые эпизоды кровотечений (частые – это более 5 эпизодов за 90 дней). Из значительных неблагоприятных эффектов – один случай тяжелой анемии. Кроме того, было зафиксировано 102 случая

легких побочных эффектов (головная боль, тошнота, боль в животе, тазовые боли, которые вскоре прошли без лечения). Характер вагинальных кровотечений у женщин, участвовавших в исследовании, со временем уменьшался, количество «сухих» дней увеличивалось. Более 90 % участниц были удовлетворены методом и заявили, что готовы принимать препарат в будущем.

Данное исследование ни в коем случае не является призывом к отказу от плановой контрацепции. Экстренную контрацепцию все же не стоит рассматривать как альтернативу хотя бы потому, что это менее эффективно предотвращает беременность. Это скорее иллюстрация того, что страхи нагнетаются искусственно, чтобы не подталкивать женщин к частому использованию экстренной контрацепции, а искать более эффективные плановые варианты.

Международный консорциум по вопросам экстренной контрацепции подчеркивает, что возрастных ограничений для экстренной контрацепции нет. Таблетки можно использовать даже тем женщинам, для которых плановые методы эстроген-гестагенной контрацепции противопоказаны (курящим в возрасте 35+, с тромбозами или мигренями, с инсультами и инфарктами в анамнезе), потому что они применяются однократно и не содержат эстрогенного компонента.

Подростки могут принимать такие таблетки?

Подростки могут использовать любые методы экстренной контрацепции^{11, 12}. Более того, это целевая аудитория метода. Именно подростки чаще всего оказываются в ситуации «а поутру они проснулись», в то время как беременность высокорискованна и крайне нежелательна.

Использование таблеток с левоноргестрелом не требует врачебного осмотра, анализов или теста на беременность¹³. Более того, серьезно обсуждается и рекомендовано последними гайдами рассказывать молодым женщинам о возможностях экстренной контрацепции на приеме и давать рецепт «на всякий случай», потому что эффективность зависит от того, сколько прошло времени от «события» до таблетки.

Визит к врачу необходим в первую очередь для обсуждения вопросов ИППП и своевременного переключения на плановые методы контрацепции, потому что плановая контрацепция эффективнее. Кроме того, «таблетка завтрашнего утра» не защитит от ВИЧ-инфекции – об этом тоже важно помнить.

В современном мире придумывают специальные онлайн сервисы, которые помогают пациентам получить простой и удобный доступ к экстренной контрацепции. А мы все продолжаем пугать пациенток «опасностью» и «гормональностью».

О чем надо помнить

Медицинская наука не стоит на месте. Это значит, что время «вечного» знания и «незыблемой и непоколебимой» истины прошло. И врачам, и пациентам пора учиться быть более гибкими и пересматривать привычные взгляды.

Эксперты ВОЗ и International Consortium for Emergency Contraception утверждают, что препараты для экстренной контрацепции можно использовать так часто, как это необходимо. Побочные эффекты минимальны и проходят самостоятельно, необходимость в медицинском наблюдении отсутствует. Это правда, подтвержденная исследованиями, и реальной практикой.

Применение плановой контрацепции следует начинать немедленно, сразу же после приема «таблетки следующего утра». Врачи-гинекологи, работающие с контрацептивами постоянно, знают, по каким правилам осуществляется переход с экстренной контрацепции на плановую для минимизации ущерба. Например, КОК можно начать принимать в тот же день, когда принята экстренная таблетка, однако ближайшие семь дней для дополнительной защиты (две недели, если применялся улипристала ацетат) следует использовать презервативы.

Современная экстренная контрацепция имеет высокий индекс безопасности. Об этих таблетках надо знать и, может быть, даже таскать упаковку в дамской сумочке. Но применять только в случае реальной «аварийной» ситуации, а не когда лень сходить за презервативами.

И не забываем, что у любой женщины, оказавшейся в ситуации, когда всё уже случилось, в запасе есть по крайней мере целых 72 часа. А 72 часа – это три дня и три ночи. Вполне достаточно, чтобы дойти до аптеки и принять постмеры.

– *Ой, доктор, что-то вы бредите. У экстренной контрацепции такие последствия! Это очень вредно!*

Вредно иметь незащищенные сексуальные контакты. Вредно не планировать беременность. Вредно игнорировать современные эффективные методы плановой контрацепции. А экстренная контрацепция не так уж и опасна. Особенно если применяется по делу и с умом.

Зачем гинеколог уговаривает рожать, или «Куда они лезут, когда их не просят»

Читала я как-то о том, какие черты гинекологов больше всего раздражают пациенток. Максимальное негодование, оказывается, вызывает то, что врач обращается к пациентке на «ты» и настойчиво рекомендует рожать. О «тыканье», равно как и «кошечках», «зайчиках» и «кукусиках» мы говорить не будем. А вот рекомендацию «вам срочно надо родить» рассмотрим подробнее.

Более двадцати лет назад я, молодая и независимая, только-только пришла в профессию. Контрацепция виделась мне высочайшим благом, и я яростно ратовала за то, что женщина имеет право управлять собственной судьбой, рожая желанных детей в желанное время. Надо сказать, что взгляды мои со временем не то чтобы изменились, но несколько модифицировались.

О проблемах возраста

Акушерам-гинекологам хорошо известно, насколько короток бабий век, как стремительно нарастают риски развития патологии беременности, быстро тает овариальный резерв в яичниках. Столкнувшись с эндометриозом или миомой матки у молодой женщины, они прекрасно понимают, что вот сейчас бы и родить, поскольку, как дальше будет развиваться заболевание, неизвестно и, вполне вероятно, реализовать свою репродуктивную функцию позднее пациентка просто не сможет.

Доктора вытерли уже такое количество слез и совершили такое количество подвигов во имя материнства, буквально «на кончиках пальцев» вынашивая вместе с женщиной долгожданного ребенка, что хочется намекнуть...

О мыслях на перспективу

Нет, я согласна, рекомендовать «поскорее родить» женщине, не имеющей постоянного или любого полового партнера, ужасно. Тогда уж и рецепт надо выписывать: вот, мол, вам партнер, хороший производитель, рожайте! Опять же, согласна, что тщательнее всё это надо формулировать, корректнее, аккуратнее. Но ведь изложить свои опасения доктор просто обязан.

Конечно, озвучивая негативную информацию, доктор понимает, что переходит в разряд «плохих» на веки вечные, ибо всегда будет ассоциироваться у пациентки с испорченным настроением. А доктор, у которого всегда «всё хорошо», как правило, очень хорош. Тем не менее акушер-гинеколог, специализирующийся на women's health, ведет пациентку годами и десятилетиями и просто обязан мыслить на перспективу!

О счастье материнства

Акушеры-гинекологи – обычные люди. Большинство из специалистов, занимающихся амбулаторной практикой, – женщины и матери. Для врачей вполне характерен осуждаемый сегодня патернализм, вызванный искренним желанием помочь обрести счастье материнства. Конечно, это может вызывать дикое раздражение, особенно у чайлдфри-аудитории.

Тысячи детей, рожденные пациентками за годы работы, деформируют профессиональное сознание, поэтому гинекологам сложно понять психологию женщин, категорически не желающих иметь детей. У кого-то хватает такта промолчать, а кто-то «рванет на баррикады».

Обижаться на акушеров-гинекологов бессмысленно. Врачи все равно всегда будут нацелены на деторождение, станут уговаривать женщин не прерывать беременность, рискнуть, дать шанс еще одному человеку увидеть мир. Это просто особенность профессии, которую можно «понять и простить».

Возможно, обучение современным методам коммуникации сделает врачей корректнее и сдержаннее, но акушер-гинеколог, проживающий вместе с пациенткой десятки лет практически бок о

бок, редко холoden профессионально и отстранен эмоционально. Нам действительно есть дело до вашего здоровья и материнства.

Об эффективной контрацепции

Безусловно, эффективные методы контрацепции – не проклятие, а благо. Если женщина категорически не готова к рождению ребенка, гормональная контрацепция позволит ей избежать абортов.

И уж, коль скоро рождение первенца все-таки откладывается, гормональная контрацепция будет сдерживать развитие пролиферативных заболеваний (миомы матки, эндометриоза, гиперплазии эндометрия, кист и опухолей яичников).

Конечно, я по-прежнему отношусь к горячим сторонникам и популяризаторам гормональной контрацепции. Однако все чаще замечаю, как умные девочки не могут решиться на отмену препарата, ожидая некоего «подходящего момента». Сначала нужно окончить учебу, встать на ноги, потом узаконить отношения. Ну а потом повышение по службе. И тут вдруг – бац! – развод, или переезд, или снова некогда. Зато позже начинаются другие проблемы – «хочу, но не получается».

Женщина в современном мире: менструации «устарели»?

Бурный рост «женских» заболеваний происходит потому, что организм не успевает подстроиться под современный стиль жизни. А существует ли выход?

– Откуда это все берется? – с горечью спрашивают пациентки с миомой матки, эндометриозом, онкологическими заболеваниями.

– Как же так, в космос летаем, а откуда эти болячки идут, до сих пор неизвестно?

– Ну почему неизвестно. До определенной степени известно, просто ответ на этот вопрос не всем нравится.

Доконтрацептивная жизнь

Для понимания происходящего понадобится небольшой экскурс в историю. Мы живем в прекрасное время, позволяющее легко заглянуть в прошлое, лет этак на 100–150 назад. Фотография, кинохроника, газеты тех лет дают нам прекрасную возможность отчетливо представить, как жили женщины в конце XIX – начале XX века.

Очень удобна для иллюстрации семья Ульянова-Ленина. В СССР все изучали биографию и труды В. И. Ленина. В школе, институте и даже немножко в детском саду. Ульяновы – обычная семья, типичные представители среднего класса второй половины XIX века. У Ильи Николаевича и Марии Александровны родилось восемь детей, двое из которых умерли в младенчестве. А уж о количестве выкидышей у Марии Александровны история и вовсе умалчивает, в те годы их никто особенно не считал. Соответственно, у Владимира Ильича было два брата и три сестры. Однако по тем временам семья Ульяновых многодетной не считалась и, как следствие, не имела льгот. Никто не представил Марию Александровну к званию матери-героини. Всего 150 лет назад иметь 8–10 родов за репродуктивный период было совершенно нормально и обыденно.

Вот типичный репродуктивный сценарий того времени: начало менструаций в 13–14 лет, замужество в 16 лет и дальше «9 месяцев беременность – 2 года лактация». Как только менструации восстанавливались, женщина снова беременела. Менопауза обычно наступала в 40–45 лет. Несложно подсчитать, что за весь репродуктивный период женщины того времени имели примерно 100–160 овуляций.

С биологической точки зрения эта ситуация совершенно оправдана. Обеспечение множественности потомства – основа сохранения вида. Так поступают рыбы, птицы, звери, насекомые и человек. Природой запланировано и зафиксировано в наших генах, что

от первой менструации и до менопаузы женщина может быть либо беременной, либо вскармливать детеныша грудным молоком, либо готовиться к следующей беременности.

«Несовременная» овуляция

Очевидно, сегодняшние репродуктивные предпочтения значительно отличаются. Женщины рожают 1–2 раза в жизни, рождение первенца может быть отложено до возраста 30+, грудное вскармливание редко продолжается дольше 6–12 месяцев.

К сожалению, организму неведомо, что его хозяйка запланировала поступление в университет, достижение определенных карьерных успехов или просто находится в поисках принца. Организм прошел через горнило полового созревания, установил ритмичный менструальный цикл и подготовился к размножению. Он получает сигналы о том, что сексуальные отношения начались, и интенсивно трудится для обеспечения реализации репродуктивной функции. В яичниках созревает великолепный фолликул, своевременно происходит овуляция, эндометрий секretирует, готовясь принять плодное яйцо.

Однако организм и не подозревает, что женщина использует презерватив, а потому искренне недоумевает, почему не получилось. В следующем цикле он старается изо всех сил: фолликул замечательный, овуляция безупречна, матка бархатиста... А плодного яйца по-прежнему нет. Из цикла в цикл, из года в год он трудится, напрягая все силы, чтобы получилась беременность, ухитряется использовать малейшую зацепку, самую ничтожную погрешность, чтобы «порадовать» хозяйку беременностью.

Акушеры-гинекологи знают, как легко беременеют молодые женщины в самых невероятных ситуациях, когда по всем законам природы вероятность зачатия ничтожна. Тем не менее беременность наступает и развивается, наплевав на менструальные календари и графики базальной температуры. Хорошо, если незапланированная беременность будет сохранена.

Плата за несоответствие

Большую часть репродуктивного периода организм современной женщины работает вхолостую, обеспечивая 400–450 менструальных циклов. Это приблизительно в три раза больше биологически целесообразной нормы. А потому неудивительно, что врачи-гинекологи всего мира наблюдают рост гинекологических заболеваний. За последние десять лет заболеваемость эндометриозом выросла на 73 %, от него страдает каждая десятая женщина репродуктивного возраста¹⁴. 20 лет исследований накопили убедительные доказательства, что при малом количестве беременностей/родов значительно увеличивается риск развития миомы матки.

Несоответствие стиля и ритма современной жизни генетически детерминированной и работающей тысячелетия программе получило название эколого-репродуктивного диссонанса. Слишком быстро изменились условия окружающей среды. Слишком быстро – менее чем за 100 лет – в человеческой популяции изменилось репродуктивное поведение.

Механизм естественного отбора работает медленно и не успевает адаптировать наш биологический вид к новым условиям существования. Именно это приводит к скачкообразному росту заболеваемости, в том числе онкологическими заболеваниями. Теория эволюционного несоответствия, сформулированная антропологами, позволяет объяснить глобальное увеличение женских болезней во всем мире.

В Мали, на западе Африки, живет небольшое племя догонов, сохраняющее древний доземледельческий уклад. Изучая жизнь племени, ученые-антропологи подтвердили, что женщины рожают 8–9 детей, а большую часть репродуктивного периода проводят в состоянии лактационной аменореи – отсутствия менструаций во время грудного вскармливания. Регулярный менструальный цикл имеют только бесплодные догонки. За 2 года наблюдений представительницы племени в возрасте 20–34 лет менстрировали не более 2 раз. Неудивительно, что рак молочной железы в этой маленькой популяции практически не встречается.

Быстрые изменения окружающей среды уже происходили на планете. И далеко не все биологические виды при этом сумели выжить. Динозаврам, к примеру, это не удалось. *Homo sapiens* как биологический вид в XXI веке переживает максимальное напряжение своих адаптационных возможностей. Именно поэтому увеличивается заболеваемость, в том числе злокачественными опухолями.

Ждет ли человечество судьба динозавров?

Возвращение женщины в «домашнее рабство» с бесконечными родами невозможно, да и не нужно. Частые беременности и роды истощают женский организм сильнее, чем длительная работа репродуктивной системы вхолостую. Современная наука предлагает два рациональных пути решения проблемы «лишних» овуляций. Во-первых, продолжительное грудное вскармливание. В нашей стране всего 42 % детей старше 3-месячного возраста получают материнское молоко. Вполне в наших силах продлить период грудного вскармливания до 1,5–2 лет.

Второй инструмент находится в руках акушеров-гинекологов уже более полувека. Применение комбинированных гормональных контрацептивов позволяет погрузить репродуктивную систему в состояние спокойного ожидания, устранив лишнюю нагрузку.

Именно на этом основано их онкопротекторное действие – мы можем предотвратить рак яичников, рак эндометрия (эффект сохраняется более 20 лет после прекращения использования), рак прямой кишки. Гормональная контрацепция устраниет болезненные менструации и уменьшает объем менструальной кровопотери, профилактирует кисты яичников и эндометриоз, на 50–60 % снижает вероятность развития воспаления придатков и на 20 % – риск развития трубного бесплодия, предотвращает развитие доброкачественных заболеваний молочных желез (данные постоянно подтверждаются с 1997 года)¹⁵.

Дело за малым – победить отечественную гормонофобию и дремучесть. До тех пор, пока мысль о применении гормональной контрацепции вызывает священный ужас, судьба динозавров будет отбрасывать зловещую тень на будущее человечества.

О послушных пациентках, о том, почему контрацепция иногда не работает и что можно с этим сделать

Эффективность различных методов контрацепции оценивают с помощью показателя Перля – индекса контрацептивных неудач. Что это такое, легко понять на примере эффективности прерванного полового акта. Если 100 женщин в течение одного года живут регулярной половой жизнью, а в качестве метода контрацепции используют прерванный половой акт, за год в этой группе наступает примерно 22 беременности¹⁶, т. е. индекс Перля составляет 22 %. Его рассчитывают для двух вариантов: при идеальном и типичном применении.

Идеальное применение: точнейшее соблюдение всех рекомендаций – максимально возможная эффективность. Типичное применение: обычная житейская история, когда забыли вовремя выпить таблетку, порвался презерватив, разрушили мылом нежную пленку спермицидов.

Самые эффективные методы обратимой контрацепции просто не позволяют пациентке ошибиться. Давайте сравним, как оценивает эффективность методов контрацепции ВОЗ¹⁷.

Методы, требующие высокой самоорганизации, и % женщин с непланированной беременностью в течение первого года использования метода:

	Идеальное применение, %	Типичное применение, %
Спермициды	18	28
Презерватив	2	18
Прерванный половой акт	4	22
Шеечные колпачки и диафрагмы*	6	12

* со спермицидным кремом или гелем

Методы, требующие ответственного поведения, и % женщин с непланированной беременностью в течение первого года использования метода:

	Идеальное применение, %	Типичное применение, %
Комбинированные оральные контрацептивы	0,3	9
Контрацептивный пластырь	0,3	9
Контрацептивное вагинальное кольцо	0,3	9
Контрацептивные инъекции	0,2	6

Методы, эффективность которых не зависит от самодисциплины и % женщин с непланированной беременностью в течение первого

года использования метода.

	Идеальное применение, %	Типичное применение, %
Медьсодержащие внутриматочные контрацептивы	0,6	0,8
Гормонвыделяющие внутриматочные контрацептивы	0,2	0,2
Подкожные имплантаты	0,05	0,05
Хирургическая стерилизация женская	0,5	0,5
Хирургическая стерилизация мужская	0,1	0,15

Чем реже пациентке приходится активно участвовать в контрацептивных мероприятиях, тем результативнее сама стратегия предупреждения нежеланной, а иногда и недопустимой (например, вскоре после кесарева сечения) беременности.

Комплаентность – относительно новый и модный термин, обозначающий приверженность пациентов к тому или иному виду лечения. К примеру, если препарат надо принимать пять дней один раз в день, большая часть пациентов следует рекомендациям врача, доводя курс лечения до логического завершения. Если же препарат назначен по 2 таблетки 3 раза в день на 3 недели – история совершенно иная: многие прекратят терапию досрочно, найдя массу оправданий – от забывчивости до плохой переносимости.

Для акушеров-гинекологов комплаентность не пустой звук. Особенно когда речь идет о контрацепции. Надо сказать, что общая приверженность к контрацепции в нашей стране печально невысока. К

сожалению, россиянки предпочитают бесплатный, но малоэффективный прерванный половой акт, ересь «безопасных дней», в лучшем случае – презервативы.

Статистика прекращения приема КОК после 1–3 циклов приема огромна. Можно долго рассуждать о возможных причинах. Это и страхи, культивируемые малограмотными «специалистами», и бесконечные пугалки из Интернета, и нежелание помнить о ежедневной необходимости принять таблетку.

- *Как вы предохраняетесь?*
 - *Прерыванием.*
 - *Вы знаете, что это неэффективный метод контрацепции?*
 - *Да.*
 - *Вы сейчас заинтересованы в беременности?*
 - *Нет.*
 - *Вы задумывались о возможности применения гормональной контрацепции?*
 - *Гормоны?! Ни за что!*
- «Потом не сможешь забеременеть». «От них толстеют». «Нарушится цикл и гормональный баланс и потом не восстановится». «Моя мама принимала – волосы росли там, где не надо. И прыщи! Тебе оно надо?!» «Если забеременеть на фоне таблеток, это негативно скажется на ребенке».

Низкая комплаентность проявляется из этих страхов. Совершенно очевидно, что хорошее профессиональное консультирование в состоянии развеять большую часть страхов и повысить приверженность каждой конкретной пациентки следовать рекомендованному методу.

К сожалению, шесть из десяти более или менее широко используемых сегодня методик требуют от женщины высочайшей самодисциплины, предполагая ежедневное применение или использование перед половым актом или после него (барьерные методы, спермициды, препараты экстренной контрацепции).

Свыше 70 % женщин пропускают прием таблеток, нарушая предписанный режим. Как следствие, забывчивость значительно увеличивает случаи контрацептивных неудач. Почему это происходит, разбирались специалисты¹⁸.

Почему была пропущена таблетка?

- Находилась далеко от дома 12,9 % из 372 случаев пропуска таблеток.
- Забыла 12,9 %.
- Не было новой упаковки 10,5 %.
- Опоздала 9,9 %.
- Была в дороге 9,4 %.
- «Заработалась» 8,1 %.
- «Заучилась» 4,3 %.
- Тошнота или рвота 2,4 %.
- Побочные эффекты 1,3 % (5 из 372 случаев).

Очевидно, пропуск очередной таблетки в минимальной степени связан с плохой переносимостью препарата или развитием нежелательных эффектов. Пациентка будет долго и с удовольствием применять метод только в том случае, если это удобно для нее.

Удобство – понятие растяжимое. Для кого-то совершенно неприемлемо пить таблетку каждый день, кто-то с ужасом думает о внедрении в организм чего-то чужеродного. Существующее сегодня разнообразие методов вполне позволяет подобрать для каждой женщины именно «ее» самый лучший, безопасный и эффективный контрацептив.

Не стоит плавать в этом море самостоятельно. Ежегодно на рынке появляется все больше новых препаратов. Врач-гинеколог поможет сделать выбор, обойдя рифы и развеяв сомнения.

Глава 3. Гормональная контрацепция

Вопрос о назначении оральных контрацептивов вызывает холивар и панику в Интернете. Женщины сообща поделились впечатлениями и «с ужасом обнаружили», что при назначении КОК гинекологи делают, в лучшем случае, мазок и никаких тебе анализов на гормоны. Что это – врачебная лень? Недобросовестность? Эксперименты над организмами ни в чем не повинных пациенток?

Как врач определяет, можно ли женщине предохраняться таблетками

Мало кто понимает, что фактически подбор препарата происходит у доктора в голове, причем он учитывает множество факторов, полученных в ходе беседы и осмотра. Обычно процесс принятия решения врачом проходит в три этапа, не всегда очевидных для пациентки.

Шаг 1. А можно ли этой конкретной пациентке вообще принимать КОК?

В 1994 году Всемирная организация здравоохранения разработала систему классификации методов контрацепции. Любое состояние/ заболевание, влияющее на возможность использования метода, отнесли к одному из 4 классов¹.

Для того чтобы стало понятнее, рассмотрим конкретный пример для КОК.

Состояние/заболевание	Риск приема КОК	Категория приемлемости для приема КОК
Варикозное расширение вен нижних конечностей	Нет ограничений для приема КОК	Класс 1 — можно использовать КОК
Курение в возрасте до 35 лет	Польза от использования КОК больше, чем теоретический или доказанный риск	Класс 2 — обычно можно рекомендовать КОК
Курение в возрасте старше 35 лет, если женщина выкуривает менее 15 сигарет в сутки	Теоретический или доказанный риск перевешивает пользу от приема КОК	Класс 3 — использование КОК обычно не рекомендуется, кроме случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы
Курение в возрасте старше 35 лет, если женщина выкуривает более 15 сигарет в сутки	Использование КОК создает недопустимый риск для здоровья	Класс 4 — КОК не должны использоваться

Еще в 2012 году российские специалисты адаптировали² рекомендации ВОЗ к отечественным реалиям и выпустили «Национальные медицинские критерии методов контрацепции» – документ, которым пользуются все акушеры-гинекологи нашей страны. Правда, если в вашем присутствии доктор не достал большой талмуд или не полез рыться в интернет, скорее всего, ваша ситуация просто этого не требует.

К 3-му и 4-му классам приемлемости для приема КОК относятся состояния/заболевания, о которых пациенту обычно известно. Вряд ли получится болеть системной красной волчанкой и не обращаться за помощью или перенести инфаркт миокарда в репродуктивном возрасте и не догадываться об этом.

Также для оценки приемлемости КОК очень удобны специальные опросники. Если на все вопросы пациентка отвечает «нет», категорические препятствия для назначения КОК отсутствуют.

Шаг 2. Может быть, нужны дополнительные анализы?

Все стандартные анализы, на которые могут отправить женщину при назначении гормональных таблеток, распределены на 3 группы:

- Класс А – необходимые анализы для гарантии безопасности метода
- Класс В – рекомендуемые, но необязательные анализы
- Класс С – анализы, не являющиеся критерием для применения метода

Рассмотрим обследования, необходимые перед назначением КОК, ВМС и контрацептивных имплантатов в соответствии с национальными критериями.

Обследование	КОК	Имплантат	ВМС
Обследование молочных желез врачом	B	B	B
Осмотр на кресле	B	B	A
Скрининг на рак шейки матки	B	B	B
Стандартные лабораторные анализы	C	C	C
Определение уровня гемоглобина в крови	C	C	B
Оценка риска заражения ИППП: сбор анамнеза и общий осмотр	B	B	A*
Скрининг на ИППП/ВИЧ: лабораторные анализы	C	C	B*
Измерение артериального давления	A	B	C
Определение индекса массы тела ИМТ = масса тела (кг) / рост ² (м ²)	B	C	C

* Если женщина входит в группу повышенного риска по гонорее и хламидиозу, ей не рекомендуется пользоваться ВМС.

Словом, единственное, что обязан сделать врач перед назначением КОК, измерить артериальное давление. Если пациентка признается, что когда-то у нее значительно повышалось давление или она принимает препараты для его снижения, КОК не подходят, безопаснее выбрать другой метод контрацепции. Если артериальное давление ниже 140/90 мм рт. ст., то женщина может пользоваться КОК.

Если пациентка пришла ко мне впервые, я после подробной беседы обязательно перейду к осмотру. Вполне вероятно, выполню цервикальный скрининг или возьму мазки. Возможно, найду какое-

нибудь заболевание или состояние, требующее уточнения. Но самое главное – буду смотреть и слушать. Чуть желтоваты склеры – что там у нас с работой печени? Рост волос в андрогензависимых зонах – где там наша шкала Ферримана – Гольвея? Вполне может сложиться ситуация, в которой у меня появятся вопросы, и я буду искать ответы, направив пациентку на УЗИ, в лабораторию или к коллеге-смежнику. Например, если женщина рассказывает, что отец к 47 годам перенес три инфаркта и ушел из жизни, я настойчиво порекомендую сдать анализы на генетические полиморфизмы генов тромбофилии (мутации в генах, кодирующих F II (фактор протромбина), F V (фактор Лейдена) и дефицит протеинов C и S. Даже гетерозиготное носительство этих мутаций станет категорическим противопоказанием для КОК – 4-й класс приемлемости из-за высокого риска тромботических событий. К счастью, подобные дефекты встречаются редко, примерно у 4 % в популяции, поэтому абсолютно всем такое исследование назначать не стоит.

А вот обычная коагулограмма перед началом приема КОК совершенно не в состоянии каким-либо образом выявить предрасположенность к тромбозу, поскольку система свертывания-противосвертывания крови очень подвижна, изменения в ней происходят быстро, и предсказать ничего не получится.

Таким образом, уточняющие анализы и консультации перед назначением КОК могут быть весьма разнообразны. Основная цель исследований – подтвердить, что КОК не принесут вреда конкретной пациентке.

По иронии судьбы, больше всего привержены к гормональной контрацепции именно те женщины, которым она категорически противопоказана. Основная задача врача – быстро и максимально точно определить, кому нельзя принимать КОК, кому можно с оговорками, а кому без ограничений.

Если выявлены противопоказания, необходимо информировать женщину о том, что отныне и во веки веков КОК ей принимать нельзя. Полезно подробно объяснить почему, чтобы не возникало искушения подобрать себе препарат самостоятельно при помощи Интернета или провизора в аптеке.

Шаг 3. Хватит ли пациентке дисциплины для приема КОК?

Перед окончательным выбором препарата врачу стоит получить ответ на еще один важный вопрос: готова ли женщина принимать по одной таблетке каждый день, не забывая и не пропуская. КОК очень эффективны при регулярном, постоянном и правильном приеме. Если «то пили, то не пили, то на 11 часов задержались, то на 6 часов, то 3 таблетки вообще выпить забыли», ничего хорошего не будет.

Если пациентка не уверена в своей дисциплинированности, стоит обсудить применение трансдермального пластиря или контрацептивного вагинального кольца. Имплантаты и гормонвыделяющие ВМС относятся к чисто прогестиновой контрацепции, но тоже могут быть рекомендованы при невозможности соблюдать режим приема.

Нужно ли сдавать кровь «на все гормоны»?

Многие женщины пребывают в иллюзии, что для индивидуального подбора КОК надо обязательно изучить «гормональный статус» или «сдать кровь на все гормоны». А дальше все просто: где не хватает – долить, где избыток – отобрать. Это, естественно, не так. Никакого гормонального «статуса» или «фона» в природе не существует. Статус – это что-то неизменное, а гормональный баланс в женском организме гибкий и подвижный. Поэтому в разные дни цикла мы получаем разные результаты. Не существует строго «прибитых гвоздями» дней, когда положено сдавать те или иные гормоны.

Исследования на гормоны в сыворотке крови уместны, если у пациентки существуют явные проблемы – нерегулярные менструации, нетипичный характер оволосения, акне, обильные менструации.

Целью таких анализов ни в коем случае не будет «индивидуальный» подбор КОК. Цель – не пропустить заболевание, для которого подобные ситуации – симптом. Начиная принимать КОК, женщина имеет спокойные и регулярные менструальноподобные реакции, а тем временем прогрессировать может замаскированное заболевание.

Чем противозачаточные таблетки отличаются друг от друга и как гинеколог подбирает оптимальный препарат

Выбрать подходящий конкретной пациентке препарат бывает очень нелегко. Простого пути – посмотреть, чего не хватает, и досыпать – не существует, поэтому придется разбираться, чем и куда мы внедряемся, чтобы обеспечить не только эффективную контрацепцию, но и хорошую переносимость.

Даже неудачно подобранная гормональная контрацепция при регулярном применении обеспечит пациентке надежную, почти абсолютную защиту от нежелательной беременности, поэтому индивидуальный подбор ведется с единственной целью – минимизировать побочные эффекты и получить неконтрацептивные преимущества.

Принцип действия и возможности КГК

Комбинированные гормональные контрацептивы называют комбинированными, потому что они содержат два компонента – эстрогенный и гестагеный. Основная задача комбинации – предотвратить овуляцию и обеспечить хороший контроль цикла.

С эстрогенами в составе КОК все просто. Подавляющее большинство содержат один и тот же эстрогеный компонент – ЭЭ (этинилэстрадиол). Он входит в состав контрацептивных таблеток более 50 лет и обеспечивает подавление овуляции. В самом начале эры контрацепции таблетки содержали огромные дозы эстрогенов, которые удалось постепенно снизить и довести до минимальных³.

Сегодня мы выделяем четыре группы КГК в зависимости от содержания ЭЭ:

- высокодозные – содержащие 50 мкг ЭЭ;
- среднедозные – содержащие 35 мкг ЭЭ;
- низкодозные – содержащие 30 мкг ЭЭ;
- микронизированные – содержащие 20 мкг ЭЭ и менее.

Высокодозные КОК ушли в историю и больше не применяются. Среднедозные препараты назначаются по строгим лечебным показаниям или в случаях, когда не удается обеспечить хороший контроль, используя меньшие дозировки эстрогенов.

Микронизированные КГК врачи традиционно рекомендуют юным девушкам. В возрасте 25+ лучше подойдут препараты с 30 мкг ЭЭ.

В России применяют две контрацептивные комбинации с «натуральными» эстрогенами, очень похожими на те, которые вырабатывает наш организм: эстрадиола валерат и эстрадиола гемигидрат. Они значительно снижают риск развития эстрогенных осложнений и побочных эффектов. «Натуральные» эстрогены особенно хороши у старшей возрастной группы пользовательниц или в качестве препаратов «второго выбора» при плохой переносимости других комбинаций.

С гестагенным компонентом сложнее. Гестагены в составе КГК делают вид, что работают прогестероном, однако вместо подготовки эндометрия к беременности контролируют его рост и трансформацию.

Работают они, соединяясь с рецепторами, с которыми мог бы взаимодействовать прогестерон.

Именно от гестагенного компонента зависит, появятся прыщи или, наоборот, исчезнут, ухудшится настроение или улучшится, исчезнут боли в дни менструации или останутся, уменьшится объем менструальных кровотечений или останется прежним⁴.

Выбирая гестаген с антиандrogenной активностью (ципротерона ацетат, дроспиренон, диеногест), мы вправе рассчитывать, что у пациентки улучшится состояние кожи и волос, уйдут прыщи. Выбирая гестаген с антиминералокортикоидным эффектом, надеемся, что не будет задержки жидкости, а значит, не появятся отеки, не станут нагружать молочные железы, болеть голова и беспокоить ПМС.

Некоторые гестагены, входящие в состав КГК, сохраняют андрогенную активность. С этой проблемой исследователи столкнулись еще в 1970–1980-е годы, когда женщины массово начали жаловаться на появление прыщей, жирность кожи и волос, увеличение массы тела. В мире современной контрацепции не осталось препаратов, в состав которых входят такие «жесткие» вещества. Гестоден и дезогестрол обладают остаточной андрогенной активностью, хотя в большинстве случаев она не имеет клинического значения.

Существуют специальные таблицы в помощь гинекологам для уточнения эффектов того или иного препарата.

Увы, для индивидуального подбора контрацептивной комбинации недостаточно просто держать табличку перед глазами. Не всегда совпадает то, что ученые получили в эксперименте, с тем, что будет происходить в организме конкретной пациентки.

Активность стероидных рецепторов отдельных прогестинов

	прогестагенная	андрогенная	антиандро-генная	антиминерал-кортикоидная	глюокортикоидная
Прогестерон	+	-	(+)	+	
Диеногест	+++	-	++	-	-
Дроспиренон	+	-	+	++	-
Левоноргестрел	++	+	-	-	-
Гестоден	+	+	-	(+)	-
МПА	+	+	-	-	++
Норгестимат	++	+	-	-	-
Норэтистерон	+++	+	-	-	-
Ципротерона ацетат	+	-	+++	-	+++
Дезогестрел	+	+	-	-	+

Можно ли подобрать КГК «по внешности»

Попытки систематизировать методику подбора КОК по фенотипу предпринимались и предпринимаются. Идея очень заманчива. Грудь большая и пышная – значит, эстрогенов много. Бюстом «пошла в папу» – эстрогенов маловато. Вот, казалось бы, уже и решили, какой препарат назначить. Выделены различные фенотипы у женщин – с преобладанием эстрогенного, андрогенного или прогестеронового компонента. В зависимости от того, к какому типу принадлежит пациентка, предлагают подбирать стартовую дозировку эстрогенов и оптимальный гестаген.

Возможно, это имеет некий смысл (хотя серьезных доказательных данных подобная точка зрения не имеет, исследования проводились на сравнительно небольших группах пациенток). Гораздо важнее для практического врача понимать, что именно содержит конкретный препарат и зачем это содержимое конкретной пациентке.

Именно поэтому у нас много врачей, предпочитающих назначать одни и те же 2–3 препарата. Они их достаточно изучили, уверены в своих знаниях и накопили приличный опыт собственных наблюдений.

Подбор препарата, исходя из индивидуальных проблем

Беседуя с пациенткой и проводя осмотр, доктор «цепляет» мелкие детали, проблемы, особенности, которые можно устраниить, сгладить или нивелировать использованием конкретного препарата.

- Если у пациентки обильные и продолжительные менструации без видимой причины, ей прекрасно подойдет комбинация эстрadiола валерат + диеногест⁵.

- Пациенткам с СПКЯ предложим препарат с дроспиреноном. Это обеспечит предсказуемые менструальноподобные реакции и антиандрогенный эффект.

- Пациенткам с предменструальным синдромом отлично подойдет препарат с дроспиреноном в режиме 24+4. Период полувыведения у дроспиренона длинный, он «прикроет» три дня из четырехдневного безгормонального интервала и не позволит симптомам ГМС возникнуть⁶.

- Пациенткам с эндометриозом подойдут контрацептивы с диеногестом, у него мощный антипролиферативный эффект.

- Молодым девушкам лучше рекомендовать препараты с минимальным содержанием эстрогенов и формулой, «держащей удар» возможных пропусков и погрешностей.

- Женщинам 35+ предпочтительнее предлагать препараты с эстрогенами, идентичными эндогенным.

- Если в глаза бросаются явные признаки эстрогенной недостаточности, можно попробовать стартовать с многофазных препаратов, содержащих разные дозировки гормонов.

- Курящим (и отказавшимся от курения недавно) женщинам моложе 35 лет следует предложить препарат с минимальной дозой эстрогенов.

- Если подробнейшая беседа и осмотр не выявили никаких особенностей, препаратом первого выбора должен стать монофазный КГК с содержанием эстрогена не более 30 мкг/сут. и низкоандрогенным гестагеном.

К сожалению, до начала приема КГК невозможно предсказать, как именно организм женщины будет реагировать на конкретную комбинацию. Не помогают ни фенотипические таблицы, ни глубокое знание биохимии, биофизики и клинической фармакологии, ни дисциплинированно сданная кровь «на все гормоны». Вооружившись

знаниями, можно лишь избежать совсем уж грубых ошибок и вовремя их исправить, проанализировав переносимость ранее использовавшихся препаратов. Поэтому реальность такова, что лучше всех подбирает КОК врач, который знает, какие 15 комбинаций пациентке не подошли.

Важно понять, что речь здесь не идет о недостаточной квалификации вашего гинеколога, и, конечно, никто не ставит на вас эксперименты. В любом случае врач старается как можно скорее найти оптимальный вариант контрацепции. И с большой вероятностью его поиск увенчается успехом.

Гормональная контрацепция. Новые препараты

Как быть, если в аптеке предлагают заменить препарат, что делать, если начались побочные эффекты, и стоит ли искать «идеальные таблетки»?

Было бы наивно предполагать, что пациенты с ювелирной точностью выполняют назначения врачей. Вполне возможна ситуация, когда рекомендованный препарат оказывается «кусачим» по цене, или не завезенным в ближайшую аптеку, или в Интернете про него написали много «страшилок». Вот тут-то и возникает вопрос: «Если не тот, который прописан врачом, то какой?» А сроки зачастую поджимают, поскольку начинать прием таблеток надо с 1-го дня менструации. Поэтому ситуация «нужно срочно, а лучше вчера» не редкость.

Когда провизор не согласен

Провизор в аптеке может предложить аналогичный препарат, в котором состав, дозировка гормонов и количество таблеток полностью совпадают.

Конечно, оригинальные препараты всегда несколько лучше, но на нашем рынке достаточно дженериков очень высокого качества. Они дешевле, чем от брендов, причем их контрацептивная надежность так же высока.

Ситуация несколько усложняется, если доктор написал несколько вариантов таблеток. Безусловно, из самых добрых побуждений – мол, на выбор. Однако именно с этим иногда возникают проблемы. Несколько раз в год я провожу тренинги для провизоров, рассказывая об индивидуальном выборе КОК.

Провизорам необычайно сложно справиться с подобным консультированием, они даже не имеют возможности полноценно побеседовать с покупателем, а для подбора контрацептивной комбинации принципиально важна именно беседа. Тем не менее если у

пациентки нет четкой рекомендации врача, вполне можно услышать: «О, вам назначили эти препараты? Но они же очень дорогие/опасные/несовременные (нужное подчеркнуть). Возьмите лучше вот этот, он самый популярный/низкодозированный/оптимальный по цене».

К сожалению, на этой волне пациентке нередко предлагаются пять совершенно разных препаратов, придуманных для пяти разных женщин. И неудивительно, что 35-летняя женщина, поддавшись на уговоры, купит препарат для «девчонок», а итогом может стать дискомфорт, снижение настроения, исчезнувшее либидо и плохой контроль цикла.

Обратное тоже верно. Препарат может оказаться слишком жестким и загруженным, потому что изначально был предназначен для совершенно другой целевой аудитории. И, как следствие, начинаются головные боли, тошнота, нагрубание молочных желез.

Именно поэтому КОК должны продаваться строго по рецепту. В конце концов, гормональные контрацептивы не конфетки и не леденцы от кашля.

А если побочные эффекты?

Начиная прием КОК, стоит помнить, что адаптация к препарату длится примерно 3–4 месяца. Контрацептивный эффект при правильном применении появляется сразу, а вот нежелательные явления могут беспокоить пару циклов. Имеет смысл понаблюдать за своим состоянием и ощущениями, чтобы не возвращаться на прием к доктору «с пустыми руками».

Если после 3–4 месяцев сохраняются какие-то нежелательные эффекты, придется подумать о замене препарата. Впрочем, бывает, что препарат сразу подошел идеально, но через некоторое время появились жалобы на плохую переносимость. Значит, в организме «что-то пошло не так», изменились обстоятельства и следует подумать о замене контрацептивной комбинации.

Большинство нежелательных эффектов поделили на эстрогензависимые и гестагензависимые. Деление это довольно условно, тем не менее тошноту, нагрубание молочных желез, ухудшение переносимости контактных линз принято связывать с

избыточным действием эстрогенного компонента. Врач при этом предложит перейти на препарат с меньшей эстрогенной нагрузкой.

Сухость влагалища, скудные менструальноподобные реакции, кровомазания скорее потребуют увеличения дозы эстрогенов в комбинации или перехода на препарат с «натуральным» эстрогеном. Появление акне на фоне приема КОК предполагает переход на препарат с другим гестагеном.

Переход на другой препарат проводят по строгим правилам. В последнее время правила перехода с разных видов контрацепции начали писать в потребительских инструкциях – это позволило минимизировать ошибки и контрацептивные неудачи.

Хочется чего-то новенького!

КОК вошли в нашу жизнь в 60-х годах XX века, их контрацептивная эффективность уже к 1973 году стала практически абсолютной. На протяжении последних 40 лет все исследования направлены на то, чтобы сделать гормональную контрацепцию безопасной и комфортной. Многое вполне удалось. Миллионы женщин во всем мире принимают гормональные контрацептивы, используют дополнительные неконтрацептивные преимущества, делающие краше нашу женскую долю.

Конечно, идеального препарата пока не существует, иначе новые комбинации не выходили бы на рынок каждые 2–3 года. Поэтому искушение перейти на «препарат получше» существует всегда.

И врачу, и пациентке важно помнить: если женщина, принимая препарат, чувствует себя хорошо, нет никаких оснований менять его на более продвинутую, модную или более дорогую/дешевую комбинацию. Опасно экспериментировать над организмом без видимых причин, последствия вас могут не обрадовать. Едва ли стоит нарушать тонкий баланс в погоне за призрачным «идеалом».

КОК: принимать без перерыва. «Эти дни» в удобное время

Как отодвинуть месячные? Подобный запрос – нередкий на приеме врача. К сожалению, обычно просят срочно, а лучше вчера. Средство должно быть 100 % эффективное, желательно негормональное, лучше народное, в идеале – бесплатное. Всё как всегда.

Интернет пестрит рекомендациями. Чаще всего рекомендуют съедать то ли по одному, то ли по три лимона в день. Особо продвинутые предлагают заменить лимон приемом лошадиной дозы аскорбиновой кислоты. Логика тут простая – аскорбиновая кислота укрепляет сосудистую стенку и, вероятно, может сделать ее настолько крепкой, что никакой враг не пройдет, а менструация не наступит. Что ж, лимон – это, по крайней мере, вкусно. Можете попробовать. Из той же серии и рекомендации пить отвар петрушки. Вариантов масса – теплый, холодный, целый день, каждый день. Никакого смысла в этих рекомендациях нет, да и не обещают авторы сколько-нибудь значимой эффективности. Максимум – отодвинуть менструацию на 3–4 дня. Если повезет.

Вторая группа советов относится к применению кровоостанавливающих средств. Тут выбор шире – можно пить отвар крапивы, экстракт водяного перца, принимать таблетки. Логика тут простая – это же кровоостанавливающие? Вот пусть и останавливают! Конечно, так можно рассуждать только в том случае, если полностью выбросить из головы остатки школьных знаний. Менструация – это не просто «кровь», это отторжение эндометрия, который подготовился к беременности, а она не состоялась. Адептов этого неэффективного и небезопасного подхода немало, риски чуть выше, чем в поедании лимонов, а так – welcome.

Чтобы отодвинуть менструацию с гарантией, надо вспомнить об этом сильно заранее. Желательно до овуляции. И уж никак не позднее 14-го дня цикла. Для этого применяются жесткие гестагенные препараты. Безусловно, они далеко не безобидны. Таблетки принимают ежедневно, непрерывно, столько, на сколько надо отодвинуть менструацию.

- Оксана Валерьевна, не помогли мне ваши таблетки!
- Как не помогли? С какого дня вы начали принимать?
- С 14-го. Только приехала на море, так сразу и менструация приплыла.
- А сколько вы их принимали?
- Целую пачку!

20 таблеток – ровно 10 дней применения. Прекратила прием – через 2–3 дня получила менструальноподобную реакцию. Видимо, непонятно объясняю, увы.

Гораздо проще все-таки тем, кто постоянно использует КОК. Вот она – настоящая свобода!

О том, что женщины, принимающие КОК, могут легко перенести свою менструацию на более благоприятное время, знают многие. По крайней мере 70 % пользовательниц в курсе возможности отложить наступление месячных, а 30 % уже использовали эту опцию⁷.

Совсем не хочется омрачать долгожданный отпуск или романтическое свидание кровянистыми выделениями. Поводом для отсрочки также могут стать командировка, спортивные соревнования, предстоящий экзамен или какое-то важное событие, ведь даже необильная и безболезненная менструация может серьезно подпортить праздник.

Гинекологи, в свою очередь, успешно используют пролонгированный режим приема КОК в лечебных целях. Пожить некоторое время без ежемесячных кровянистых выделений необходимо женщинам с хронической анемией, менструальной мигренью, после лечения аномальных маточных кровотечений, при тяжелом течении ПМС.

Отложить менструацию с лечебной целью легко соглашаются большинство пациенток: «Надо так надо. Ничего не поделаешь». Вопрос в том, насколько правы женщины, стремящиеся по прихоти своей избежать менструальноподобных реакций на фоне КОК: желания искупаться в море, встретиться с любимым, войти в клетку к тиграм или принять участие в велогонке.

- Пить две упаковки без перерыва? Но это ведь страшно, вредно и опасно! Разве можно вмешиваться в естественный цикл?

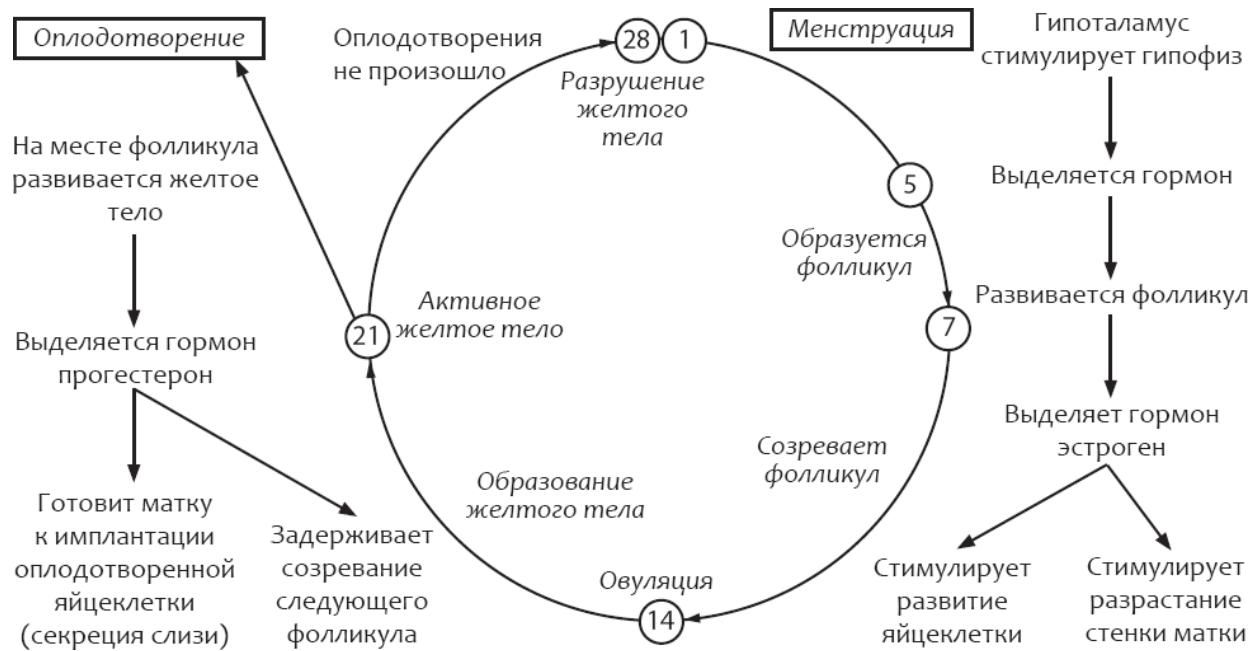
А как же нарушение цикла?

Менструальный цикл называется так потому, что в организме здоровой женщины происходят изменения, повторяющиеся циклически. Примерно каждые 28 дней. Основная их цель – подготовиться к беременности и забеременеть.

Менструация – это отчет организма: «Хозяйка, беременность не получилась. Обнуляю всю подготовку и начинаю новый цикл». Каждый день нормального менструального цикла немножко отличается от предыдущего. Именно поэтому, оценивая результаты УЗ-исследования или осматривая женщину, гинеколог обязательно сопоставляет картину с днем менструального цикла пациентки.

На фоне приема КОК никакого «естественного» цикла нет. Ровный монотонный прием таблеток не дает фолликулам активно пойти в рост, достигнуть овуляторных размеров и лопнуть, выпуская в мир яйцеклетку. Соответственно, матка находится в спокойном состоянии и не готовит «теплую встречу» для плодного яйца. Все дни приема таблеток соответствуют ранней фолликулярной фазе и похожи один на другой.

Изменения в течение менструального цикла длиной 28 дней (без оплодотворения)



Кровянистые выделения в безгормональном интервале на фоне приема КОК, по сути, являются кровотечениями отмены, однако, чтобы не пугать народ словом «кровотечение», гинекологи используют термин «менструальноподобная реакция». Поскольку никакие циклические изменения не происходят, можно поддерживать организм в мирно дремлющем состоянии значительно дольше, чем 21 день. В конце концов, он ведь неграмотный и считать не умеет. Нет таблеток несколько дней – менструальноподобная реакция. Организм выдаст ее как при случайном пропуске нескольких таблеток в упаковке, так и при плановом безгормональном интервале.

Итак, если вы принимаете контрацептивные таблетки, то, чтобы «пропустить» менструальное кровотечение, достаточно пропустить безгормональный интервал.

Как принято в современном мире, «все не так однозначно», поэтому вникнем в детали.

1. Правило работает для монофазных КОК – это препараты, в которых все таблетки одинаковые. В упаковке обычно 21 таблетка.

2. Будьте осторожны с упаковками по 28 таблеток. Если это КОК (а не чисто прогестиновые контрацептивы – здесь совсем другая история), то в упаковке есть неактивные таблетки в режиме 21+7 или 24+4. Если мы хотим отодвинуть менструацию, следует принимать только активные таблетки.

3. Если вы используете контрацептивный пластырь, просто продолжайте приклеивать новый еженедельно, пока не вернетесь из отпуска. Если используете контрацептивное кольцо, оставьте его во влагалище на 28 дней и замените на 29-й день (такая возможность предусмотрена производителем – подтверждение вы можете найти в инструкции к препарату).

4. Самая сложная история с многофазными КОК. Откровенно говоря, эти композиции плохо приспособлены для подобных инициатив с пропусканиями и отодвиганиями. Тем не менее выход есть – нужно лишь обратиться к врачу, который подскажет, от каких цветных таблеток в упаковке придется избавиться и в каком режиме следует принимать оставшиеся.

«21 + 7» – уже история

Циклический режим приема КОК (21 день пить + 7 дней отдыхать) был предложен создателями первой контрацептивной таблетки Грегори Пинкусом и Джоном Роком еще в 1961 году⁸. Во-первых, женщинам действительно стоило «отдохнуть» от огромной гормональной нагрузки. Каждая таблетка первого в мире КОК содержала количество эстрогенов, эквивалентное 103 мкг этинилэстрадиола (5 современных таблеток!). Во-вторых, Джон Рок был католиком и надеялся, что, если таблетки будут имитировать естественный цикл женщины, метод одобрит католическая церковь.

Почти 40 лет классический режим применения КОК «21 + 7» был единственным возможным, однако у исследователей и практикующих специалистов накопился целый ряд претензий. Оказалось, у каждой четвертой пользовательницы КОК в семидневном безгормональном интервале может «проснуться» и начать командовать гипоталамо-гипофизарная система, запуская рост фолликулов и созревание яйцеклеток. У части женщин возобновляются симптомы ПМС, тазовые боли или ухудшается самочувствие.

Вторая серьезная проблема – несвоевременное начало новой упаковки. Почти 40 % женщин признаются, что семидневный интервал иногда превращается в восьмидневный или даже десятидневный.

Подобные «опоздания» уже чреваты овуляцией и нежелательной беременностью.

Эту проблему удалось решить, предложив новый режим приема «24 + 4». Укороченный до 4 дней безгормональный интервал не позволяет организму «проснуться как следует», демонстрирует лучшую переносимость и контрацептивную эффективность.

В России зарегистрирована комбинация 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела для применения в режиме 84 + 7. Это позволяет женщине иметь 4 менструации в год – зимой, весной, летом и осенью.

Исследователи тщательно изучили безопасность длительного непрерывного приема КОК. Частота и выраженность побочных эффектов для классического и пролонгированного режимов оказались одинаковыми, а вот контрацептивная эффективность выше у поклонниц «жизни без менструаций»⁹.

Главная проблема женщин, принимающих КОК в пролонгированном режиме – прорывные кровотечения. Чаще всего они встречаются у женщин, принимающих препарат первые 3–4 месяца, затем их вероятность снижается¹⁰. Скудные мажущие выделения не относятся к прорывным кровотечениям и не требуют никакой активности. Прорывные кровотечения обычно более обильны, хотя и не сопровождаются болезненными ощущениями, при осмотре и обследовании врачу не удается обнаружить никаких явных причин.

Несмотря на регулярный прием таблеток, в подобных случаях следует тщательно исключить беременность. Если на фоне пролонгированного приема препарата появились кровянистые выделения, значит, организм «подсказывает», что хорошо бы сделать паузу прямо сейчас. В данном случае необходим четырехдневный интервал, после чего можно продолжить прием препарата.

Возможность отодвигать менструацию эксперты называют «второй революцией» после возможности планирования сроков рождения детей. А напутствие врачам-гинекологам от специалистов, тщательно изучивших проблему, звучит так: «Нет никакой медицинской или физиологической причины вынуждать пациенток, получающих КОК, иметь ежемесячное кровотечение отмены. Каждая женщина, получающая контрацептивные таблетки, должна иметь выбор – сократить число менструаций или полностью устраниить их. Не стоит

полагаться на отсутствие у нее проблем, связанных с менструациями, просто потому, что она не сказала о них вам».

Пролонгированный прием КОК – возможность, выходящая за рамки инструкции по применению препаратов. В соответствии с правилами оказания медицинской помощи в РФ, препарат положено назначать в строгом соответствии с инструкцией, поэтому если планируется пролонгированный прием, акушеру-гинекологу придется озабочиться подписанием информированного добровольного согласия и обосновать необходимость или целесообразность такого режима.

Старт в день приема

Эта хитрость не очень распространена в РФ, однако многие коллеги «загнивающего Запада» рекомендуют начинать прием КОК в тот же день, когда доктор подобрал препарат¹¹. В этом случае первая упаковка таблеток не оказывает противозачаточного действия, придется использовать дополнительные методы предохранения. Однако есть некоторые (довольно высокие) шансы, что менструация сдвинется до первого безгормонального интервала.

Скажу честно, я с большим скепсисом отношусь к такому подходу и не применяю его в своей практике. Думаю, что вместо отсрочки менструации вполне можно получить адаптационные кровомазания различной интенсивности и нежелательную беременность в качестве «последнего привета» от прерванных половых актов.

Менструацию можно легко отодвинуть, передвинуть и сместить. Это не больно, не опасно, совершенно нормально и рекомендовано к действию. Существует лишь одно маленько «но» – эти блага цивилизации предназначены исключительно для продвинутых женщин, регулярно использующих современные методы высокоеффективной контрацепции – эстроген-гестагенные препараты.

Гормональные таблетки: боязнь на ровном месте

КОК все время приписывают «побочки», которых у них никогда не было. Миры, окружающие вопросы гормональной контрацепции, живучи и повсеместны. Искореняя один, мы сталкиваемся с десятком новых, а «побежденный» и разоблаченный часто становится лишь крепче и мощнее.

Я могу десять раз написать, что перед назначением КОК не надо сдавать никакие особенные анализы, а кровь «на все гормоны» не имеет отношения к подбору контрацептивов. Меня внимательно выслушают и тут же пожалуются, дескать, какие врачи идиоты, не назначают анализы, даже «кровь на все гормоны» не смотрят. Робкий голос женщин, имеющих позитивный опыт применения КОК, просто тонет в трубном гласе: «О, гормоны!!! Гормоны – это зло, это «побочки», это растолстеть, это не забеременеть!» Причем большинство комментаторов относятся к группе «не читал, но осуждаю».

Откуда берутся страшилки

Возможно, корни страхов прячутся где-то в 50-х годах XX века, когда ученые получили кортикостероидные гормоны: в 1950-м году – гидрокортизон, в 1954-м – преднизон и преднизолон, в 1955-м – флуорогидрокортизон, в 1956-м – триамсинолон, в 1958-м – дексаметазон.

В те времена препараты выходили на рынок без должных многолетних испытаний. Окрыленные врачи использовали всё более высокие дозировки, за что пришлось заплатить разнообразными побочными эффектами, которые получили название кортизонового ужаса – *horror cortisoni*.

Самый страшный побочный эффект – развитие синдрома Кушинга. Пациенты быстро прибавляют в весе с формированием характерного «кушингоидного» типа ожирения, лицо при этом

лунообразное, покрасневшее, на коже появляются широкие багровые растяжки, а сама она становится сухой, тонкой, ранимой, с множеством подкожных кровоизлияний и гнойничков, кожные складки чернеют, облысение сочетается с усиленным ростом волос в андрогензависимых зонах.

Видимо, поэтому в нашей стране до сих пор типичные побочные эффекты кортикостероидных гормонов (ожирение, акне, избыточное оволосение/облысение) экстраполируют на препараты гормональной контрацепции. В сознании наших людей настолько прочно закрепилось убеждение «гормоны – зло», что никто не вникает во всякие фармакологические тонкости.

Важно понимать: комбинированные гормональные контрацептивы не содержат кортикостероидные гормоны! Вообще. Это совершенно другая группа препаратов, имеющая свои «узкие» места.

Вероятно, на фоне страха, связанного с гормонами, возникает также характерный для приема КОК феномен «ноцебо» (от лат. посево – «я поврежу»). Ноцебо – эффект, противоположный плацебо. Суть его в том, что, если пациент верит во вред, наносимый препаратом, он очень скоро начинает явственно этот вред «ощущать». Читая длинный перечень побочных эффектов в инструкции к контрацептивам, внимательная пользовательница запускает эффект ноцебо и быстро обнаруживает у себя полный набор «побочек».

Чтобы минимизировать эффект ноцебо, в инструкциях по применению современных КГК все побочные эффекты разделяются на частые ($\geq 1/100$ и $< 1/10$), нечастые ($\geq 1/1000$ и $< 1/100$) и редкие ($\geq 1/10000$ и $< 1/1000$). К частым побочным эффектам традиционно относятся тошнота, головная боль и нагрубание молочных желез. Обычно эти явления исчезают без всякого лечения, когда заканчивается период адаптации к препарату. Если беспокойство ощутимое или побочный эффект стойкий, необходимо обсудить это с лечащим врачом. Доктор скорректирует схему приема или заменит препарат. Более серьезные побочные эффекты развиваются крайне редко, у нескольких из 10 тысяч женщин. Конечно, это плохо и не всегда предсказуемо. Тем не менее на сегодняшний день КОКи являются одним из самых эффективных и безопасных методов контрацепции.

«Я слышала, что КОК приводят к варикозу»

Несмотря на подробнейшие инструкции, наши граждане умудряются найти в них то, чего там никогда не было. По какой-то совершенно непонятной причине в России, например, бытует мнение, что КОК противопоказаны при варикозном расширении вен. Или что варикоз – страшное последствие необдуманного приема КОК.

– Я говорила доктору, что у меня варикоз, а он сказал, что это не противопоказание. Как же так? Ведь это всем известно! Это во всех инструкциях написано!

К счастью, всем известно противоположное: варикозное расширение вен – это не противопоказание для применения КОК и даже не состояние, требующее осторожности.

Для определения причинно-следственных связей в мире проводятся популяционные исследования. По заболеваниям вен на сегодняшний день есть данные пяти крупных работ. Опираясь на их результаты, ученые выделяют главные факторы риска развития варикоза¹²:

- возраст;
- семейный анамнез (наследственность);
- женский пол;
- повторные (неоднократные) беременности.

На сегодняшний день не существует убедительных данных о том, что ожирение – фактор риска, однако есть полная уверенность, что гормональная контрацепция не является причиной варикоза и не ухудшает течение болезни.

В соответствии с Национальными критериями приемлемости методов контрацепции варикозное расширение вен нижних конечностей относят к 1-му классу приемлемости – гормональная контрацепция может применяться без ограничений. В августе 2015 года опубликован 5-й пересмотр медицинских критериев приемлемости методов контрацепции ВОЗ, в очередной раз подтверждающий, что варикозная болезнь не является

дополнительным фактором риска венозного или артериального тромбоза у пользовательниц КОК.

«Мне КОК противопоказаны, у меня мастопатия»

Вторым по распространенности заблуждением является отказ от гормональной контрацепции из-за доброкачественной патологии молочных желез. Безусловно, рак молочных желез – это категорическое противопоказание для КОК, поскольку это гормонально-чувствительная опухоль. Однако боязнь рака к противопоказаниям не относится.

Любое патологическое образование в молочных железах требует тщательного обследования. Конечно, не стоит начинать прием гормональных препаратов, пока суть образования не уточнена.

Если по результатам дополнительного обследования выявлен доброкачественный процесс, принимать КОК можно без ограничений. Более того, в большинстве случаев гормональные контрацептивы помогают устраниить неприятные симптомы доброкачественных заболеваний молочных желез.

В США применение КОК ежегодно предупреждает госпитализацию 20 тысяч женщин по поводу мастопатии. Прием монофазных контрацептивов хотя бы в течение года снижает риск возникновения мастопатии на 50–75 %¹³.

В новых медицинских критериях приемлемости ВОЗ 5-го пересмотра (2015 год) семейная история рака молочной железы, включая носительство мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, не является препятствием либо ограничением для использования комбинированной контрацепции.

«Я растолстела на фоне гормональных контрацептивов»

Такие истории я слышу регулярно. Вживую вижу редко, чаще читаю в сети. Огромное количество людей уверены в том, о что от КОК толстеют. Для того чтобы это доказать, не надо проводить масштабные исследования. Немасштабные тоже не надо, достаточно

одного небольшого: проанкетировали 30 женщин в возрасте 18–24 лет и ужаснулись полному отсутствию знаний о реальных рисках и доказанных позитивных эффектах КОК¹⁴.

В 2013 году Cochrane опубликовали свежий, достаточно подробный обзор, посвященный изменению веса на фоне приема КОК¹⁵. В него вошли 49 исследований, 4 из которых были плацебо-контролируемыми. Читать этот обзор – сомнительное удовольствие. Авторы долго и подробно объясняют, почему они какие-то исследования включили, а какие-то отвергли. Потом кратко описывают, кто что получил, потом делают выводы.

Что же в итоге? Причинно-следственные связи набора веса на фоне КОК сегодня окончательно не установлены. Вес может увеличиваться как за счет задержки жидкости, так и за счет увеличения мышечной массы или отложения жира.

Задержка жидкости в первые месяцы приема КОК вполне может подвинуть стрелку на весах на 1–2 кг «вверх». Этот эффект эстрогенов описан давно, считается преходящим (через некоторое время вес стабилизируется). В конце концов, вода не жир, выльется.

Отвлекусь, чтобы рассказать о своей первой пациентке с СПКЯ. Это была довольно худенькая, но чрезвычайно волосатая девочка из Львова. УЗ-картина СПКЯ была настолько классической, что мы без труда поставили диагноз и выбрали комбинированный гормональный контрацептив. Через 2 года она прекратила принимать препарат.

– Я от него толстею! – заявила мне пациентка.

Придирчиво оглядев довольно хрупкую фигуру, я спросила:

– Почему вы так решили?

– Я как только его бросила, сразу же похудела на 2 кг.

Чуть позже появились данные, что на фоне приема эстрогенов может увеличиваться слой подкожно-жировой клетчатки в области молочных желез и на бедрах – по гиноидному, женскому типу¹⁶. Увеличение бюста, конечно, не может не радовать, но рост пятой точки чаще огорчает. Когда мы рекомендуем менопаузальную

гормонотерапию, мы подчеркиваем важность сохранения женственного типа и относимся к подобным вывертам позитивно. Для пользовательниц КОК любая капля жира на бедрах может оказаться серьезным нежелательным эффектом.

В том же исследовании отмечали и возможность анаболического эффекта КОК: повышение аппетита, рост мышц. Однако значительную прибавку мышечной массы за счет этого эффекта расценивали как маловероятную. Чисто теоретически можно предположить анаболический эффект у КОК с гестагенным компонентом, обладающим глюкокортикоидной и андрогенной активностью.

Оценить, есть ли связь между приемом КОК и увеличением веса, очень сложно по целому ряду причин.

- Подростки могут прибавлять в весе только потому, что это нормальное физиологическое явление, характерное для этапа завершения полового созревания. Напомню, что к подросткам принято относить людей второго десятилетия жизни (до 19 лет).

- Для достоверности нужны плацебо-контролируемые «слепые» исследования. В этих исследованиях ни врач-исследователь, ни пациентка не знают, что кому досталось: часть участниц получат КОК, другие – «пустышку». Такие работы есть, но их немного, потому что проведение ограничивают этические моменты.

- Контрацептивных комбинаций очень много.
- Большинство исследований непродолжительны по времени – шесть месяцев и менее. Нужны более длительные наблюдения, чтобы проблема увеличения веса была очевидной.
- Нет консенсуса в понимании того, какое именно повышение веса является чрезмерным или клинически важным.
- Женщины имеют обыкновение толстеть.

Исследователи любят представлять средние результаты, полученные в ходе работы. Кто-то похудел, кто-то потолстел, но в среднем получилось¹⁵:

- Kaunitz в 2000 году на трехфазных препаратах получил среднюю прибавку веса 0,26 кг.

- Loudon в 1990 году зафиксировал среднюю прибавку 0,7 кг. Пациентки на комбинации 30 мкг ЭЭ + 150 мкг ЛНГ поправлялись, а пациентки на комбинации 30 мкг ЭЭ + 75 мкг гестодена худели.

- У Gruber в 2006 году в среднем все похудели на 0,67 кг. Пациентки на комбинации 20 мкг ЭЭ + 3 мг ДРСП худели, а на комбинации 20 мкг ЭЭ и 150 мкг ДЗГЛ немного прибавляли.
- Milsom в 2006 году показал среднюю прибавку 0,4 кг. Прибавляли в весе пациентки с вагинальным кольцом, без изменений оставался вес в группе 30 мкг ЭЭ + 3 мг ДРСП.

Влияние КОК на массу тела в отдаленном периоде изучали в популяционном исследовании¹⁷. Была выбрана группа шведских женщин 1962 года рождения. Не было обнаружено связи между увеличением массы тела и продолжительностью приема КОК. Прием КОК не являлся предиктором увеличения массы тела. В период между 19-м и 44-м годами жизни масса тела женщин-участниц увеличилась на 10,6 кг, а ИМТ вырос на 3,7 кг/м².

Официальная позиция на сегодняшний день: необходимо ориентировать женщин на борьбу с реальными виновниками увеличения веса: диету и недостаточные физические нагрузки.

Доказательств, подтверждающих причинно-следственную связь между приемом КОК и увеличением веса, все еще нет. Небольшая прибавка веса возможна и, вероятно, связана с задержкой жидкости – это обратимо. Для окончательного заключения нужно больше исследований, желательно очень длительных и плацебо-контролируемых.

Оральные контрацептивы и тромбозы: о чем не успевает рассказать гинеколог

Отвечая на вопросы: «А я не растолстею?» – врач тратит драгоценные минутки приема и не успевает рассказать о том, что у женщин, принимающих КОК, иногда возникают серьезные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы – артериальные и венозные тромбозы.

Артериальные тромбозы (инфаркт и инсульт) мы будем обсуждать в разделе о мигрени, сейчас поговорим исключительно о венозных тромбоэмболиях. Тем более что они встречаются чаще, хотя к фатальным исходам приводят значительно реже.

К венозным тромбоэмболиям (ВТЭ) мы относим тромбоз глубоких вен и тромбоэмболию легочной артерии. В идеальном консультировании врач должен успеть вкратце рассказать пациентке об этих состояниях, описав симптомы, чтобы она в случае чего незамедлительно обратилась за медицинской помощью.

Тромбоз глубоких вен – наличие тромба в глубокой вене, который может вызвать ее закупорку. Тромбоэмболия легочной артерии – попадание в артерии малого круга кровообращения тромбов – эмболов, которые прилетели из вен большого круга.

Распространенные симптомы, о которых следует знать женщинам, применяющим КГК.

ТГВ (тромбоз глубоких вен):

- отек в пораженной ноге или вдоль вены;
 - боль или чувствительность в ноге в положении стоя или при ходьбе;
 - ощущение теплоты в пораженной ноге;
 - покраснение или изменение цвета кожи пораженной ноги;
 - внезапно начавшаяся необъяснимая одышка или учащение дыхания;
 - внезапный кашель, возможно, с кровью.
- ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии):
- резкая боль в груди, которая может усиливаться при глубоком дыхании;

- чувство страха;
- сильное головокружение;
- учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца.

С венозными тромбоэмболиями на фоне приема КОК врачи-гинекологи столкнулись еще в 1960-х годах. Прием первых КОК, содержащих 80 и 100 мкг этинилэстрадиола, сопровождался 6-кратным увеличением риска венозного тромбоза, инфаркта миокарда и инсульта. Связь риска тромбозов с высокой гормональной нагрузкой была доказана, а путь решения проблемы очевиден – снижение дозировок.

Современные препараты более безопасны?

С тех пор прошло более 50 лет. В современных КГК доза эстрогенов существенно снижена до 15–30 мкг/сут., а венозные тромбоэмболии стали не просто редким, а чрезвычайно редким событием: более чем у одной женщины из 10 000, но менее чем у одной из 1000 женщин, принимающих КОК¹⁸.

При использовании КОК молодые женщины действительно попадают в зону риска тромботических осложнений. Риски повышаются в 1,5–2 раза²⁰. Это звучит очень страшно, поэтому требует объяснения. Если среди 10 000 женщин, не принимающих КОК и не беременных, в течение года происходит 4–5 ВТЭ, то среди принимающих КОК таких случаев примерно 9. Однако беременность предъявляет к системе гемостаза гораздо более жесткие требования: при физиологическом течении беременности опасность сбоя в свертывающей системе крови увеличивается в среднем в 6 раз и составляет почти 30 эпизодов в год. Еще более опасны первые 4–6 недель послеродового периода – частота венозных тромбозов увеличивается в 14 раз, достигая, по разным данным, 20–50 событий на 10 000 женщин в год²¹.

Эксперты предлагают рассматривать прием КОК в качестве своеобразного краш-теста для организма. Если на фоне низкодозированных КОК происходят тромбозы, то во время

беременности, родов и послеродовом периоде стоит ждать серьезных осложнений и проводить их своевременную профилактику.

Обратное также верно. Если у пациентки были тромбоэмбolicкие осложнения во время беременности и/или после родов, мертворождения, задержка роста плода, преждевременная отслойка плаценты, раннее начало преэклампсии, HELLP-синдром, доктору надо несколько раз подумать и взвесить все данные, прежде чем рекомендовать использовать этот метод контрацепции.

Мигрень и контрацепция

«Более всего на свете прокуратор ненавидел запах розового масла, и все теперь предвещало нехороший день, так как запах этот начал преследовать прокуратора с рассвета... Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения» (М. Булгаков «Мастер и Маргарита»).

Мигрень – мучительная головная боль, которая может сопровождаться тошнотой, усиливаться от малейшего звука, света и заставляет нас немедленно лечь в постель в темной комнате, закрыть глаза и надеяться, что приступ вскоре пройдет. Далеко не всякая головная боль является мигренью.

Экспресс-тест на мигрень

Если на любой вопрос вы отвечаете «Да», возможно, вы страдаете мигренью.

- Сопровождаются ли головные боли чувством тошноты?
- Сопровождаются ли головные боли повышением чувствительность к свету и шуму?
- Возникают ли у вас головные боли, которые на один и более день нарушают вашу работоспособность и способность исполнять повседневные обязанности?

Зачем гинекологам эта головная боль?

Несмотря на то что «голова – предмет темный и исследованию не подлежит», врачам-гинекологам часто приходится вникать в подробности головных болей пациенток. Как болит, когда болит, связана ли боль с менструальным циклом. Самых «подозрительных» пациенток мы обязательно отправляем на консультацию к врачам-неврологам для уточнения диагноза.

Диагноз очень важен, когда речь идет о применении гормональной контрацепции. Чтобы применение гормональных контрацептивов было безопасным, ВОЗ каждые 5 лет пересматривает «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции». Этот многостраничный документ позволяет легко проводить отбор пациенток, для которых применение КОК разрешено без ограничений, а для кого несет в себе риск развития осложнений.

Оказывается, пациентки, страдающие мигренью, имеют высокий риск развития инсульта, а прием КОК в сочетании с мигренью может увеличить этот риск в 2–4 раза.

Трагический случай из жизни

Эта история произошла в небольшом городке Норвич (Великобритания). Луиза Палфрейман – мать-одиночка 32 лет – принимала КОК с 15 лет. Пилюли прекрасно устранили менструальные боли и обеспечивали надежную контрацепцию. За год до трагедии Луиза перешла на новый препарат, после чего ее стали преследовать мучительные затяжные приступы головной боли, сопровождавшиеся тошнотой и рвотой. Луиза проводила в темной комнате до 7 дней. Пациентка обратилась к врачу, но специалист не связал тяжелое течение мигрени с приемом КОК и не обратил внимания на то, что Луиза курила.

Надо отметить, что трагедия не разразилась внезапно. Целый год организм молодой женщины выдерживал натиск обстоятельств, но однажды утром Луиза проснулась от сильной головной боли, стреляющей в правый глаз. Быстро нарастало онемение половины тела, и молодая женщина упала на пол в собственной кухне. К счастью, в кармане халата был мобильный телефон, позволивший вызвать «Скорую помощь».

Луизе пришлось заново учиться ходить, принимать ванну и готовить еду. Левая рука еще не до конца восстановила подвижность, но женщина делает упражнения, посещает физиотерапию и мечтает самостоятельно сделать бутерброд для своей дочери Алиши. Луиза Палфрейман не возражает против того, чтобы ее история была предана

огласке, потому что хочет, чтобы ее пример предупредил других женщин.

Почему это произошло

Безусловно, причиной трагедии стала небрежность. Инсульт и инфаркт – чрезвычайно редкие события на фоне приема КОК. Они не возникают на ровном месте или внезапно. Организм сигнализирует нам о своей проблеме задолго.

Измерение артериального давления – обязательная опция при решении вопроса, может ли пациентка принимать КОК. Но особого внимания требуют мигренозные головные боли, впервые появившиеся во время приема препарата. Каждый случай должен быть тщательно оценен, решение о продолжении приема противозачаточных таблеток принимается в соответствии с медицинскими критериями приемлемости.

У женщин, страдающих мигренями на фоне приема КОК, риск развития инсульта повышается и зависит от возраста: у 20-летней женщины – 10 из 100 000, а у 40-летней – 100 из 100 000. Дополнительными кирпичиками, падающими на чашу весов, могут стать различные состояния: курение, лишний вес, повышенное артериальное давление, диабет.

Курящие женщины старше 35 лет не должны принимать КОК – это дорога к инсульту или инфаркту. Луизе на момент описанных событий было 32 года – мало для того, чтобы запретить ей прием КОК в связи с курением или мигренью, но вполне достаточно, чтобы понимать, что сочетание двух факторов риска может стать причиной развития серьезных осложнений. Мигрень с аурой – самый опасный вариант

Аура – это не то, что видят экстрасенсы над головами граждан. Аура – это расстройство нервной системы, при котором нарушается зрение, осязание, слух, обоняние или речь.

Чаще всего пациентки описывают яркое «слепое» пятно в одном глазу, увеличивающееся в размере и в итоге принимающее лунообразную форму с зазубренными краями. Аура появляется перед приступом головной боли и сохраняется от нескольких минут до часа.

Аура – категорическое противопоказание для приема КОК ввиду высокого риска развития инсульта.

Чтобы разобраться и запомнить, в каких случаях можно начинать или продолжать использовать КОК, в «Национальные медицинские критерии методов контрацепции» включена таблица.

Допускается ли пользование гормональным методом контрацепции при мигренозных головных болях и/или мигренозной ауре?

		Без ауры		С аурой
		< 35 лет	> 35 лет	Всех возрастов
Комбинированные контрацептивы	А	+	-	-
	Б	+	+	-
Контрацептивы прогестинового ряда	А	+	+	+
	Б	+	+	-

В случае отсутствия достаточного клинического опыта:

«+» – допустимо

«-» – недопустимо

«А» – Начало применение метода

«Б» – Продолжение применение метода

Частный случай: мигрени при менструации

Менструальные мигрени – довольно распространенная форма заболевания, когда головные боли появляются исключительно во время менструации (за 2 дня до и не дольше первых 3 дней менструации). В этой ситуации КОК могут быть настоящим спасением – прием препаратов в пролонгированном режиме и/или с укороченным безгормональным интервалом позволяет предупредить приступы боли²².

Однако в соответствии с выводами ВОЗ (2015), риски при менструальной мигрени ничем не отличаются от рисков при других формах заболевания: применение КОК противопоказано женщинам с менструальной мигренью старше 35 лет и женщинам любого возраста, чья мигрень ассоциирована с аурой.

Эту позицию не разделяют многие врачи-неврологи, специализирующиеся на лечении мигреней. Эстрогензависимые мигрени плохо поддаются лечению, КОК могут быть эффективной профилактической стратегией. В 2016 году Центр по контролю и профилактике заболеваний США обновил свои медицинские критерии приемлемости использования контрацептивов и устранил возрастные ограничения на использование КОК при мигрени без ауры, включая менструальную мигрень²³. Мигрень без ауры в любом возрасте в США теперь относят ко второй категории приемлемости, мигрень с аурой – к четвертой. Специалисты, занимающиеся цефалгиями, требуют снятия ограничений на применение эстроген-гестагенных препаратов для пациенток, страдающих мигренями с аурой²⁴, аргументируя высокой безопасностью современных микродозированных препаратов и эффективностью профилактических стратегий^{25,26}. Безусловно, пока это предмет дальнейших исследований и обсуждений.

Принимая решение о возможности применения КОК пациентками с мигренозными болями, врачи должны убедиться, что у них нет очаговой неврологической симптоматики (консультация невролога обязательна), они не курят, абсолютно здоровы со стороны других органов и систем и моложе 35 лет. В этом случае предпочтение отдается КГК, которые содержат 20 мкг этинилэстрадиола и менее, контрацептивному кольцу (15 мкг ЭЭ) или препаратам с «натуральными» эстрогенами и укороченным безгормональным интервалом.

Особого внимания требуют мигренозные головные боли, впервые появившиеся во время приема препарата. Каждый случай должен быть тщательно оценен, решение о продолжении приема противозачаточных таблеток принимается в соответствии с медицинскими критериями приемлемости.

В соответствии с рекомендациями ACOG (Американской коллегии акушеров-гинекологов) и Международного общества головной боли, отмена препарата необходима, если у пациентки

впервые возникла аура и/или если головные боли продолжаются более 3 месяцев, частота и интенсивность их нарастает, особенно вне безгормонального интервала²⁷.

Подводим итоги:

1. Инсульт – чрезвычайное редкое осложнение приема КОК, отраженное в инструкциях по применению, оно действительно может произойти, но только у пациенток из группы высокого риска (мигрени, курение, лишний вес, повышенное артериальное давление, диабет).
2. Если у вас есть противопоказания к приему КОК или сочетание факторов риска, от гормональных контрацептивов лучше отказаться.
3. Не всякая головная боль – мигрень. Диагностику следует оставить врачам-неврологам. Если вы все-таки считаете, что ваши головные боли – мигрени, а консультация профильного специалиста недоступна, от применения гормональной контрацепции лучше отказаться
4. Если на фоне КОК у вас появились головные боли, это не значит, что скоро будет инсульт. Диагностику, повторюсь, следует оставить врачам-неврологам. Головные боли относятся к типичным побочным эффектам абсолютно любых лекарственных средств, включая плацебо. Если головные боли появились в период адаптации к препарату, следует перенести прием таблеток на вечерние часы (перед сном) и посоветоваться с лечащим врачом. Если на фоне приема КОК действительно начались мигрени, от продолжения приема препарата следует отказаться и перейти на негормональные методы контрацепции.

Депрессия и КОК

Изменение настроения у женщин, использующих гормональную контрацепцию – актуальная тема. Я давно работаю с вопросами планирования семьи и часто сталкиваюсь с этими жалобами. Забегая вперед, отвечу: имеющиеся данные противоречивы^{28,29,30}. За последние пятнадцать лет проведено четыре крупных исследования, в двух из которых не обнаружили никакой связи между применением контрацептивов и дисфорией^{31,32}, а еще в двух было подтверждено снижение депрессивной симптоматики³³, в том числе у пациенток с аффективными расстройствами³⁴.

С другой стороны, эксперты все чаще обращают внимание на предвзятость этих оценок. Большинство женщин просто прекращает прием КОК, если замечают, что жизнь на фоне приема утратила краски, поэтому опросы тех, кто принимает препарат постоянно, могут не отражать всей картины. Особенно активную позицию занимают исследователи из Дании, где давно ведутся национальные реестры и проведение крупномасштабных исследований не представляет большого труда.

В 2016 году опубликованы результаты проспективного исследования, в котором участвовало более миллиона женщин. По данным авторов, пользовательницы гормональной контрацепции чаще принимают антидепрессанты³⁵. Правда абсолютный риск остается очень низким: антидепрессанты принимали 2,2 % женщин, получающих КОК, и 1,7 % в контрольной группе, то есть разница была на 0,5 % – одну женщину из двухсот. Через год вышла гораздо более кричащая работа тех же авторов – исследование с участием пациенток в возрасте пятнадцати лет и старше, где изучался риск попыток суицида³⁶.

Почти полмиллиона женщин наблюдались в среднем 8,3 года. В исследование не включали тех, кто в прошлом принимал антидепрессанты, пациенток с психиатрическим диагнозом и тех, у кого были попытки суицида в прошлом. В этой группе произошло 71 самоубийство и 6999 первых попыток суицида. Относительный риск и первой попытки, и собственно суицида был повышен среди тех, кто

использовал гормональные контрацептивы в настоящий момент или недавно, по сравнению с теми, кто никогда их не применял; больше всего риск повышался у подростков и у тех, кто использовал гормональные пластиры. Связь между применением контрацептивов и первой попыткой самоубийства достигала пика после 2 месяцев использования и снижалась после года – снижение риска исследователи связывают с тем, что женщины просто бросали принимать препарат.

Авторы исследования считают, что предыдущие попытки найти связь между гормональной контрацепцией и депрессией провалились, потому что выборка не включала подростков, а группа в возрасте 15–25 лет наиболее уязвима. И гинекологи, и психиатры стали обсуждать, что в инструкции по применению можно внести дополнение, а на этапе консультирования предупреждать пациенток о возможном появлении суицидальных мыслей.

Тем не менее в научном сообществе есть сомнения насчет качества этих исследований. Гинекологи хорошо помнят предыдущие провальные работы того же автора Ойвинда Лидегаарда по риску тромбозов на фоне гормональной контрацепции. Вопросы качества диагностики венозного тромбоза оказались настолько спорными, что работа была подвергнута повторному анализу³⁷.

Психиатры, оценив масштаб проведенной работы, согласились, что данные впечатляют, но, к сожалению, не имеют никакого клинического значения. Нет надежных доказательств причинно-следственной связи между гормональной контрацепцией и суицидальным поведением³⁸. Начало контрацептивной истории может совпадать со стрессами из-за формирования новых сексуальных отношений, возможного психологического или физического насилия.

Такая пикировка может продолжаться бесконечно, поэтому вывод всегда один – нужны новые исследования. Больше, больше новых исследований. В реальной жизни врачу, и пациентке стоит обращать внимание на изменения настроения. Врачу – спрашивать, пациентке – активно рассказывать. Если жизнь действительно потеряла краски – нужно пройти скрининг на депрессию и принять меры. Сохранить при этом контрацепцию или отменить – решать надо индивидуально.

Либидо и оральная контрацепция... несовместимы?

Действительно ли гормональные таблетки снижают половое влечение, что говорит наука и где начинаются домыслы?

Снижение либидо на фоне применения КОК – известный неблагоприятный эффект, внесенный в инструкции по применению. Но не стоит воспринимать это буквально. Во-первых, либидо снижается не у всех. Во-вторых, причина снижения полового влечения далеко не всегда связана именно с приемом КОК. Эксперты до сих пор спорят, только ли контрацептивы виновны в снижении полового влечения пользовательниц КОК.

Противоречивые данные

Еще в 1987 году, когда в СССР не было секса, ВОЗ официально заявила, что за предыдущие 25 лет наблюдений не получено достаточно убедительных данных о негативном влиянии КОК на женскую сексуальность. В 2001 году в Германии опубликовали результаты огромного исследования с участием 10 тысяч женщин, принимающих оральные контрацептивы³⁹. Только у 1,7 % выявилось снижение либидо. Тем не менее исследования продолжились, и в 2012 году специалисты из Джорджтаунского университета (США) опубликовали большой обзор⁴⁰.

Оказалось, с сексуальностью все очень неоднозначно. Одни исследования демонстрировали повышение либидо, объясняя это тем, что женщины, принимающие оральные контрацептивы, чувствовали себя спокойнее и раскованнее, поскольку не опасались нежелательной беременности. Другие описывали сухость во влагалище у 30 % пациенток вплоть до развития атрофических изменений, что явно не добавляло гармонии сексуальным отношениям. Третьи радовались росту сексуальности, связанному с исчезновением акне: участницы исследования наконец-то чувствовали себя красавицами, что не могло не отразиться на их сексуальности. Четвертые с помощью УЗИ

доказывали, что на фоне КОК истончаются малые половые губы, преддверие влагалища и даже (о, ужас!) снижается индекс пульсации дорсальной артерии клитора! Какое уж тут либидо.

Особенно интересно получилось в исследованиях двойным слепым методом. В таких экспериментах часть пациенток принимает лекарство, а часть пустышку. Но ни пациентка, ни врач-исследователь не знают, кому досталось лекарство, а кто оказался в контрольной группе. Оказалось, каждая третья пациентка, принимавшая плацебо, жаловалась на снижение либидо.

В США провели оригинальное исследование «Выбор контрацептивов» – 1938 женщин в возрасте от 14 до 45 лет прошли телефонное собеседование после 6 месяцев использования разных методов контрацепции⁴¹. Выяснилось, что комбинированные и чисто прогестиновые оральные контрацептивы, трансдермальные комбинированные контрацептивы, гормональные ВМС не оказывают никакого влияния на сексуальность. Снижение либидо отмечали пользовательницы инъекционных контрацептивов, вагинальных колец и прогестиновых имплантатов.

Систематический обзор 36 исследований⁴², в которых участвовали 13 673 женщины (из них 8422 принимали КОК), показал, что лишь у 15 % были жалобы на снижение либидо, 5338 женщин не заметили никаких изменений, а у части желание даже усилилось!

Нужно понимать, что много дополнительных факторов могут влиять на женскую сексуальность. Очевидно, природа сексуальных дисфункций часто имеет психологическую составляющую.

Психологические «убийцы» либидо

Женщина – существо хрупкое. В настоящее время удалось выделить массу причин для переживаний и поводов для расстройства, оказывающих влияние на интимную жизнь:

- переживания и мысли по поводу своего тела;
- озабоченность по поводу репутации;
- страх нежелательной беременности;
- несоответствие ожидаемых элементов близости реальным;
- стиль партнера;

- инициирование близости.

Оказалось, опасения по поводу нежелательной беременности особенно негативно влияют на сексуальное возбуждение у женщин в случаях, когда партнер не придает значения ее беспокойству.

На что реально влияют КОК

Исследователи уже около 50 лет пытаются раскрыть секрет женской сексуальности, изучая сотни гормонов и биологически активных веществ, вырабатывающихся в нашем организме. Однако «потрогать руками» то, что конкретно отвечает за либидо, не получается.

Пытаясь рассуждать логически, врачи связывают потерю сексуального интереса у пользовательниц КОК со снижением андрогенного влияния. С одной стороны, снижается продукция тестостерона в яичниках за счет подавления командного центра (гипоталамо-гипофизарной системы), с другой стороны, этинилэстрадиол (эстрогеный компонент подавляющего большинства КОК) повышает синтез ГСПГ (глобулина, связывающего половые гормоны) в печени. ГСПГ захватывает «мужские гормоны», переводя их в неактивное состояние.

Все КОК отличаются друг от друга по некоторым параметрам, важнейший – особенности гестагенного компонента. Есть гестагены с антиандрогенным действием (хороши у пациенток с акне, гирсутизмом, себореей), но есть и гестагены с остаточным андрогенным действием (на фоне применения таких комбинаций акне и усики вполне могут появиться). У таких препаратов тоже проверили возможное влияние на либидо – вдруг зашкалит? Увы, никакой существенной разницы в сравнении с плацебо не получили⁴³. Прямое влияние на либидо КОК с дроспиреноном (антиандроген) и гестоденом (остаточная андрогенная активность) не показало никакой разницы⁴⁴. Попытки решить эту проблему просто добавлением «мужских гормонов» провалились еще в 1980 году⁴⁵, но исследования все равно периодически повторяют.

Оказалось, абсолютно все современные КОК повышают синтез ГСПГ в печени, но делают это неодинаково, разные дозы и комбинации – по-разному. Если пациентка, принимающая КОК, отмечает снижение полового влечения, врач вполне может подобрать препарат с меньшим влиянием на ГСПГ в надежде на улучшение ее сексуальной жизни.

Умеренный оптимизм специалисты связывают с биоидентичными эстрогенами (эстрадиола валерат) в составе КОК. Эстрадиола валерат оказывает меньшее воздействие на уровень ГСПГ по сравнению с этинилэстрадиолом (1:500), а диеногест преимущественно связывается с альбуминами и не влияет на ГСПГ. В 2011 году исследование влияния на женскую сексуальность провели итальянцы и получили обнадеживающие результаты. С помощью анкет оценивали возбуждение, интерес, количество смазки, оргастичность, удовлетворенность и отметили значимое улучшение качества сексуальной жизни у большинства⁴⁶.

В 2000 году появился специальный термин «гипоактивное расстройство сексуального влечения» (Hypoactive sexual desire disorder, HSDD). Это расстройство полового влечения с постоянным снижением (или отсутствием) сексуальных фантазий и желания, сексуальной активности. Однако HSDD считают проблемой только в том случае, если это отравляет жизнь. Можно жить с полным набором симптомов HSDD и не париться.

Распространенность HSDD среди женщин составляет около 10 %⁴⁷:

- от 18 до 44 лет – 8,9 %;
- от 45 до 64 лет – 12,3 %;
- в 65 лет и старше – 7,4 %.

С возрастом сексуальное влечение снижается, но одновременно снижается напряженность в этом вопросе, поэтому эксперты считают распространенность HSDD относительно постоянной величиной.

Причин для снижения сексуальности много. Они переплетаются, усиливают друг друга, работают синергично и разрушительно. Женщины становятся старше, меняется стиль жизни, появляются новые заботы, отражение в зеркале может не нравиться, меняется самооценка, меняется стрессоустойчивость, меняются отношения с

партнером. Конечно, и собственные гормоны, и введенные извне вносят какую-то лепту.

Что поправить в консерватории?

Доказательная медицина иногда настолько доказательная, что позволю себе немного отсебятины. На мой взгляд как практикующего врача (не исследователя), все попытки оценки либидо у пользовательниц КОК ограничены перекошенной выборкой. Кого мы исследуем? У кого измеряем либидо с помощью анкет, анализов и УЗИ? В большинстве случаев все пользовательницы КОК имеют стабильные, часто длительные моногамные отношения.

Насколько корректно сравнивать напряженность либидо у женщины «в свободном поиске», у женщины в «букетно-конфетном» периоде и у женщины, которая живет с мужчиной под одной крышей пару-тройку лет? Субъективно пациентка через несколько лет брака может отмечать снижение либидо, сравнивая свои ощущения с добрачными. Разве это удивительно? Возможно, именно те недели или месяцы, когда влюбленные не могли оторваться друг от друга и насытиться, на самом деле не были условной «нормой», а как раз наоборот. Антрополог Хелен Фишер, автор нескольких книг о «химии романтической любви», пишет о том, что в период влюбленности люди слегка теряют человеческий облик и превращаются в фабрики по производству дофамина, норадреналина и серотонина, которые заставляют нас вести себя как парочка сумчатых куниц в сезон спаривания. То, что в таком бешеном ритме невозможно прожить десятки лет, совершенно очевидно.

Либидо «умирает» в ту ночь, когда мы ложимся в постель с мужчиной просто спать. Безусловно, оно может воскреснуть при различных обстоятельствах, тем не менее ощущение восторга неизменно меркнет перед воспоминаниями юности.

Если женщина крутится как белка в колесе, разрываясь между семьей и работой, или по уши увязла в домашнем хозяйстве и воспитании детей, насколько легко ей оставаться страстью любовницей после того, как она перемоет посуду и уложит спать малышей?

Присела с чашечкой кофе на уголок стола, на секундочку заглянула в соцсеть, а там тебе р-раз: «Гормональная контрацепция – убийца либидо!» Точно! А я уже год противозачаточные пью. Вон оно че, Михалыч! Поэтому, значит. Не потому, что мы женаты несколько лет и у нас двое детей. Не потому, что я перемыла все окна и прогенералила квартиру. Не потому, что на работе опять форс-мажор. Не потому, что дочь мечтает о подарке, который мы пока не можем себе позволить. А я-то сижу и мучительно выдумываю, как же извернуться и все-таки порадовать любимого. Все дело, естественно, в проклятых пилюльках.

В психиатрии существует понятие «индуцированный психоз». Если один сумасшедший будет активно бредить, часть изначально здоровых людей может оказаться вовлечеными в бредовые идеи, и тогда психоз становится уже массовым. Стенания по либидо на просторах Рунета напоминают мне классический индуцированный психоз. Когда на приеме 20-летние пациентки, принимающие первую упаковку КОК в своей жизни, скорбно жалуются мне, что «либидо совсем на нуле», я грустно улыбаюсь. А что делать, в жизни бывает всякое.

«Медицинские работники должны надлежащим образом предупреждать своих пациенток о негативном влиянии, которое могут оказывать гормональные контрацептивы на женскую сексуальность», – официальная позиция научного сообщества. Однако перед тем, как бросить принимать таблетки, стоит подумать что можно изменить в ритме вашей повседневности, чтобы сберечь любовь, нежность, заботу и здоровье.

КОК и онкориски

Гормональные контрацептивы в нашей стране овеяны легендами. Один из мощнейших иррациональных страхов соотечественниц – канцерофобия: «Гормоны принимать нельзя, из-за гормонов бывает рак». И в качестве примера – ссылка на случай дочери сестры соседки, которая принимала противозачаточные таблетки и умерла от рака. Чем абсурднее обвинения, тем сложнее им противостоять, но нам придется сделать это скучным языков фактов и цифр, ссылок и статей.

Несмотря на всеобщие страхи и некоторые противоречия в данных исследований, женщины, принимающие КОК, оказываются даже защищены от злокачественных опухолей.

По результатам крупного исследования⁴⁸, охватившего более 1 млн женщино-лет (почти 50 тысяч женщин, наблюдавшихся на протяжении 44 лет), риск любых злокачественных новообразований уменьшается на 12 % при использовании комбинированных гормональных контрацептивов. При этом суммарный риск гинекологических опухолей ниже почти на треть – целых 29 %. Доказано и уже не вызывает сомнений: риски колоректального рака, рака эндометрия и яичников ниже у пользовательниц КОК⁴⁹.

У женщин, использовавших КОК^{50,51}, риск рака эндометрия ниже по сравнению с теми, кто никогда не применял гормональную контрацепцию. Риски уменьшаются как минимум на 30 %. Выраженный благоприятный эффект отметили у курильщиц, женщин с ожирением или ведущих малоподвижный образ жизни. Даже после прекращения приема КОК защитный эффект сохраняется на долгие годы. Добавлю, что и чисто прогестиновые контрацептивы (инъекции, имплантаты, внутриматочные системы) благотворно влияют на заболеваемость раком эндометрия^{52,53,54,55,56}.

Риски рака яичников снижаются на 30–50 % у женщин, которые когда-либо применяли КОК, причем защитный эффект сохраняется до 30 лет после прекращения приема гормональных контрацептивов^{57,58,59}. Здесь, как и в случае с раком эндометрия, риски становятся тем ниже, чем длительнее использование КОК⁴⁹. Также применение гормональной контрацепции на 15–20 % снижает риск развития колоректального рака^{60,61,62,63} и уменьшает риск рака маточных труб^{64,65}.

Самые серьезные споры связаны с вопросом: могут ли КОК повышать риск развития рака молочной железы. Рак молочной железы – наиболее распространенный злокачественный процесс среди женщин. Риск развития этого заболевания зависит от возраста: в 15–34 лет – менее 10 случаев на 100 000, в 55–59 лет – более 250 случаев на 100 000.

Данные исследований неоднозначны, но стоит посмотреть на результаты, чтобы понять, насколько серьезно врачебное сообщество

относится к этой проблеме.

Группа ученых проанализировала результаты 54 исследований, в которых участвовали 150 000 женщин⁶⁶. Оказалось, что женщины, которые когда-либо использовали оральные контрацептивы, имели небольшое (7 %) увеличение относительного риска. Но те женщины, которые принимают КОК прямо сейчас, рискуют больше – относительный риск возрастает до 24 %. Авторы отметили, что вероятность развития рака снижается после отмены контрацепции и через 10 лет становится среднепопуляционной.

В 2010 году стали известны результаты исследования, которое продолжалось 20 лет. Группа участниц состояла из 116 000 женщин, на момент начала наблюдения в 1989 году им было от 24 до 43 лет. У пользовательниц КОК обнаружили небольшое увеличение риска рака молочной железы (5,6 %). Однако риск был выше только на фоне приема трехфазного препарата⁶⁷.

Три других проспективных исследования показали: риск рака молочной железы не становится выше ни при длительном использовании комбинированных контрацептивов, ни при их текущем применении^{68,69,70}.

В 2002 году опубликовали результаты еще одного крупного исследования, в которое включили 4574 женщины с раком молочной железы и подобрали похожую контрольную группу из 4682 женщин⁷¹. Все участницы находились в возрасте от 35 до 64 лет, и более 75 % из них использовали КОК. Среди принимавших и не принимавших КОК риск развития рака молочной железы оказался одинаковым.

Очередная сенсация прогремела в 2017 году⁷²: известные датские ученые заявили о повышении рисков рака молочной железы у женщин, которые используют современные комбинированные контрацептивы, в среднем на 20 %. Медицинское сообщество отреагировало скептически из-за известных в научных кругах серьезных недостатках в методике проведения этих исследований. Если все же принять на веру полученные результаты, то при пересчете на «реальные» жизни и живых женщин количество случаев увеличивается на один в год.

Таким образом, достоверной связи между приемом КОК и развитием рака молочной железы обнаружить не удалось. Несмотря на то что в некоторых исследованиях отмечалось небольшое увеличение заболеваемости, этот эффект постепенно уменьшался после

прекращения приема. Исследования, однозначно свидетельствующие о повышении риска, при ближайшем рассмотрении становятся не такими страшными, потому что применялись устаревшие высокодозные препараты или комбинации, не использующиеся в настоящее время. Стоит ли волноваться тем, кто принимал КОК в прошлом? Большинство исследований говорит о том, что кара никого не настигнет и риск не увеличивается.

Даже наличие мутаций в генах BRCA 1 или 2 не является, по мнению ВОЗ, противопоказанием для использования КОК. Опубликованное еще в 2013 году исследование доказало⁷³, что риск рака молочной железы не становится выше у носительниц мутаций, применяющих гормональные контрацептивы. Напротив, доказанное снижение риска рака яичников у женщин с мутациями генов BRCA1 или BRCA2 при приеме КОК, дает возможность изучить профилактическое применение контрацептивов женщинам с наследственной предрасположенностью к раку груди или яичников^{74,75}.

Что касается рака шейки матки, ученые пока не могут с уверенностью ответить на вопрос о существовании причинно-следственной связи между заболеванием и использованием комбинированных гормональных контрацептивов, ведь основная и доказанная причина рака – длительная персистенция ВПЧ высокого канцерогенного риска. По данным ряда исследований, чем продолжительнее гормональная контрацепция, тем выше риски. При пятилетнем приеме риск возрастает на 10 %, за 5–9 лет – на 60 %, за 10 лет – удваивается⁷⁶. В группе риска РШМ в основном инфицированные вирусом папилломы человека пользовательницы КОК^{77,78}. Хорошая новость – после прекращения использования КОК риск постепенно снижается до прежнего уровня. Да и абсолютные значения выглядят не так устрашающие: по оценкам авторов исследования, 10 лет использования в возрасте от 20 до 30 лет увеличит совокупную заболеваемость РШМ с 7,3 до 8,3 на 1000 женщин (в менее развитых странах) и с 3,8 до 4,5 на 1000 женщин (в более развитых странах)⁷⁹.

В целом повышенные риски рака, связанные с использованием КОК в прошлом, уравновешиваются снижением риска колоректального, эндометриального и яичникового рака, которое

сохраняется по крайней мере 30 лет. Важно понимать – снижение риска и повышение риска никак не отражается на судьбе конкретной женщины. Это не более чем статистические вероятности, рассчитанные на основании проведенных исследований. К тому же разработанные программы скрининга рака шейки матки и молочной железы позволяют выявить изменения на ранних стадиях и предпринять все необходимые меры. Конечно, при условии, что скрининговые мероприятия – это не блажь и прихоть, а рутинные процедуры для каждой взрослой женщины.

Беременность после длительного приема КОК

Если долго принимать таблетки, «яичники уснут», «матка усохнет», и не забеременеешь. Откуда берутся эти дремучие представления и что говорит наука?

- Я пью противозачаточные таблетки уже год. Мне пора сделать перерыв?
- Вы планируете беременность?
- Нет, еще год-полтора точно не планирую.
- Тогда зачем вам делать перерыв?
- Так ведь говорят, что долго пить нельзя! Потом не забеременеешь или придется долго лечиться.

Я много лет не могла понять, откуда берутся эти рекомендации. Ни в одном руководстве по контрацепции, ни в одном учебном пособии, ни в одной научной статье никогда не встречала данных о необходимости делать «перерыв-отдых» после сколько-нибудь длительного применения гормональных контрацептивов.

Гормональная контрацепция изначально задумывалась в качестве обратимого метода. Способность к зачатию восстанавливается быстро. Тем не менее страх, что «уснут и не проснутся» яичники, довольно распространен.

Перерыв?

01.10.2011, Маринэ, 30

Вот. Когда убеждаешься, что сколько врачей, столько и мнений.

Я по состоянию здоровья очень опасаюсь рожать и беременеть, пью КОК и совершенно не желаю делать перерыв. Они меня полностью устраивают, как и мое состояние. Но один врач говорит, что принимай сколько хочешь хоть 10 лет. Другой советует сделать перерыв в 2–3 месяца. С одной стороны, я не планирую ребенка в ближайшие 2–3 года – это точно. С другой стороны – вдруг

я поправлю здоровье, чтобы выносить и родить, а все будет подавлено контрацептивами?

12.03.2011, tweety

Вот что мне сказала моя гинеколог по этому поводу: ОК, можно пить в течение срока, который примерно соответствует сроку беременности (естественной отмены овуляции), т. е. приблизительно 9–12 месяцев, далее сделать перерыв – он индивидуален, от 3 мес. до бесконечности, но перерыв делать нужно, чтобы не подавить функцию яичников. Из личного опыта: я пила 5,5 года Три-мерси БЕЗ ПЕРЕРЫВОВ. После отмены месячные пришли и даже вовремя, цикл остался неизменным, без нарушений (с циклом никогда и раньше не было проблем, надо заметить справедливости ради). Беременеть не планировала, поэтому не могу сказать, влияет ли это на зачатие, но по результатам неоднократных УЗИ, проведенным спустя 7 мес. после отмены Три-мерси, выявили овуляцию сразу двух яичников (предрасположенность к рождению двойняшек), так что очевидно, что овуляция тоже не нарушилась. Мне 26, детей нет и пока не планируется.

23.08.2011, Мария

Ну, хочу сказать, что вам очень повезло! Мой же гинеколог настоятельно рекомендует мне сделать перерыв 6 месяцев (принимаю Линдинет-20 на протяжении 7 месяцев), в чем я очень ей благодарна и тем самым убеждаюсь в ее грамотности. Из моей личной практики известны довольно частые случаи, что после приема 2–3 лет без перерыва женщина не может забеременеть или вынуждена длительно лечиться. Лучше провести в дискомфорте 2–6 месяцев, чем лишиться счастья материнства (23 года).

Полагаю, мы сталкиваемся с определенной разновидностью гинекологического фольклора. Рекомендация «делать перерыв» в приеме КОК передается из уст в уста от старшего поколения гинекологов младшему. Возможно, это неписаное правило берет начало еще с методических писем Минздрава СССР, выпускавшихся

стотысячными тиражами в 1981 и 1985 годах. В те далекие времена считалось, что число противопоказаний к гормональной контрацепции огромно, а побочные эффекты столь губительны, что назначение КОК советским врачом ставит под сомнение его профессиональную компетентность⁸⁰.

«В нашей стране далеко не редкость, когда врач совершенно искренне считает, что в приеме КОК нужны перерывы», – М.Б. Хамошина, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов.

Прошло больше тридцати лет. Юные студенты и молодые врачи тех противоречивых времен вступили в пору весомой профессиональной зрелости и клинического авторитета. Впечатление юности – самые яркие. Вполне возможно, многие, сохранив крайне осторожное отношение к гормональным контрацептивам, игнорируют данные современных исследований и рекомендации ВОЗ по контрацепции.

Насколько оправдана такая осторожность

В копилке каждого акушера-гинеколога найдется целый пучок таких историй. Этот случай был представлен доктором медицинских наук, профессором М.Б. Хамошиной.

В женскую консультацию на профилактический прием обратилась молодая женщина, принимавшая низкодозированный КОК в течение 8 месяцев. Препарат переносила хорошо, выбранным методом контрацепции была довольна.

Пациентке выполнили УЗИ, по результатам которого врач высшей категории пришел к заключению: «У вас крошечная матка и никогда не будет детей. Вы с ума сошли? Немедленно отменяйте гормональный препарат, будем растить вам матку!» Конечно, женщина немедленно прекратила принимать «опасные» таблетки и по назначению врача принялась «растить матку» с помощью гормонального препарата, не обладавшего противозачаточным эффектом. Ровно через два месяца матка выросла до шести недель беременности, а пациентка отправилась на аборт. Безусловно, у этой женщины, спокойно и счастливо принимавшей КОК, все было в порядке. До визита к врачу.

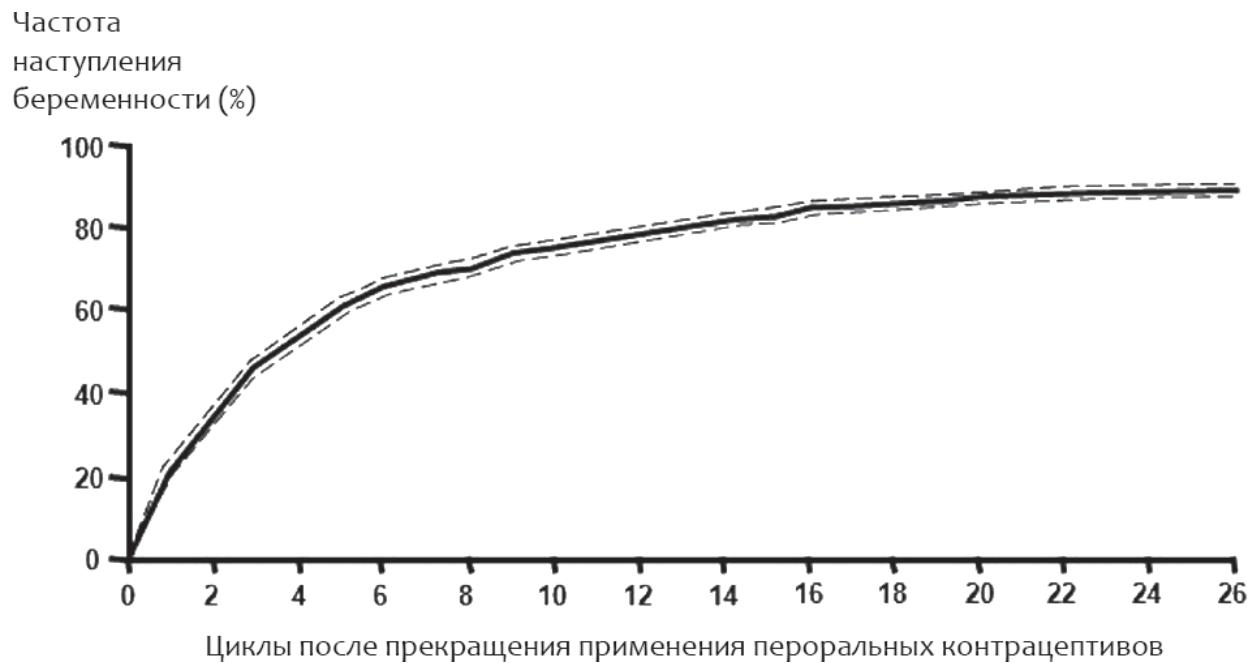
Уменьшение размеров яичников и матки на фоне продолжительного приема КОК – хорошо известный феномен. В 2011–2014 годах группа датских ученых под руководством Petersen⁸¹ убедительно доказала, что у женщин, использующих оральную контрацепцию, объем яичников уменьшается в два раза, а уровень АМГ (антиミュллеров гормон – коррелирует с количеством «годных» фолликулов в яичниках) снижается на 19 %. Однако авторы подчеркивают, что данный эффект полностью обратим.

Беспокойство у пациентки может вызывать отсутствие самостоятельных менструаций после прекращения приема КОК. Это как раз тот самый случай, когда стоит немного подождать и дать организму «проснуться», но не бежать за лечением, попутно собирая «экспертное» мнение окружающих о том, что теперь уж точно всё пропало и КОК загубили вашу жизнь. Самостоятельные менструации восстанавливаются в течение одного-двух циклов.

У большинства женщин способность к зачатию возвращается сразу после прекращения приема КОК. На заре моей врачебной деятельности при некоторых формах бесплодия (при нарушениях овуляции) успешно использовался «ребаунд», или эффект отмены: пациентке рекомендовали шесть месяцев принимать оральные контрацептивы, чтобы повысить вероятность овуляторных циклов и наступление беременности. У этого метода есть один существенный недостаток, серьезно ограничивающий его применение сегодня: уходит очень много времени по сравнению со вспомогательными репродуктивными технологиями и ЭКО.

Вопросы восстановления фертильности тщательно изучались в различных исследованиях. Никаких задержек с наступлением беременности не наблюдается. Каждая пятая женщина беременеет уже в первом цикле после отмены препарата.

Рисунок 1. Данные представлены в виде точечной оценки (сплошная линия) с верхним и нижним 95 %-ным ДИ (пунктирная линия) и относятся к женщинам, которые точно отменили прием КОК в связи с планированием беременности (n = 2064).



Женщина может забеременеть сразу после прекращения приема КОК (рис. 1)⁸²:

- 21,1 % женщин беременеют после 1 цикла;
- 45,7 % женщин беременеют после 3 циклов;
- 79,4 % женщин беременеют после 12 циклов.

У женщин, использовавших барьерную контрацепцию или естественные методы планирования семьи, получены точно такие же по частоте наступления беременности данные. Распространенность бесплодия в браке у женщин, принимавших КОК, равна среднепопуляционной.

Более того, современная наука считает проблемой то, что после прекращения приема КОК женщины беременеют слишком быстро, не успевая накопить в организме достаточно фолатов для профилактики пороков развития плода и дефектов нервной трубы. Фолаты накапливаются в организме медленно, поэтому начинать прием стоит за 2–3 месяца до зачатия. Применяя оральные контрацептивы с одной из форм фолиевой кислоты, женщины накапливают достаточное количество фолиевой кислоты, защищая своего будущего ребенка.

Как долго можно принимать КОК

Основной претензией, предъявляемой к исследованиям по сохранению фертильности, является небольшая продолжительность приема участницами оральных контрацептивов. В разных исследованиях это организовано по-разному. Обычно этот период составляет 1–2–4 года. Длительным считается прием КОК более 4 лет.

Организовать необходимое исследование очень сложно. Нечасто встретишь женщину, живущую регулярной половой жизнью и нуждающуюся в постоянной контрацепции в течение 10 лет. Жизнь то разлучает нас с любимыми, то разводит с мужьями, то меняются репродуктивные планы в пользу деторождения. Сконцентрировать хотя бы несколько сотен таких пациенток под присмотром врачей-исследователей практически невозможно.

Именно поэтому современная медицина на вопрос: «Как долго можно принимать КОК?» – дает уклончивый ответ: «Столько, сколько женщина нуждается в этом виде контрацепции».

«А вот у моей подруги...»

В Интернете можно легко найти сотни и тысячи комментариев о том, как кто-то по глупости принимал КОК, а потом не смог забеременеть, долго лечился, яичники уснули, менструации исчезли. Вступать в дискуссию в таких случаях совершенно бессмысленно. КОК, обеспечивая регулярные менструальноподобные реакции, вполне способны замаскировать серьезные проблемы репродуктивной системы.

Причин для преждевременного истощения яичников может быть масса: наследственность, снижение веса, стрессы, эндокринные и аутоиммунные заболевания, вирусные инфекции, операции на органах малого таза, воспалительные процессы. Именно поэтому перед подбором препарата так важна подробная беседа с доктором, уточнение ситуации и постановка правильного диагноза до начала применения КОК.

Если бы перерывы на цикл-другой грозили женщинам только непланируемой беременностью, можно было бы даже не начинать это обсуждение. Казалось бы, ну что плохого – пару месяцев в году пожить без таблеток. К сожалению, возобновление приема КОК после

перерыва, длящегося более четырех недель, ассоциируется с повышением риска венозной тромбоэмболии.

Контрацепция у полных женщин: проблемы применения КОК. Почему лишние килограммы и противозачаточные таблетки часто несовместимы

Женщины, страдающие ожирением, нередко избегают обращения к врачу из-за нежелания выслушивать очередные рекомендации срочно снизить вес. Однако спрятаться от проблемы все равно не получится. Очень важно тщательно подобрать метод контрацепции и не менее тщательно подготовиться к рождению желанного ребенка. Для толстушек это принципиальный вопрос.

Подбирая пациентке оптимальный метод контрацепции, врачи в первую очередь стараются оценить его эффективность и безопасность для конкретной женщины. Пациенткам с ожирением комбинированные оральные контрацептивы (КОК) зачастую не могут обеспечить ни того, ни другого.

Недостаточная эффективность

При применении низкодозированных КОК женщинам с избыточной массой тела/ожирением требуется на 3–5 дней больше для достижения достаточной концентрации гормонов в крови, чем женщинам с нормальным индексом массы тела (ИМТ)⁸³.

Это значит, что защиты «с первой таблетки» не будет. Потребуется не менее семи дней от начала приема препарата на формирование достаточной контрацептивной эффективности. Исследователи предполагают, что у женщин с избыточным весом обменные процессы идут таким образом, что сывороточные уровни эстроген-гестагенных препаратов недостаточны для поддержания надежного эффекта контрацепции, поэтому погрешности в приеме препарата чаще приводят к контрацептивным неудачам.

В инструкцию по применению трансдермального контрацептивного пластиря внесена пометка о недостаточной

эффективности средства у женщин с весом более 90 кг вне зависимости от ИМТ.

Конечно, возникает искушение повысить дозу гормонов для достижения уверенного противозачаточного эффекта. Это могло бы сработать, если бы с повышением гормональной нагрузки не увеличивались побочные эффекты и риски серьезных осложнений.

Недостаточная безопасность

В соответствии с медицинскими критериями приемлемости методов контрацепции ВОЗ (2015), ожирение с ИМТ более $30 \text{ кг}/\text{м}^2$ относится ко 2-му классу – применение разрешено, если ожидаемая польза выше, чем предполагаемый риск.

Дело в том, что ожирение само по себе вдвое повышает риск венозных тромбоэмболий, особенно у женщин моложе 40 лет⁸⁴. Риск тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии у женщин с ИМТ более $25 \text{ кг}/\text{м}^2$, принимающих КОК, в 9,8 раза выше по сравнению с пациентками с ИМТ в пределах нормативных значений.

Следует отметить, что в Великобритании применение КОК не рекомендуют пациенткам с ИМТ от $35 \text{ кг}/\text{м}^2$ и выше (3-й класс приемлемости – риск выше, чем ожидаемая польза)⁸⁵. Безопасность применения комбинированных контрацептивов при ИМТ $\geq 40 \text{ кг}/\text{м}^2$ неизвестна.

Чем выше доза гормонов, тем выше риск тромботических событий. Кроме того, риск тромбозов коррелирует с возрастом и весом: чем больше и тот, и другой показатель, тем опаснее.

У пациенток с ИМТ более $30 \text{ кг}/\text{м}^2$ нежелательно применение КОК, содержащих 35 и более мкг этинилэстрадиола, даже при понимании того, что препараты, содержащие 20–30 мкг, могут быть недостаточно эффективными.

Проблема повышенного давления

Ожирение чаще приводит женщин к артериальной гипертонии. Как показано в исследовании INTERSALT, на каждые 4,5 кг прибавки веса систолическое артериальное давление (АД) увеличивается на 4,5 мм рт. ст⁸⁶. Дальнейшее увеличение веса на 1 кг повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний на 3,1 % и диабета на 4,5–9 %⁸⁷. Все эти факторы и дополнительные риски (например, курение, головные боли) должны быть учтены врачом при подборе метода контрацепции.

Измерение артериального давления – обязательная процедура при назначении гормональных контрацептивов!

Если у женщины нет явных противопоказаний к использованию КОК, но в анамнезе присутствует несколько вышеперечисленных состояний, требующих осторожности, следует подобрать более безопасный метод контрацепции.

Бariatрическая хирургия и КОК

Если женщина зашла в своей борьбе с лишним весом достаточно далеко и готова на бariatрическую операцию, применение КОК следует прекратить по крайней мере за один месяц до операции, чтобы снизить риск послеоперационных тромботических осложнений.

Потеря веса после операции может восстановить fertильность у женщин, которые не могли забеременеть из-за нарушений цикла, связанных с ожирением. Однако если беременность нежелательна, стоит помнить о возможном послеоперационном нарушении всасывания и выбирать негормональные контрацептивы или по крайней мере не пероральные их формы (кольца, пластиры, имплантаты, ВМС).

Контрацепция у полных женщин: альтернативные методы

Учитывая достаточно серьезные проблемы с беременностью и родами у тучных женщин, им принципиально важно избегать незапланированного зачатия и тщательно готовиться к желанной беременности.

У женщин с лишним весом существуют проблемы применения эстрогенов, и подобрать эффективный и безопасный метод бывает непросто. Однако есть варианты.

Внутриматочные контрацептивы

При отсутствии противопоказаний для внутриматочных средств именно спирали можно считать лучшим средством контрацепции для полных женщин. Эффективность внутриматочной контрацепции не зависит от веса, а у гормонвыделяющей ВМС есть еще и серьезное неконтрацептивное преимущество – уменьшение объема менструальной кровопотери, профилактика развития гиперплазии и рака эндометрия.

Это серьезный бонус, потому что у женщин с ИМТ ≥ 30 кг/м² частота выявления атипической гиперплазии эндометрия или рака эндометрия в 4 раза выше по сравнению с женщинами с нормальной массой тела⁸⁸.

Выбирая между металсодержащей и гормонвыделяющей спиралью, доктор обязательно оценивает обильность менструальных кровотечений. Избыточная масса тела относится к факторам риска, а негормональные внутриматочные контрацептивы могут сделать месячные еще более обильными⁸⁹.

Контрацепция без эстрогенов

Для гормональных контрацептивов без эстрогенного компонента ожирение не считается ни противопоказанием, ни состоянием, требующим осторожности (1-й класс приемлемости). В нашей стране применяются чисто прогестиновые таблетки и контрацептивные имплантаты.

Прогестиновые таблетки чаще рекомендуют кормящим матерям, потому что у менструирующих женщин они могут давать ациклические кровянистые выделения.

Зато контрацептивный имплантат вполне себе неплохой вариант: высокая контрацептивная эффективность и достаточная безопасность,

отсутствие пользовательских погрешностей. Единственное дополнительное условие для полных женщин – замену имплантата следует провести раньше. Обычно подкожную капсулу устанавливают на 3 года, но при лишнем весе следует заменить устройство уже через 2–2,5 года.

* * *

Комбинированные гормональные контрацептивы – замечательный способ планирования семьи. Однако возможность их применения должен оценить врач-специалист, взвесив ожидаемую пользу и предполагаемые риски. Ни анализы на гормоны, ни ежедневная коагулограмма не смогут предотвратить или предсказать неблагоприятные эффекты. Консультация со специалистом совершенно необходима. Недаром эти препараты должны продаваться исключительно по рецепту.

Глава 4. LARC – контрацепция для ленивых

Когда я была молодой и красивой, меня чрезвычайно заботил вопрос: «Как бы так предохраняться от беременности, чтобы и надежно, и безопасно, и непыльно». Увы, в мире слишком мало гармонии. Идеальный контрацептив до сих пор не изобретен. Либо ненадежно, либо сложно, либо чревато. Тут всё как в жизни: мужиков много, выбрать некого. Так и с контрацепцией – выбор велик, только ничего не мило.

Презервативы – штука замечательная, однако они имеют несколько серьезных недостатков. Во-первых, заканчиваются. Во-вторых, нарушают романтическое течение прелюдии (по крайней мере, мне раньше так казалось). Всяческие шеечные колпачки и диафрагмы были мной отвергнуты сразу, ввиду невысокой эффективности и страшной замороченности.

Спермициды – химические вещества, безжалостно убивающие сперматозоиды, – приходится вводить во влагалище перед сексуальным контактом и дальше: «Подожди, дорогой, еще таблетка не запенилась». Даже непеняющийся Фарматекс вызывал у меня слабый энтузиазм.

Обратимые контрацептивы пролонгированного действия

Противозачаточные таблетки – венец человеческой мысли – надо принимать каждый день. Буду откровенна, в юности я продержалась только три месяца. Ежедневный прием оказался совершенно непосилен для меня.

Много лет спустя в каком-то западном руководстве по контрацепции я нашла отдельное противопоказание: «Прием КОК не рекомендован женщинам, которые не в состоянии принимать препарат регулярно». Возможно, авторы имели в виду какие-то когнитивные отклонения, но я улыбнулась: «Ёлки, это же обо мне!»

Внутриматочные спирали требовали обязательного визита к гинекологу. Кроме того, в те стародавние времена их ставили только и исключительно рожавшим женщинам. В принципе, это совершенно справедливый подход. ВМС у молодых женщин чреваты развитием воспалительных заболеваний органов малого таза с дальнейшей перспективой бесплодия. Юность ветрена, партнеры меняются, инфекции остаются.

Я даже серьезно присматривалась к варианту с контрацептивными инъекциями. Это чисто прогестиновый препарат, который вводился внутримышечно каждые три месяца. Отличается великолепной контрацептивной надежностью, но имеет целый ряд «но» – от весьма ощутимой прибавки в весе до нарушений менструального цикла в широком диапазоне.

На сегодняшнем контрацептивном рынке для ленивых просто рай. В англоязычной литературе обратимые контрацептивы пролонгированного действия называются Long-Acting Reversible Contraception (LARC).

Первым LARC – «ленивым» препаратом – оказались комбинированные гормональные контрацептивы в виде пластырей. TTC (трансдермальная терапевтическая система) выделяет норэлгестромин и этинилэстрадиол ежедневно в одной и той же дозе. Как и любой другой гормональный контрацептив, применение системы начинают в 1-й день менструации. Пластырь наклеивают на

кожу живота, или ягодиц, или куда понравилось. Главное, чтобы в этом месте было меньше волос и не прилегала плотная одежда. Пластырь носим ровно 7 дней, на восьмой день выбрасываем и клеим очередной на новое место. Все просто: три недели с пластырем, неделя без него.

Следующей замечательной придумкой стали влагалищные кольца. Не стоит путать их со старыми шеечными колпачками и диафрагмами. Это полноценная гормональная контрацепция. Каждый день кольцо выбрасывает во влагалище этинилэстрадиол и этоногестрол (производное 19-нортестостерона). Кольцо вводят во влагалище в 1-й день menstrualных. Все просто: 21 день с кольцом, 7 дней без кольца, 21 день с кольцом, 7 дней без кольца. Естественно, новый цикл – новое кольцо.

Если ежемесячный культпоход в аптеку за новым кольцом или пластырями видится вам тяжким бременем, стоит серьезно присмотреться к самым-самым LARC-методам – внутриматочным контрацептивам (в том числе гормонвыделяющим) или контрацептивным имплантатам¹.

Контрацептивный имплантат представляет собой гибкий стержень размером со спичку, который вводят под кожу в области плеча. Он содержит точно такой же гестаген, как и кольцо – этоногестрол в количестве 68 мг. Эстрогеный компонент не предусмотрен, но это можно рассматривать и как преимущество, и как недостаток – тут уж каждому свое.

В системный кровоток ежедневно поступает 60–70 мкг этоногестрола (скорость высвобождения снижается до 25–30 мкг/сут. через 3 года). Этого количества достаточно для стабильного подавления овуляции в 99 % циклов. Если имплантат введен в первые дни менструации, контрацептивный эффект наступает сразу и продолжается три года.

Важно понимать, что носить его все три года судом никто не присудил, удалить можно в любой момент по желанию женщины. Если три года пролетели, а контрацепция все еще нужна, удаление старого и введение нового имплантата можно провести в один день.

Кому бы я порекомендовала присмотреться к контрацептивным имплантатам? Курящим женщинам старше 30 лет, пациенткам с ИМТ приближающимся к 30 и выше, пациенткам, которые хотят, но по каким-то причинам не могут использовать ВМС.

Явные преимущества LARC:

- минимальные шансы ошибиться;
- применение не зависит от полового акта, мотивации женщин и соблюдения режима приема;
- это нравится женщинам – от применения LARC-методов отказываются значительно реже, чем бросают пить таблетки или использовать презервативы, возвращаясь к старому добруму (зачеркнуто) прерванному половому акту^{2,3};
- эти методы высокоэффективны (намного эффективнее ППА, презервативов, спермицидов), нет необходимости частого посещения аптеки для пополнения запасов;
- действие обратимо, после удаления быстро восстанавливается способность к зачатию.

Конечно, все в мире имеет свою цену. Кого-то раздражают «комочки грязи», скапливающиеся вокруг контрацептивного пластиря. Кому-то не милы более активные слизистые выделения на фоне применения кольца. У кого-то подкожный имплантат вызывает довольно интенсивные ациклические кровянистые выделения, не поддающиеся коррекции.

Тем не менее преимущества LARC-методов настолько бесспорны, что большинство экспертов считает это направление приоритетным⁴. Насколько они востребованы, покажет жизнь. А пока не ленитесь использовать контрацепцию «для ленивых». Безопасных вам половых контактов!

Внутриматочные контрацептивы: мифы и страшилки

Женщины не хотят постоянно глотать гормональные таблетки, а мужчины не жалуют презервативы. Вариант контрацепции для постоянных отношений – внутриматочная «спираль».

Существует исторический анекдот о том, что первыми внутриматочную контрацепцию применили арабские кочевники, засовывая в матку верблюдицам мелкие камни, чтобы избежать беременности у самок во время длинных переходов. На самом деле история внутриматочной контрацепции началась в Германии в начале XX века. За последних 100 лет внутриматочные контрацептивы прошли целую серию эволюционных изменений.

То, что мы сегодня называем «спиралью», давным-давно никакая не спираль. Современные внутриматочные контрацептивы, как правило, имеют Т-образную форму. Слово «спираль» прижилось в нашей стране после широкого применения внутриматочного контрацептива в форме зигзага, выполненного из термопластика. «В оригинале» он носил имя изобретателя (петля Липпса) и был очень популярен в СССР в 70–80-х годах XX века.

Современные ВМК (внутриматочные контрацептивы) можно разделить на две группы – металлоконтрацептивы и гормонвыделяющие. Несмотря на то что оба средства устанавливаются в полость матки, работа их построена на разных принципах, они имеют разные особенности и побочные эффекты. Незнание этой разницы порождает разнообразные мифы о вреде любых «спиралей»

Миф № 1: ВМК провоцируют «микроаборты»

Долгое время считалось, что внутриматочные контрацептивы защищают от нежелательной беременности по принципу «инородного тела», поддерживающего вялотекущий воспалительный процесс в полости матки. Будто бы именно из-за этого воспалительного процесса

плодное яйцо не имеет возможности прикрепиться к стенке матки и погибает.

К счастью, принцип действия здесь другой. Металлсодержащие ВМК чаще всего содержат тонкую медную проволоку. Ионы меди обладают спермицидной активностью, поэтому сперматозоиды, «дебежавшие» до полости матки, погибают, оплодотворение не происходит.

Сплавы меди, никеля или цинка пытались применять для внутриматочной контрацепции еще в 20-х годах XX века, но о контрацептивных свойствах меди стало известно лишь к 1960 году. Современные исследования подтвердили догадки ученых прошлого. Литературный обзор, выполненный рабочей группой Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии в 2008 году, обобщил все полученные данные по этому вопросу⁵.

У женщин – носительниц ВМК определяли уровень специфических факторов, которые продуцирует эмбрион в преимплантационный период: ХГЧ и специфический β 1-гликопротеин. Только у 0,7 % женщин, участвовавших в исследовании, удалось выявить эти вещества, что вполне соответствует популяционным данным (далеко не каждая оплодотворенная яйцеклетка становится эмбрионом).

Таким образом, основной механизм действия ВМК – вовсе не «микроabortы», а нарушение двигательной активности сперматозоидов и усиление перистальтики маточных труб, что значительно затрудняет оплодотворение.

К сожалению, коррозия не позволяет применять медьсодержащий контрацептив более 5 лет. Со временем от проволоки отщепляются мелкие фрагменты. Часть женщин не может использовать медьсодержащий контрацептив из-за банальной аллергии, поэтому производители пытаются использовать платину, серебро, золото, бриллианты...

«Золотая» спираль – это не только «дорого-богато». Применение сплава меди и золота препятствует фрагментации проволоки, увеличивая, таким образом, максимальный срок использования контрацептива до 6–10 лет. Дополнительным бонусом может быть известный бактерицидный и противогрибковый эффект ионов золота. В литературе описан случай, когда пациентка использовала

внутриматочное средство, покрытое низкокаратным золотом, на протяжении 44 лет. Предположительно контрацептив был сделан вручную и представлял собой одно длинное плечо, расположенное в полости матки, и одно короткое, спускавшееся в цервикальный канал и выступавшее за наружный зев. Устройство было установлено до Второй мировой войны, но, поскольку на протяжении длительного времени не доставляло беспокойства, его носительница не спешила посетить врача. И только когда ей исполнилось 80 лет, появившиеся боли внизу живота заставили ее обратиться к специалисту, который и удалил приспособление.

Миф № 2: обильные кровотечения неизбежны

Использование металлсодержащих ВМК действительно может спровоцировать более обильные и болезненные месячные. Что делать, спросите вы? Для женщин, испытывающих сильные боли при месячных, пора «извлекать из шляпы» гормонвыделяющие ВМС.

Более 20 лет в мире применяется единственная гормональная внутриматочная система. Это Т-образный контрацептив с хитрым контейнером, из которого ежедневно выделяется 20 мкг левоноргестрела.

Действует левоноргестрел преимущественно местно: его концентрация в полости матки в 1000 раз выше, чем в плазме крови. Тем не менее этого более чем достаточно для реализации необходимых эффектов: сгущения цервикальной слизи (сперматозоиды не могут прорваться в полость матки) и подавления большей части овуляций. За счет ежедневного постоянного воздействия на эндометрий матка не готовится к беременности: эндометрий остается тонким. Это объясняет изменения характера менструаций у носительниц ВМС: менструации становятся скучными и безболезненными, а у некоторых женщин практически исчезают.

Миф № 3: беременность будет внематочной

Конечно, это явное передергивание. Внутриматочные контрацептивы просто не способны защитить женщину от внemаточной беременности, если звезды сложились так, что оплодотворение все-таки произошло, а плодное яйцо не сумело добраться до полости матки, застряв где-то по дороге. Однако спермицидные свойства ионов меди, способность гормонвыделяющих ВМС сгущать цервикальную слизь и блокировать часть овуляций достоверно снижают частоту оплодотворений, тем самым снижая частоту любых беременностей, в том числе и внemаточных.

Миф № 4: только для рожавших женщин

Вопреки действующим рекомендациям ВОЗ, многие российские эксперты продолжают утверждать, что внутриматочная контрацепция не должна применяться у нерожавших. Опасения специалистов понятны и основываются на высоком риске у молодых женщин заболеваний, передающихся половым путем, связанных с определенными особенностями полового поведения. Действительно, гонорея, хламидиоз, генитальные микоплазмы часто приводят к развитию воспалительных процессов в малом тазу с формированием тубально-перитонеального бесплодия.

Однако важно понимать, что к воспалению придатков приводит не сам внутриматочный контрацептив, а сопутствующая инфекция. Риск развития ВЗОМТ действительно несколько повышается первые 20 дней после введения ВМК, затем возвращается к исходным показателям, поскольку проблема не в самой «спирали», а в транспортировке инфекции из влагалища в верхние отделы половых путей женщины. Даже длительное использование ВМК у юных пациенток не приводит к бесплодию, если нет заражения половыми инфекциями⁶.

Еще один довод в защиту применения «спирали» – подростки малодисциплинированы, поэтому часто допускают погрешности в приеме КОК и при использовании презервативов. Именно поэтому экспертами широко обсуждается применение LARC – методов у женщин второго десятилетия жизни. Американская коллегия акушеров-гинекологов в конце 2012 года сочла необходимым

выпустить информационный бюллетень, осветивший актуальные сведения по этому вопросу⁷.

Так что, если юная пациентка практикует моногамные отношения и нуждается в высокоэффективной контрацепции, внутриматочная контрацепция не должна отвергаться только потому, что девушка еще не рожала. Однако, рассматривая эту возможность, необходимо обязательно сделать акцент на необходимости дополнительной защиты от ИППП.

Подготовка к установке ВМК

Учитывая, что риск развития воспалительного процесса в малом тазу связан преимущественно с тем, что гинеколог собственными руками несет его в полость матки из влагалища, подготовка к установке очень важна.

В цикле перед установкой ВМК необходимо получить «хороший» мазок и выполнить РАР-тест (цитологический мазок стоит сделать даже чуть раньше, учитывая низкую дисциплинированность наших пациенток). Иногда может понадобиться УЗИ органов малого таза.

Сегодня эксперты предлагают проводить ПЦР-диагностику хламидиоза и генитальных микоплазм в день установки контрацептива. Понятно, что результат будет известен лишь через пару-тройку дней, но этого вполне достаточно для проведения лечения без удаления ВМК. Такой подход позволяет существенно снизить риск развития воспалительных процессов в малом тазу. Никакого особенного наблюдения пациенткам с ВМК не требуется. Достаточно приходить на обычные профилактические осмотры. Удалить контрацептив можно в любой день по желанию женщины.

Хорошо известно, что наше общество развивается по спирали. Современные ВМК сделали очередной виток и вышли на качественно новый уровень. Сегодня это высокоэффективный и безопасный метод пролонгированной контрацепции с возможностью индивидуального подбора модели для конкретной пациентки.

Глава 5. Негормональная контрацепция

Если отбросить гормональную контрацепцию, внутриматочные устройства и добровольную хирургическую стерилизацию, фактически остается выбор без выбора: спермициды, презервативы (мужские и женские), вагинальные диафрагмы и цервикальные колпачки.

Откуда врачи узнают об эффективности методов контрацепции?

Достоверный источник информации – документы ВОЗ, «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», пересмотр 2015 года¹.

Эффективность определяет показатель неудач (показатель Перля) – количество наступивших беременностей на 100 человеко-лет. Обычно это две цифры: сколько беременностей наступает при идеальном, безупречном использовании метода и сколько беременностей наступает при типичном использовании, когда включается человеческий фактор – забыл, пропустил, не успел.

Прерванный половой акт, имеющий в народе имя «в сторону», «в тряпочку», «не в меня» и даже «муж прыгает», имеет показатель Перля 4-22. То есть если группа из 100 женщин активно живет половой жизнью один год и весь этот год использует прерванный половой акт, то при безупречном применении в этой группе наступит всего четыре случайные беременности. При типичном применении – 22. Вот она, цена женского доверия.

К слову, для мужских презервативов количество неудач примерно такое же: 2 при идеальном применении, 18 – при типичном. На моей памяти цифры несколько раз менялись. Что-то оказывалось чуть более эффективным, что-то менее. Страшно неудобно. Только запомнишь все цифры и спокойно уверенно консультируешь – хлобысь! Нет, это хорошо, что данные регулярно уточняются, но вот «оперативка» прихрамывает плюс паранойя. Поэтому я теперь просто все время проверяю.

Спрашивают меня журналисты:

- Оксана Валерьевна, а спермициды эффективны?
- Так себе, – отвечаю я и лезу за цифрами.

Показатель Перля для спермицидов при идеальном применении 18, при типичном – 28. То есть самое идеальное, замороченное, вдохновенное использование спермицидов так же эффективно, как безалаберное применение

презервативов. Вот настолько все плохо? А типичное применение менее эффективно, чем прерванный половой акт? Really?

Мы стали какими-то слишком доверчивыми и воспринимаем некоторые сентенции ВОЗ просто как аксиомы, не вникая в подробности и нюансы доказательств. Врачи легко смирились с низкой эффективностью спермицидов. Между тем это один из немногих вариантов для тех, кто хочет «что-нибудь негормональное».

Если ВОЗ (2015) предлагает диапазон неэффективности спермицидов от 18 (идеальное применение) до 28 (типичное применение), то возникает законный вопрос: на что ссылается ВОЗ? Ответ неподалеку – прямо под табличкой с показателями неудач имя Trussell J. (2011)². Давайте посмотрим на что ссылается сам Trussell J., главный по эффективности.

А наш герой основывается на «недавнем» (2004 года!) исследовании ПЯТИ спермицидных препаратов, которое провел Национальный институт здоровья (США)³. Контрацептивная эффективность каждого препарата оценивалась шесть месяцев, после чего наш американский друг смело экстраполировал данные на год. Медиана пяти показателей составила 18 % – именно такой и объявили контрацептивную эффективность спермицидов при идеальном применении метода.

После Trussell J. эффективностью спермицидов озабочились Кокрейн (Cochrane). В обзоре 2013 года авторы с грустью сообщили, что раскопали всего 14 (!) исследований, изучавших эффективность⁴. Все они описывали разные формы ноноксинол-9, и все были сильно так себе. Основная проблема – почти 40 % участников сбегают до завершения исследований. В авторских выводах прозвучала интересная мысль – при определении вероятности наступления беременности для спермицидов личные характеристики и поведение пользователей могут быть важнее характеристик спермицидных препаратов.

Что тут не так? То, что все исследования про ноноксинол-9! Сегодня это единственный спермицид в США. В РФ это покинувшие рынок «Патентекс Овал» и «Стерилин». Не взлетели. Пенились, щипались, провоцировали циститы и плохо помогали. С ноноксинолом

связано много несбывшихся надежд. Мечтали, что он защитит от ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. Оказалось наоборот, риск заражения увеличивался.

На рынке РФ остался единственный спермицид – бензалкония хлорид (Фарматекс). Внимание, вопрос: можно ли экстраполировать неутешительные результаты исследований по ноноксинолу на бензалкония хлорид?

Спермициды использовались в качестве противозачаточных средств на протяжении тысячелетий. У японок были шарики из бамбуковой бумаги, у мусульманок – листья ивы, женщины, живущие на островах Тихого океана, применяли морские водоросли. В египетских папирусах, датированных 1850 годом до нашей эры, упоминаются тампоны из меда, смолистых веществ и экскрементов крокодилов. Соранус из Эфеса, живший в 98–138 гг. – первый признанный специалист по контрацептивным снадобьям в истории человечества. Он изучал медицину в Александрии, а практиковал в Риме. Благодарные потомки могут насладиться десятками рецептов, дошедших до наших дней. Соранус собственноручно изготавливал мягкую массу из орехов и фруктов (вероятно, очень кислых и оттого спермицидных) и предлагал прикрывать маточный зев мягкой шерстью.

История современных спермицидов берет начало в далеком 1885 году. В аптеках Англии начали продавать контрацептивные пессарии из масла какао и сульфата хинина. В 20-х гг. XX века в продаже появились шипучие таблетки с диоксидом углерода и фенилацетатом ртути. Уже через 30 лет появились вполне современные соединения, содержащие поверхности-активные вещества, умеющие разрушать мембранны сперматозоидов – ноноксинол-9, октоксинол-9, бензалкония хлорид и менфегол.

Поразительно, но мы до сих пор не преуспели в изучении этого метода контрацепции. Все привычные

источники доказательной медицины описывают исключительно ноноксинол-9.

Почему игнорируют бензалкония хлорид? В первую очередь потому, что это европейский бренд. Штаты всегда защищали отечественных производителей и очень неохотно запускали к себе европейскую «биг фарму». С одной стороны, это спасло США от талидомидовой катастрофы. С другой – основная масса исследований и публикаций рассматривает продукты, актуальные для США. В РФ нет эстроген-гестагенных инъекций, не прижился медроксипрогестерон (ни с лечебной, ни с контрацептивной целью), есть только одно контрацептивное кольцо. Теперь вот «Патентекс овал» вернулся на историческую родину.

Это не хорошо и не плохо. Это о том, что не все западные гайды экстраполируются на нашу ситуацию, поэтому надо писать отечественные рекомендации и применять те средства, которые есть. Делает ли это Фарматекс средством без доказанной эффективности?

Немного истории, или «HeLa» – сказка о смерти и бессмертии

Чуть позже я расскажу об исследованиях эффективности и безопасности спермицидов, но при написании этой части споткнулась о необходимость объяснить, что такое клеточные культуры вообще и «HeLa» в частности. Быстрое гугление привело меня на сайт biomolecula.ru⁵.

Стало понятно, что по-быстрому я ничего не расскажу, потому что история оказалась крайне увлекательной.

1 февраля 1951 года чернокожая американка Генриетта Лакс (Henrietta Lacks) обратилась в госпиталь Дж. Хопкинса с жалобами на странные вагинальные выделения. Диагноз не представлял большой сложности – рак шейки матки. 31 год, пятеро детей. Операция, лучевая терапия, через 8 месяцев Генриетта умерла.

Это было бы просто одной смертью, но кусочек ее шейки (биоптат) попал на анализ Джорджу Хею (George Otto Gey) – руководителю лаборатории исследования клеток тканей в госпитале Хопкинса. В те годы только начинались исследования по

культивированию клеток вне организма. Культуры тканей быстро погибали, пережив всего несколько этапов клеточного деления.

Клетки линии HeLa (Henrietta Lacks) размножались вдвое быстрее клеток из нормальных тканей. Такого прежде не происходило ни с какими другими клетками *in vitro*. Кроме того, трансформация сделала эти клетки бессмертными – у них отключилась программа подавления роста после определенного количества делений.

Сегодня HeLa – самая известная шаблонная клеточная линия, имитирующая упрощенного «человека» в лабораторных исследованиях. Клетки HeLa неприхотливы, могут бесконечно делиться, десятки лет храниться в морозилке или консервироваться. Универсальный набор рецепторов позволяет использовать их для любых исследований.

Когда обнаружилось, что клетки HeLa способны пережить даже пересылку по почте, ученый разослал их своим коллегам по всей стране. Спрос на клетки HeLa растиражировал их в лабораториях по всему миру. В декабре 1960 года клетки HeLa полетели в космос в советском спутнике и выжили!

Джонас Солк тестировал на линии HeLa первую вакцину против полиомиелита. В доказательство надежности своего лекарства вколол вакцину себе, своей жене и троим детям.

После смерти Генриетты Лакс клетки ее опухоли постоянно использовались для исследования рака, СПИДа, изучения воздействия радиации и токсичных веществ, составления генетических карт и искусственного оплодотворения. Ирония судьбы: Генриетта умерла именно в тот день, когда Джордж Хей выступал перед телекамерами, держа в руках пробирку с ее клетками.

Долгое время было страшной тайной, кому принадлежал исходный биоматериал линии HeLa. Генриетта была черной, во времена расовой сегрегации немыслимо было даже озвучивать, что клетки чернокожей женщины произвели революцию в мире молекулярной биологии. Никаких согласий в то время не брали, никаких денег наследники Генриетты не получили до сих пор. За 66 лет исследований озолотился лишь институт Дж. Хопкинса – произведено более 20 тонн клеток линии HeLa.

Тайна раскрылась в 1970 году. Клетки HeLa оказались страшно агрессивными. Множество клеточных культур, происходящих из

других типов тканей, оказались зараженными более живучими клетками HeLa. Оказалось, что HeLa могут перемещаться с частицами пыли в воздухе или на недостаточно тщательно вымытых руках и приживаться в культурах других клеток. Это вызвало большой скандал. Пришлось искать родственников и с помощью генетических исследований отделять HeLa от плевел.

Эта история полна боли и несправедливости. Если вы любите читать, ищите книгу Ребекки Склут «Бессмертная жизнь Генриетты Лакс», написанную с помощью младшей дочери Генриетты. Я предпочитаю книги – прочитала ее за пару дней. Если больше нравится смотреть, вам к экранизации Джона Вульфа для HBO (2017 год).

Бессмертие клеток линии HeLa связывают с ВПЧ-18. Инфекция вызывала триплоидию – образование трех копий хромосом вместо обычной пары и расщепление некоторых из них на фрагменты. В клетках HeLa запредельная активность регуляторов клеточного роста и синтеза многих белков (случайно!) создала уникальную скорость роста и устойчивость генома. Есть даже завиральная теория о том, что HeLa – новая, искусственно созданная жизнь на нашей планете.

Эффективность и безопасность спермицидов

Негормональная контрацепция не блещет разнообразием, поэтому спермициды нельзя сбрасывать со счетов. Тем более что Фарматекс (бензалкония хлорид) не так уж и плох.

В сравнительном исследовании *in vitro* (то есть в лаборатории) он бьет ноноксинол как лежачего. Задача спермицида – обездвижить и разрушить акросому сперматозоида. Акросома – это такая верхушка головки сперматозоида. Чтобы пролезть внутрь яйцеклетки, надо пробурить дырочку с помощью ферментов. Вот за это и отвечает акросома. Нет акросом – сперматозоиды будут биться о лучистый венец яйцеклетки как дурачки, но внутрь не пролезут.

В условиях *in vitro* сравнили два спермицида: бензалкония хлорид (Фарматекс) и ноноксинол-9 (Патентекс)⁶. Оба вещества вызвали выраженное снижение жизнеспособности человеческих

сперматозоидов и полное их обездвиживание немедленно после контакта.

Однако есть маленькая, но важная деталь. Бензалкония хлорид (Фарматекс) обеспечивает существенное сокращение количества акросом сразу после воздействия препарата и полное их исчезновение через 20 минут. Наш старый друг ноноксинол-9 тоже снижает количество акросом, но только через 20 минут от начала воздействия, и даже тогда приблизительно у 10 % сперматозоидов акросомы все еще оставались неповрежденными.

Переносимость спермицидов тоже оценивали *in vitro*. Я недаром рассказывала грустную ковбойскую историю про бессмертные клетки линии HeLa. Именно на этой клеточной культуре изучали, насколько любо будет влагалищу контактировать со спермицидами.

Надо признать, при проведении теста жизнеспособность клеток линии HeLa пошатнулась, а ноноксинол-9 оказался намного более ядовитым и вызвал отслоение клеток немедленно после воздействия – это явный признак клеточной смерти.

Фарматекс в исследованиях в пробирке выглядит и добре, и эффективнее. Попробуем разбираться с эффективностью Бензалкония хлорида (Фарматекс), который у нас вполне применим (в РФ ноноксинол покинул рынок).

Самый крупный обзор данных о клинической эффективности различных лекарственных форм Фарматекс (таблетки, свечи, крем, тампоны) – это Marmor 2001 года⁷. Староват, конечно, но и сам Фарматекс давно не мальчик. В обзор вошли 15 европейских клинических исследований с участием 3037 женщин на протяжении 32 218 циклов. Результаты весьма впечатляющи – индекс Перля составляет 1,2 при правильном использовании препарата и 2,4 – при обычном использовании. Глаза не верят после 18–28 у Trussell J.

Данные посвежее есть у китайцев – в 2013 году опубликовано сравнительное исследование, в котором изучалась эффективность и переносимость двух спермицидов: бензалкония и ноноксинол-9⁸. Китайцы дисциплинированы, сбежавших было мало. Переносимость и удовлетворенность была выше у пациенток, использовавших бензалкония хлорид (Фарматекс), мы тут особо не удивлены, потому что уже видели, как реагирует на ноноксинол культура клеток. Частота наступления нежелательной беременности на фоне Фарматекс у

китаянок тоже микроскопическая – 1,7 % на 120 женщин. Li с соавторами делает вывод: народу Китая нужны контрацептивы, этот – вполне годный!

Понятно, что результаты исследований могут серьезно отличаться от реальной практики, но это повод задуматься: не рановато ли мы сбросили со счетов спермициды?

Как использовать спермициды

Принцип действия очень простой – спермицид надо вводить во влагалище перед каждым половым актом и терпеливо ждать. Очень важно выдержать время до начала контакта, чтобы вещество полностью растворилось и «приступило к работе». Самые медленные – таблетки, их вводят не позднее, чем за 8–10 минут до начала полового акта, свечи начинают работать примерно через 3 минуты.

Конечно, чтобы не оказываться в ситуации «подожди, дорогой, еще таблетка не запенилась», вещество можно ввести заранее. Однако если начало полового акта затягивается, придется ввести дополнительную дозу препарата. Ноноксинол-9 обновляют каждый час, препараты с бензалкония хлоридом в этом плане гуманнее: новую вагинальную таблетку стоит ввести, если контакт отложился на 3 часа, капсулу или свечу – через 4 часа, новую дозу крема вводят, если романтическое свидание отложилось на 8–10 часов. При этом не надо стремиться как-то «вымыть» предыдущую порцию спермицида.

Самое главное правило: одна порция спермицида – один половой контакт. Даже если в инструкции написано, что крем сохраняет спермицидную активность целых 8 часов, это не значит, что вы получили 8 часов свободы. Перед каждым новым сношением необходимо ввести новую дозу контрацептива.

Портрет идеальной женщины

Первое и главное: спермициды – это возможный выбор для тех, кто хочет «что-нибудь негормональное». Практическими врачами и

исследователями за последние 20 лет допущено две принципиальные ошибки.

1. Сделан преждевременный вывод о низкой контрацептивной эффективности спермицидов, без учета возраста, фертильности, соблюдения правил использования и действующего вещества. Мы с вами уже выяснили, что разница между ноноксинол-9 и бензалкония хлорид (Фарматекс) все-таки есть.

2. До сих пор не очерчен портрет пациентки, для которой спермициды могли бы быть хорошим выбором с учетом не только эффективности, но и безопасности.

Понятно, что изначально большой ошибкой было рекомендовать спермициды молодым женщинам. Благие намерения (негормональное!) завели куда обычно. В возрасте 15–30 лет женщины беременеют от шепота ветра и шороха морской волны, а спермициды имеют кучу недостатков – заканчиваются, надо успеть применить ДО, надо ждать, надо повторно вводить перед каждым контактом, нельзя использовать мыло, надо читать инструкцию.

– *Доктор, а может, мне Фарматекс попробовать?*
– *Ну, попробуйте...*

Нет, не надо пробовать! В комментариях в Инстаграме целая куча таких попробовавших. Надо снова доставать весы польза/риск и эффективность/безопасность и искать баланс.

Кому точно не нужны спермициды

Единственное официальное противопоказание для Фарматекса – гиперчувствительность к действующему веществу, но это не значит, что спермициды надо использовать всем и всегда. Очень важно уметь выделить группу, для которой спермициды – не лучший выбор:

- женщины с воспалительными заболеваниями половых органов (подождать до полного выздоровления);
- подростки (в связи с повышенной фертильностью) и женщины в возрасте 20–30 лет;

- женщины, категорически не желающие иметь детей (только в качестве дополнительного метода контрацепции);
- женщины с повышенным риском инфицирования ВИЧ, ВИЧ-позитивные или женщины, имеющие повышенный риск других ИППП, особенно если использование спермицидов проводится повторно (2 раза в день или больше);
- женщины с частыми или посткоитальными циститами.

Преимущества спермицидов

- Легкодоступны, не нужен рецепт и даже не очень нужен визит к врачу.
 - Нет противопоказаний (кроме гиперчувствительности к действующему веществу).
 - Без значительных рисков для здоровья, нет системного влияния на организм.
 - Не влияют на менструальный цикл.
 - Немедленный и полностью обратимый эффект.
 - Без гормонов.
 - Можно применять при лактации (только Фарматекс, нонооксинол-9 нельзя).
 - Хорошая переносимость.
 - Сохранение вагинальной сапрофитной флоры (Фарматекс, нонооксинол-9 – нет).
 - Позволяют женщине самостоятельно заниматься вопросом контрацепции.
 - Крем и свечи обладают эффектом смазки, это важно при сухости влагалища, часто встречающейся при перименопаузе.
 - Применение по необходимости – важно при редких нерегулярных контактах.
 - Могут использоваться совместно с другими методами контрацепции, страховочный метод.

Недостатки спермицидов

- Невозможность профилактики ИППП. Ни ноноксинол-9, ни бензалкония хлорид не способны к серьезной защите. Более того, применение спермицидов повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией за счет раздражения слизистой оболочки влагалища. Обычные презервативы по-прежнему остаются единственным защитным барьером на пути половых инфекций.

- Дорого (необходима повторная доза при каждом половом акте).
- Менее эффективны, чем гормональная и внутриматочная контрацепция.
- Возможны местные реакции (жжение) и индивидуальная непереносимость.
- Женщина должна знать, куда, как и что вводить, и не переживать по этому поводу.
- Избыточные выделения при использовании свечей или крема (важно правильно выбрать соответствующую форму выпуска).
- Необходимо применять при каждом половом акте.
- Строго выжидать время до начала эффективного действия (5–10 минут для свечей и таблеток), немедленно начинает работать только крем.
- Не совместимы с мылом – только вода до и после полового акта!

Первая идеальная группа – послеродовой период и лактация⁹: способность к зачатию снижена; страховка для метода лактационной аменореи; нет влияния на либидо; идеально подходит для редких половых контактов, а они редкие, потому что на либидо уже повлиял пролактин и усталость; не попадает в грудное молоко (только Фарматекс, ноноксинол попадает); не нужен визит к врачу, можно начинать самостоятельно. Через некоторое время жизнь наладится, и женщина спокойно перейдет на КОК, внутриматочную контрацепцию или имплантаты. Фарматекс – это самые первые 4–6 месяцев после родов

Вторая идеальная группа – женщины 40+¹⁰. В РФ группа женщин в возрасте 40+ делает больше абортов, чем подростки. С одной стороны, прекрасно, что мы научили подростков использовать презервативы. С другой – ужасно, что женщины слишком рано вычеркивают себя из списков производительниц.

Конечно, для женщин 40+ есть прекрасные КОК с биоидентичным эстрадиолом. Они обеспечивают хороший контроль цикла, снижают риски гиперплазии и рака эндометрия, колоректального рака, исключают приливы и делают еще много всего прекрасного. Но! Курение, мигрени, высокое артериальное давление, камни в желчном и «груз прожитых лет» могут превратиться в категорическое НЕТ! Никто не отменял риски артериальных и венозных тромбозов, которые зависят от возраста и веса (чем старше женщина и выше ИМТ, тем выше риск).

Мою любимую гормонвыделяющую внутриматочную систему тоже не ввести в каждую матку в любой момент. Презерватив становится бесполезной игрушкой, если у партнера (мальчики бывают постарше девочек) уже есть проблемы с эрекцией. Прерванный половой акт перестает работать по той же причине. У взрослых мальчиков могут быть особенности. Использовать методы естественного планирования уже невозможно – овуляция приходит внезапно и в непредсказуемый период.

Фарматекс способен обеспечить достаточную защиту в этой группе без рисков серьезных неблагоприятных эффектов и немного поможет со смазкой, потому что сухость может появиться задолго до наступления менопаузы. Ни на миому, ни на эндометриоз, ни на гиперплазию, ни на другие характерные к 40+ проблемы бензалкония хлорид не влияет, как и не вмешается в наши терапевтические стратегии.

В 2019 году провели международное многоцентровое исследование по оценке эффективности Фарматекса у женщин старше 40 лет. Предварительные данные уже известны:

- 151 женщина;
- 1099,7 месяца использования;
- 5492 половых контактов;
- 0 случаев беременности;
- хорошая переносимость.

Плохих и хороших методов контрацепции не бывает. Бывают неправильно подобранные и небрежно

используемые.

Барьерная контрацепция для женщин – хорошо забытое старое

Усовершенствование медицинского силикона привело к ренессансу забытых методов барьерной контрацепции для женщин. На сегодня есть модный современный (одобренный американским FDA) цервикальный колпачок FemCap и разнообразные влагалищные диафрагмы. Для тех, кто освоил менструальные чаши – пара пустяков.

Колпачок надо ввести во влагалище до начала полового акта. Производители утверждают, что форма FemCap напоминает «шапочку моряка». Ну, шапочка – не шапочка, но нацепить его надо прямо на шейку матки. По мнению производителей, это не сложно и любая женщина легко освоит эту процедуру. Те, кто не освоил, могут обратиться за помощью к своему акушеру-гинекологу. Welcome! Колпачок не должен болтаться на шейке дольше 48 часов. По крайней мере 6 часов после завершения сексуальных контактов трогать его не стоит. Эффективность при типичном применении настолько грустная, что ВОЗ не рекомендует использовать диафрагмы и колпачки без спермицидов.

Главные страхи связаны, как ни странно, не с достаточно высоким индексом контрацептивных неудач, а с тем, что изделие «провалится внутрь». Влагалище не бездонно, а шейка матки совершенно точно не похожа на развернутые врата.

Для того чтобы подобрать размер, придется обратиться к гинекологу. Доктор сделает умное лицо, задумчиво посмотрит на свои пальцы, возможно, даже возьмет в руки рулетку, и выберет размер из трех возможных, основываясь на данных анамнеза: 22 мм для юных девушек, у которых не было беременностей; 26 мм для тех, у кого были аборты, выкидыши или оперативное родоразрешение; 30 мм для тех, у кого были роды.

Самый ходовой размер – для рожавших. Просто потому, что этот метод для достаточно стабильных отношений не предполагает защиты от ИППП. Во всех сомнительных случаях стоит брать средний размер. Продается по рецепту.

По такому же принципу работает диафрагма – контрацептив в виде купола помещается во влагалище до начала полового акта и должен находиться там не менее 6 часов после. Повторю, пользоваться диафрагмой рекомендуется только в комбинации со спермицидами. Если затевается «пьеса в нескольких частях», перед очередным половым актом обязательна добавка спермицида. Носить диафрагму больше 24 часов не рекомендуется из-за риска развития синдрома токсического шока. В старушке-Европе популярна нежно-лиловая «Сая» – удобство этой диафрагмы в том, что она представлена в одном стандартном размере и приобрести ее можно без похода к врачу.

«Подводные камни» есть у каждого метода контрацепции. Хорошо, если врач расскажет о них до начала применения, но жизнь разнообразнее, чем нам кажется. Пользователи щедро делятся в сети впечатлениями и набитыми шишками. Иногда получается бесценно, поэтому цитирую:

«Практически все возможные и доступные контрацептивы я уже испробовала, и мне стало любопытно попробовать что-то новое. На многих сайтах про контрацепцию упоминаются диафрагмы и цервикальные колпачки. А вот гинекологи о них рассказывают редко, почти никогда.

Начать решила с колпачка, так увлекательно описали его использование на одном сайте. Что ж, первой (спойлер: но не последней) проблемой оказалась покупка – в аптеках их не продают. Пришлось заказать в интернете.

И вот она, долгожданная встреча! Инструкции на русском нет, но есть картинки – дело пяти секунд, думала я. Не тут-то было! Мои навыки пользования менструальной чашей не помогали вообще – плевалась и вставляла. Перед часом Х, как полагается, обработала колпачок спермицидным кремом. Скользкий, гнувшийся в разные стороны колпачок не так уж и просто повернуть и установить внутри на ощупь. Муж сначала смеялся, потом ему надоело ждать, и он предложил помочь.

Незабываемая прелюдия, да? Колпачок «для рожавших» никак не хотел стоять на предназначенном ему месте и падал во влагалище – мы остановились, сил на продолжение (доставать, смазывать кремом, вставлять обратно) просто не осталось. Не знаю почему, может, из спортивного интереса, решили попробовать снова. Вставила колпачок быстро, но расслабиться не получилось вообще! Муж был задумчив и в середине действия прошептал: «Тоже боишься, что свалился? Давай проверим». От возбуждения не осталось и следа – контрацептивный эффект супер, наверное, 100 %... Зато когда приходит время извлекать колпачок, он почему-то крепко присасывается! Можно долго дергать за него, наслаждаясь сладкими ощущениями, будто собственноручно вырываешь себе матку.

Мой вердикт: красивая коробочка и новый опыт – это плюс, но деньги все же потрачены зря!»

Кому подойдет метод?

- Категорическим гормонофобам или имеющим противопоказания к гормональной контрацепции.
- Категорическим противникам внутриматочной контрацепции или при противопоказаниях.
- У кого аллергия на латекс.

В России стать обладательницей диафрагмы или колпачка – задание из разряда mission impossible, но можно легко совершить заказ в интернет-магазине или забежать в аптеку в очередной загранпоездке.

Можно ли полагаться на презерватив и какие правила нужно соблюдать, чтобы его надежность была максимальной

Меня всегда умиляла святая вера в то, что презерватив надежно защищает от беременности и болезней. И ладно бы, если бы в эту сказку верили мужчины, которые, по большому счету, мало чем рисуют. Так нет же, слышится бодрый женский хор: «Зачем пить вредные противозачаточные таблетки? Есть же презерватив!»

Конечно, есть презерватив, и это здорово. По результатам проведенных опросов, 99 % россиянок знают о существовании презервативов и худо-бедно понимают, что с ними делать, а 48 % имеют опыт их применения на практике^{11,12}. Менее здорово то, что 43 % женщин считают презерватив самым надежным и эффективным методом контрацепции.

Защитит от беременности?

Эффективность методов контрацепции измеряют с помощью индекса Перля – показателя неудач. Он равен числу незапланированных зачатий в течение одного года у 100 женщин при использовании того или иного метода. Оказалось, при безупречно правильном применении презервативы вполне эффективны – показатель неудач составляет всего 2–5 %.

Конечно, когда мы обсуждаем по-настоящему эффективную контрацепцию, показатель неудач должен быть меньше 1 %. Однако 2–5 % плюс защита от половых инфекций – звучит вполне обнадеживающе. Вот только, к сожалению, идеальных пользователей презервативов в реальном мире пугающе мало, а мелкие погрешности и пренебрежение правилами приводят к значительно большему количеству контрацептивных неудач – до 15 %.

Убережет от инфекций?

Иллюзия 100 %-ной защиты от инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, также нередко приводит к слезам и обидам:

– Но почему, доктор? Ведь я же только в презервативе! Ведь без презерватива же ни-ни!

Увы, презерватив правильнее всего сравнивать с бронежилетом. Да, они в какой-то мере защищают от инфекций, но совершенно не гарантируют на 100 %, что заражение не произойдет. Существует большое количество исследований, подтверждающих случаи передачи ИППП даже при относительно правильном использовании презервативов.

Не будет лишним напомнить, что, если вы действительно надеетесь на защиту, презерватив следует использовать абсолютно при всех сексуальных контактах, в том числе оральных, от самого начала и до самого конца. Поскольку мужчины редко надевают презерватив сразу после того, как снимают штаны, во время волнующей прелюдии вполне можно обменяться инфекциями.

О правилах использования

Давным-давно, когда я преподавала спецкурс по планированию семьи, меня ставила в тупик двухчасовая лекция о барьерных методах контрацепции.

– Два раза по 45 минут рассказывать о презервативах, диафрагмах и шеечных колпачках? Что я буду говорить?!

Оказалось, о презервативах можно говорить значительно дольше, только копни. Чего только стоит рассказ о правилах и сроках хранения, необходимости грамотно открыть упаковку, не используя зубы, ножи и ножницы. Слушатели с любопытством внимают сверхценной информации о том, что презервативы не следует полностью расправлять – потом их вряд ли получится надеть. Неправильный подбор любриканта и обычная губная помада могут легко повредить нежный латекс и превратить презерватив в «решето».

Не для всех очевидно, что ларек на привокзальной площади – плохое место для покупки презервативов, а задний карман штанов – не лучшее место для их хранения. Заветный, изрядно потертый квадратик, приберегаемый на «тот самый случай», вполне может подвести в самый ответственный момент, став ломким и пересущенным.

После семяизвержения не следует оставаться в нежных объятиях. Стремительно теряющий упругость половой член может расстаться с презервативом досрочно. Конечно, в такой ситуации никто ни от чего не защитится.

Если за последние три месяца презервативы рвались или соскачивали хотя бы дважды, следует найти и устранить проблему. Кстати, разрыв или соскальзывание презерватива – самый частый повод для применения препаратов экстренной контрацепции.

По данным опроса студентов Университета Индианы (Bloomington)¹³, проблемы с правильным применением презервативов вполне интернациональны:

- 30 % начинали надевать презерватив не той стороной, а потому были вынуждены его переворачивать.
- 40 % не оставляли свободного пространства на конце презерватива, что повышало вероятность его разрыва.
- 43 % надевали презерватив после начала полового акта.
- 15 % снимали презерватив до окончания полового акта.
- 60 % не обсуждали использование презервативов с партнером.
- 42 % не имели под рукой презерватива, хотя хотели его использовать.
- 30 % сталкивались с разрывом презерватива.
- 13 % отметили, что презерватив соскальзывал.

Серьезное внимание эксперты ВОЗ уделяют вопросу правильной утилизации использованных презервативов. Забавно, но использованные «резинки» рекомендуют сжигать или закапывать. Ну а молоденъим девушкам стоит дважды подумать, перед тем как выбросить презерватив в домашнее мусорное ведро. Родители могут обрадоваться тому, что вы предохраняетесь, но при этом огорчиться, что вы уже предохраняетесь.

Дополнительные нюансы

Женщины редко контролируют, какой именно презерватив использует партнер, и эта ошибка может дорого им обойтись. В поиске ощущений мужчины с удовольствием покупают в аптеках презервативы с пометкой sensitive, «ультратонкие» или «супернежные». Все это очень хорошо и, возможно, действительно позволяет сохранять чувствительность, но данная группа презервативов подразумевает защиту при оральных контактах, а во влагалище часто рвется. Стоит заметить, что для анального применения существуют презервативы из линейки b – мегакрепкие и сверхнадежные.

Выпускают презервативы, обработанные спермицидами для дополнительной защиты от нежелательной беременности в случае разрыва. На упаковках обязательно будет пометка – «со спермицидом». Частое применение таких презервативов может стать причиной развития бактериального вагиноза или молочницы из-за регулярного повреждения нормальных микробных отношений во влагалище.

Презерватив совершенно обоснован, если отношения только развиваются, и обязателен, если контакт случаен или изначально рискован. Но при этом важно понимать, что презерватив – всего лишь тонкий барьер, обещающий примерно 85 %-ную контрацептивную эффективность и защиту от болезней. Да, он по-прежнему не идеален.

Хорошая новость в том, что использование презервативов стало рутинным, доступным и широко распространено. А самое главное, что на сегодняшний день всего 5 % опрошенных россиянок считают прерванный половой акт эффективным методом контрацепции. Вот это уже настоящий прорыв! Верной дорогой идем, товарищи.

Глава 6. Контрацепция для всех

Как предохраняться после родов

Как долго кормление грудью защищает от новой беременности и какие контрацептивы может использовать кормящая мама?

Каких только исследований не проводят в мире. В университете Мичигана в 2012 году изучали особенности сексуальной жизни женщин в послеродовом периоде¹. Результат исследований не удивил – уже в течение первых 6 недель после родов 26 % женщин возобновляют сексуальные отношения. 61 % женщин выдерживают положенный 6-недельный период воздержания, а 13 % рисуют возобновить половую жизнь лишь спустя 12 недель после родов. При этом маловероятно, что женщины стремятся повторить чудо беременности и рождения в самом ближайшем времени.

Еще в 1970 году ВОЗ разработала программу по снижению материнской смертности с помощью использования методов планирования семьи. Уже тогда было хорошо известно, что увеличение интервала между родами до 2 лет и прекращение родов после 40 лет (в крайнем случае после 45) в 2 раза снижает материнскую смертность и в 4 раза – детскую.

Особенно опасно забеременеть вскоре после оперативного родоразрешения, тут «хорошего» выхода нет. И аборт, и пролонгирование беременности чреваты развитием тяжелых, часто смертельно опасных осложнений.

Естественная защита

Природа отлично позаботилась о нас. Грудное вскармливание (ГВ) эффективно предупреждает наступление новой беременности, давая возможность матери восстановиться после беременности и родов и уделить достаточно внимания растущему малышу. В связи с этим радует, что в обществе сложилась уверенная доминанта идеологии ГВ. Все уже прекрасно понимают: грудное молоко – лучшая, всегда стерильная и разогретая до нужной температуры, индивидуально адаптированная под потребности конкретного ребенка пища.

Концепция совместного пребывания в родильных стационарах позволяет с самых первых минут обеспечивать исключительно ГВ без допаивания, сосок, пустышек и рожков, когда ребенок получает грудь по первому требованию без ночных перерывов.

Научные исследования подтвердили, что ГВ может защитить ребенка от инфекционных и неинфекционных заболеваний за счет уникального компонента HAMLET (Human Alpha-Lactalbumin Made Lethal to Tumor Cells)^{2,3,4}. Так назвали вещество, которое образуется при переработке грудного молока в желудке ребенка. HAMLET работает как «универсальный убийца», уничтожая подавляющее большинство патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, в том числе MARS – метициллинустойчивый золотистый стафилококк.

Метод лактационной аменореи

ГВ надежно защищает женщину от беременности (эффективность 98 %) при выполнении трех условий⁵.

- Исключительно грудное вскармливание без допаиваний, докармливаний и прикормов. Дневные интервалы между кормлениями не должны превышать 3–4 часа, ночные – не более 5–6 часов.
- Возраст ребенка не старше 6 месяцев. ВОЗ рекомендует вводить прикорм именно в этот период, поэтому частота и продолжительность кормления грудью могут снижаться, соответственно снижается и эффективность защиты от нежелательной беременности.
- После родов не было ни одной менструации. Появление менструации, даже при абсолютном выполнении двух первых условий, означает, что способность к зачатию восстановилась и ГВ не может больше применяться в качестве эффективной контрацепции.

К сожалению, в нашей стране редко практикуют исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев, горя желанием угостить дитята пюрешечками, кашками, соками и творожками. Правда, и остальным женщинам через полгода после родов понадобится дополнительная защита от беременности. Поэтому мы рекомендуем в любом случае

задуматься о переходе на иной метод контрацепции, когда ребенку исполнится 3–4 месяца.

Как предохраняться, если мне нельзя кормить грудью?

Ситуаций, при которых грудное вскармливание запрещено, немного. Во всяком случае, гораздо меньше, чем в годы моей учебы и начала работы.

По мнению ВОЗ⁵, полный отказ от грудного вскармливания оправдан только в случае ВИЧ-положительного статуса матери. При этом альтернативное питание должно быть «приемлемо, осуществимо, финансово доступно, надежно обеспечено и безопасно; в иных случаях следует придерживаться исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни ребенка».

Для временного прекращения грудного вскармливания по медицинским показаниям должны быть веские причины:

1. Тяжелые заболевания матери, не позволяющие ей заботиться о ребенке (презклампсия и эклампсия, массивные кровотечения во время и после родов, сепсис, тяжелые хронические экстрагенитальные заболевания).

2. Обострение герпетической инфекции при условии, что герпетические высыпания находятся на коже молочной железы. До исчезновения высыпаний можно кормить ребенка сцеженным грудным молоком.

3. Впервые диагностированная активная форма туберкулеза (все противотуберкулезные препараты совместимы с кормлением грудью, однако в указанной ситуации следует временно прекратить кормление до завершения курса химиотерапии).

4. Бруцеллез до начала лечения.

5. Прием матерью некоторых лекарственных средств.

6. Патологические состояния или аномалии развития у новорожденных.

Вопреки расхожим суждениям, ни ОРВИ у матери, ни мастит или абсцесс молочной железы не являются основанием даже для временного прекращения грудного вскармливания. При проведении терапии врач учитывает ситуацию и подбирает совместимые с

грудным вскармливанием лекарства, проверяя возможность применения при лактации по базам данных.

Тем не менее в жизни всякое бывает. Иногда грудное вскармливание невозможно не по медицинским, а по социальным соображениям. Кому-то приходится очень рано выходить на работу, ездить в командировки. Да мало ли причин, делающих исключительно ГВ невозможным.

Таблетки для кормящих матерей

Женщины, которые кормят ребенка грудью, но не используют метод лактационной аменореи, могут надежно предотвратить нежелательную беременность с помощью чисто прогестиновых оральных контрацептивов. Это таблетки, в состав которых не входит эстрогеный компонент. Многочисленные исследования доказали, что подобные препараты не влияют на качество и количество грудного молока, не вредят здоровью ребенка, не влияют на его рост и развитие, не изменяют гормональный баланс в организме малыша.

На смену старым «мини-пили» пришли прогестиновые препараты, содержащие дезогестрел. Основной механизм действия – надежное подавление овуляции.

Показатель контрацептивных неудач равен 9 при типичном применении и 0,3 при идеальном приеме препарата. К плюсам дезогестрела можно отнести и недавно обнаруженную способность снижать частоту и течение мигренозных атак⁶.

Эти контрацептивы вполне устойчивы к пропускам в приеме таблетки продолжительностью до 12 часов (старые мини-пили – до 3 часов). Если вы опоздали более чем на 12 часов, для восстановления контрацептивного эффекта придется использовать дополнительные методы контрацепции не менее семи дней.

Принимают препарат в непрерывном режиме, никакие «перерывы-отдыхи» тут не предусмотрены. Начинать прием таблеток на фоне лактационной аменореи можно в любой день, но не раньше, чем через 3–4 недели после родов.

Если пациентка возобновляет половую жизнь уже после шести недель, то первые семь дней следует дополнительно использовать

презерватив, чтобы дать возможность препарату надежно заблокировать возможность овуляции. Если менструации возобновились, начинать прием контрацептивов следует в первый день менструального цикла. В этом случае дополнительная защита не понадобится.

Ненавязчиво напоминаю, что большинству пациенток нет нужды сдавать какие-либо анализы и проходить специальное обследование перед началом такой контрацепции. Простой беседы с врачом будет достаточно.

А если я забываю пить таблетки?

Неудивительно, что в круговороте забот и дел мамочки не всегда регулярно принимают таблетки, существенно повышая риск наступления беременности. Особенно опасна такая забывчивость, если беременность завершилась кесаревым сечением. Именно поэтому после оперативного родоразрешения врачи упорно подталкивают пациенток к выбору высокоэффективных методов пролонгированной контрацепции.

Кормящим мамам стоит присмотреться к чисто прогестиновым контрацептивным имплантатам. Уже через четыре недели после родов имплантат можно ввести под кожу в область внутренней поверхности плеча. Контрацептивный эффект сохраняется три года.

Внутриматочные контрацептивы, в том числе гормонвыделяющую систему, можно установить через четыре недели после родов вне зависимости от способа родоразрешения. Уменьшение объема менструальной кровопотери – прекрасный бонус от левоноргестрел-выделяющей внутриматочной системы, помогающий устраниить железодефицитную анемию.

Если репродуктивные цели выполнены

Высокоэффективным, но, увы, необратимым методом контрацепции является добровольная хирургическая стерилизация.

В России право на стерилизацию получают граждане не моложе 35 лет, имеющие двух и более детей.

Разумное применение простых и эффективных способов планирования семьи позволяет не только избежать абортов, но и обеспечить ребенку самую лучшую на свете пищу, самую полную заботу и здоровую любящую маму.

Контрацепция перед климаксом

Нужна ли контрацепция после 40 лет? Увы, подавляющее большинство женщин отвечает на этот вопрос отрицательно. Пары, имеющие устойчивые сексуальные отношения, от не слишком надежного прерванного полового акта постепенно переходят к полному игнорированию любых мер защиты. И совершенно напрасно.

Если юные прелестницы при задержке менструации даже на полдня сделают 20 тестов на беременность, то взрослые дамы могут далеко не сразу сообразить, что что-то пошло не так: то ли миома растет, то ли климакс подкрался. Нет очередной менструации – да и ладно.

Риск беременности

Беременность у пациенток в возрасте 40+ далеко не всегда проходит благополучно. Конечно, когда речь идет о выстраданном и долгожданном ребенке, а позади годы лечения и слез, наша общая задача, приложив максимальные усилия, помочь женщине реализовать свой «последний шанс».

Совсем другое дело, когда все желанные дети давно рождены и скоро обещают подкинуть внуков, да и состояние здоровья не так чтобы очень – «то лапы ноют, то хвост отваливается». При этом риски «поздних» беременностей хорошо известны⁷. С высокой вероятностью такая беременность может завершиться выкидышем, развиваются самые неприятные и грозные осложнения (кровотечения, аномалии расположения и прикрепления плаценты, гестационный диабет, преэклампсия). Достоверно чаще плод имеет хромосомные аномалии (увы, не только синдром Дауна) или пороки развития. Он может погибнуть и, что совсем страшно, рискует погибнуть мать.

Женщине приходится принимать крайне непростое решение: рискнуть собственной жизнью и здоровьем, благополучием семьи, но родить или прервать беременность. Ох как непросто дается решение в зрелом возрасте, когда она прекрасно понимает, что делает и что

теряет. Когда вспоминает удивительный детский запах, розовые пяточки, смешные причмокивания и первые шаги.

Средний возраст достижения менопаузы в нашей стране – 52 года, но может варьировать от 45 до 55 лет. К сожалению, медицина не способна дать достоверный ответ на вопрос: «Доктор, я еще могу забеременеть?» Уровень ФСГ в переходном периоде может быть весьма вариабельным и не является определяющим для оценки потери фертильности⁸.

Надежных лабораторных тестов, подтверждающих окончательную потерю фертильности, нет!

Выбор контрацепции

В возрасте 40+ привычные и хорошо знакомые методы контрацепции могут серьезно сбоить. От презервативов часто приходится отказываться из-за проблем с эрекцией у партнера. Спермициды могут давать выраженное жжение во влагалище из-за начинающихся атрофических изменений слизистой. Чтобы метод был не только надежным, но и безопасным, стоит обратиться к специалисту.

Первый и главный вопрос, который задают пациентки: «Доктор, а я точно не растолстю?» К сожалению, скорость обмена веществ у женщин после 40 значительно снижается. Поэтому в любом случае, для того, чтобы не растолстеть, придется разумно питаться и знакомиться с фитнес-тренером. Однако врач будет подбирать метод с минимальным влиянием на метаболизм, массу тела и его композицию.

Менструальные кровотечения в переходном периоде становятся более обильными и нерегулярными. Контрацептив для пациентки 40+ должен уметь устранять обильные менструальные кровотечения и предотвращать развитие гиперпластических процессов эндометрия.

В возрасте 40+ приходится учитывать груз прожитых лет. Повышенное артериальное давление, ожирение, желчнокаменная болезнь, мигрени и другие заболевания могут серьезно ограничивать выбор метода⁵.

Курение – категорическое противопоказание для любых эстроген-гестагенных контрацептивов – КОК, пластыря и влагалищного кольца.

Курящие пациентки после 35 лет могут использовать только чисто прогестиновые средства – таблетки, имплантаты и гормонвыделяющие ВМС.

Если применение КОК возможно, группой первого выбора будут препараты, в состав которых входит эстроген, идентичный натуральному⁸. По составу они похожи на препараты для менопаузальной гормонотерапии, но в отличие от них обладают великолепной контрацептивной эффективностью.

Тем, кому эстрогенсодержащие препараты противопоказаны, стоит присмотреться к контрацептивному имплантату и гормонвыделяющей ВМС^{9,10}. Основным преимуществом данного выбора будет отсутствие суеты с ежедневным приемом таблетки и своевременным приобретением новой упаковки. Микродозы гормонов, которые в ежедневном режиме поступают в организм из этих устройств, могут обладать не только контрацептивным, но и лечебным действием.

Случайный «залёт» после 40 – это ситуация, не имеющая правильного решения. И ее можно и нужно предотвратить.

Менопауза и контрацепция

Как узнать, что беременность уже невозможна и почему важно вовремя заменить КОК на «таблетки от климакса»?

Переходный период начинается за 5–6 лет до менопаузы. Гормональная перестройка часто проявляется болью и напряжением в молочных железах, ациклическими маточными кровотечениями, тошнотой, приступами мигрени.

По мере прогрессирования дефицита эстрогенов на первый план выходят приливы, повышенная потливость, нарушения сна, беспричинные боли в мышцах и суставах, «мурашки» на коже, дискомфорт во влагалище и учащенное мочеиспускание. Все это заставляет женщин обращаться за помощью к специалистам.

В идеале, для того, чтобы рассчитать дозировки и продолжительность терапии, гинекологу нужно точно знать, когда наступила менопауза. Менопауза – это последняя менструация в жизни женщины, иначе говоря, некая «точка», которую врачи определяют ретроспективно: если менструаций не было 12 месяцев, значит, та оказалась последней.

Правда, определить точку менопаузы иногда бывает невозможно. Это происходит, например, в том случае, если женщина продолжает принимать оральные контрацептивы. На таких препаратах полноценные менструации могут прекратиться и у женщин с активными яичниками. В то же время на фоне приема КОК менструальнооподобные реакции могут стабильно приходить на протяжении нескольких лет при полностью выключенных яичниках.

КОК или менопаузальная гормонотерапия?

Несмотря на то что КОК скрывают наступление менопаузы, их польза заключается в эстрогенах, за счет которых женщина не испытывает приливов и прочих прелестей климактерия. К сожалению, применение КОК у женщин в возрасте 40+ чревато высоким риском тромбозов, инсультов и инфарктов.

С точки зрения здоровья лучшая альтернатива КОК в климактерии – менопаузальная гормонотерапия (таблетки с меньшими дозировками эстрогена без контрацептивного эффекта). Однако возникает вопрос, когда уже точно можно не предохраняться?

Действительно, с возрастом фертильность снижается, однако это не означает, что контрацепция в переходном периоде не нужна. Беременность может наступить и не развиваться. Также растет вероятность развития пороков развития и хромосомных аномалий. Подобные сюжеты оставляют «рубцы» не только на матке, но и в душе. Тем более что у многих жизнь после 40 только начинается. Вполне может появиться новый (нередко молодой!) партнер, а сексуальные отношения заиграют новыми красками.

Потеря фертильности и возраст

Утверждать, точно ли вы больше не сможете забеременеть, практически невозможно. В соответствии с рекомендациями ВОЗ столь смелое заключение правомочно только после 59 лет. До этого возраста может наступить, хотя и крайне редко, спонтанная беременность.

По современным представлениям, надежная контрацепция должна применяться не менее 2 лет после последней менструации в возрасте до 50 лет или в течение 1 года после менопаузы в возрасте старше 50 лет.

Учитывая сложности с определением менопаузы, Североамериканское общество по менопаузе (NAMS) как вариант предлагает использование гормональной контрацепции женщинами до достижения ими среднестатистического возраста постменопаузы¹¹.

Средний возраст постменопаузы в США – 55 лет (в России – 52 года). Таким образом, женщины могут продолжать предохраняться таблетками до этого возраста, а дальше переключиться на менопаузальную гормонотерапию¹².

Анализы на возможность забеременеть

Однако ситуацию можно оценить и точнее. Для этого в современных клинических рекомендациях предлагают на две недели отменить применение комбинированных гормональных контрацептивов, после чего дважды с интервалом 7–14 дней определить уровень ФСГ (фолликулостимулирующего гормона). Если уровень ФСГ больше 25–30 МЕ/л, можно смело переходить на препараты без контрацептивного эффекта. Считается, что при стойком повышении ФСГ до подобных значений яичники исчерпали запас и беременность невозможна.

Второй способ предполагает отмену контрацептивов на 1–2 месяца. Если самостоятельные менструации не приходят или уровень

ФСГ неизменно держится на отметке более 30 МЕ/л, можно утверждать, что менопауза наступила.

Оба варианта кажутся не слишком приемлемыми, поскольку вынуждают пациентку на какое-то время оставаться «в подвисшем состоянии» без надежной контрацепции или в объятиях приливов и вегетативных расстройств. Именно поэтому многие российские эксперты предлагают проводить контроль уровня ФСГ, не отменяя КОК.

В этом, безусловно, есть смысл, если учитывать, что на фоне приема КОК уровень ФСГ должен быть ниже обычного. То есть, если на фоне приема КОК дважды измеренный уровень ФСГ выше 30 МЕ/л, лучше всего переходить на менопаузальную гормонотерапию.

Тем не менее абсолютно надежных лабораторных тестов, подтверждающих окончательную потерю fertильности, не существует!

Даже такой чувствительный маркер, как антимюллеров гормон (АМГ, вырабатывается в яичниках), не дает 100 % ответ на вопрос, нужна ли еще контрацепция.

Намного проще решать все эти проблемы женщинам, использующим внутриматочную систему, которая выделяет левоноргестрел. С одной стороны, данная ВМС обеспечивает очень надежную контрацепцию, с другой – не содержит эстрогенов. Поэтому систему можно не удалять (и не беспокоиться по поводу беременности), а при появлении симптомов климактерия просто добавить эстрогенный компонент в виде таблеток, пластырей или гелей и таким образом смягчить неприятные симптомы¹³.

Подростки и контрацепция

Одним прекрасным весенним днем шестнадцатилетнюю школьницу с острой болью в спине забрала из дома машина «Скорой помощи». Утром девушку должны были обследовать, но ночью она родила. «Острая боль в спине» оказалась схватками. Врачи, которые госпитализировали девушку, ничего не заметили, так как не пальтировали и не осматривали ее на акушерском кресле. Сама же девушка заявила, что о своем положении не догадывалась, как не замечали беременность и родители подростка (из-за типа фигуры).

При каких условиях женщина действительно может не знать о том, что она беременна, до самого последнего момента? Какие факторы должны совпасть?

У каждого практикующего гинеколога есть такие истории с большей или меньшей степенью трагичности. Я учились в интернатуре, когда скорая привезла в роддом явно рожающую 30-летнюю женщину. «Зачем вы привезли меня в роддом?! – кричала она. – Я не беременна, мне надо в хирургию!» Как это может быть? Ведь она не маленькая девочка? Не могла не догадываться о своей беременности...

В большинстве случаев отрицание своей беременности – это психоз. Подобные феномены описывал еще Зигмунд Фрейд в работе «Защитные нейропсихозы». Мозг отказывается воспринимать негативную информацию и полностью ее отвергает.

Бывает и по-другому. Однажды ко мне на прием пришла глубоко беременная 26-летняя женщина. На глаз – срок явно за 30 недель.

– Что вас беспокоит?

– Доктор, мне кажется, что я беременна, – доверительно сообщила мне пациентка.

– И как давно вы это заподозрили? – полюбопытствовала я.

– Пару недель назад задумалась, что давненько не было месячных. На днях показалось, что ребенок начал шевелиться.

Эта ситуация имела примитивную разгадку – девушка выпивала и вела определенный образ жизни. Узнав о беременности, она стала куда более сдержанной – выпивала «всего пару бутылок пивка» в день. Сдала все анализы, приходила ко мне на визиты. К сожалению, в родах ребенок погиб.

Третий вариант тоже бывает. Тут все по доктору Хаусу: «Даже младенцы лгут». В моей практике это как раз была 14-летняя девочка-подросток и школьный медосмотр. Она боялась заходить в кабинет и обрушивалась с расспросами на одноклассниц: «Что было? Как смотрели?» Конечно, я сделала «стойку» и положила руки на живот. Беременность обнаружилась, срок был уже большой, но плод погиб. Девочка категорически отрицала все, включая сам факт беременности.

Какими последствиями для здоровья матери и ребенка могут быть чреваты ранняя беременность и роды (в возрасте 14–17 лет)?

К сожалению, шансов на печальные исходы в историях про подростковую беременность много. Это всегда трагедия, оказывающая влияние на жизнь и судьбу многих людей. Может быть и уголовное преследование, если девочка не достигла возраста согласия. Суицидальные мысли и попытки во время беременности и в послеродовом периоде у подростков встречаются значительно чаще, чем у взрослых женщин¹⁴.

Подростковая беременность чаще сопровождается пороками развития плода и хромосомными аномалиями. Это может быть связано с серьезным дефицитом питательных веществ¹⁵. Даже при оптимальном питании в пубертате организм предъявляет повышенные требования, потому что необходимы ресурсы на рост и развитие. Возрастные диетические особенности редко можно отнести к здоровым и правильным: любовь к фастфуду, сладостям, газировке способствует дефициту витаминов и микронутриентов (железа,

фолиевой кислоты, цинка, кальция) и избыточному потреблению жиров и углеводов¹⁶.

Беременный подросток – это всегда ЧП, требующее особого внимания акушеров-гинекологов. Риск развития тяжелых осложнений беременности значительно выше. Врачи боятся смертельно опасной преэклампсии, преждевременных родов, замедления внутриутробного роста плода и младенческой смерти^{17,18,19,20,21,22,23,24,25}.

Роды через естественные родовые пути возможны далеко не всегда, поэтому чаще проводят кесарево сечение. Акушерские щипцы или вакуум-экстракцию плода применяют в два раза чаще, чем у взрослых²⁶. Страшно, больно, не хватает мотивации и желания слушать акушеров и тужиться в родах.

Социальные последствия подростковой беременности хорошо изучены в США. У них много открытой статистики и эти вопросы активно обсуждаются^{27,28,29,30,31,32,33}.

У юной матери:

- *меньше шансов получить диплом о среднем образовании; хотя 7 из 10 матерей-подростков заканчивают среднюю школу, они значительно реже поступают в колледж;*
- *больше шансов жить на пособие и не добиться даже среднего уровня жизни;*
- *риск насилия со стороны полового партнера.*

У юного отца:

- *меньше шансов получить хорошее образование;*
- *меньше шансов получить хорошую работу.*

Риски для ребенка, у которого родители – дети:

- *чаще возникают нарушения здоровья и когнитивных функций;*
- *хуже учится в школе, выше вероятность остаться на второй год или бросить учебу;*

- более вероятно, что ребенку будет недостаточно родительского внимания или заботы;
- у девочек выше риск собственной подростковой беременности и ранних половых дебютов;
- у мальчиков выше риск ввязаться в криминальные истории и оказаться в местах лишения свободы.

Существуют ли какие-то государственные программы просвещения подростков в вопросах полового воспитания, которые реализуются через общение гинекологов с подростками?

К сожалению, в нашей стране с половым просвещением подростков все плохо. Рассказывать в школах о методах контрацепции прямо запрещено. По мнению Минобрнауки, любые беседы о сексе разжигают любопытство и подталкивают к ранним половым дебютам. На уроках биологии по-прежнему крайне стыдливо преподают половую систему человека, предпочитая оставлять эти вопросы для самостоятельного изучения.

Мировая практика показывает, что единственным эффективным способом профилактики подростковой беременности является широкое распространение информации о контрацепции среди подростков. Конечно, необходимы и мероприятия в стиле «сумей сказать НЕТ!», но без обучения контрацептивным технологиям это все равно бессмысленно. Информация о том, как предотвратить нежелательную беременность, нужна подростку **ДО** того момента, как эта информация станет актуальной.

Гормональная контрацепция и спорт

Контрацептивы в таблетках официально разрешены WADA и помогают спортсменкам регулировать менструации, однако в России до сих пор опасаются любых гормональных препаратов.

Спорт высоких достижений – это всегда нелегкий труд. Годы тяжелой работы, бесконечные ежедневные тренировки, травмы, соревновательные стрессы, жесточайший отбор. В детский спорт приходят миллионы, результатов достигают сотни, а на пьедестале оказываются единицы.

Рядовые врачи-гинекологи редко сталкиваются с профессиональными спортсменками. Во-первых, их строго опекают врачи сборных команд, во-вторых, в нашей стране действует система врачебно-физкультурных диспансеров, осуществляющих диспансеризацию, обследование и лечение учеников спортивных школ и членов сборных команд России.

В детстве я и сама восемь лет усиленно занималась плаванием. И хорошо помню, что на всех профосмотрах у нас с подружками было одно желание – поскорее отделаться от нудной «обязаловки» и сбежать. Так что жалоб не было никогда, а весьма поверхностное внимание специалиста нас более чем устраивало. Современные спортсменки ничем не отличаются от предыдущих поколений, поэтому такие «пустяки», как болезненные менструации или симптомы предменструального синдрома, вполне могут ускользать от контроля спортивных врачей.

Но однажды ко мне на прием все-таки попала девушка, серьезно занимавшаяся велосипедным спортом. Ее беспокоили обильные и крайне болезненные менструации. Пациентка была хорошо обследована, никакой органической патологии не выявлено. Сборная готовилась к длительным сборам в южноевропейской стране. Крутить педали велосипеда в плотно облегающем трико под палящим солнцем, безусловно, намного эффективнее без боли.

Я решила, что справиться с задачей могут КОК – менструации стали бы значительно менее болезненными и вполне умеренными по объему. Поначалу идея спортсменке понравилась. Беременность

совершенно не входила в ее планы на ближайшие пару лет, поэтому очередной менструации она всегда ждала с двойным ужасом: придет не придет, на сколько дней придется выключаться из тренировочного процесса. Оставалась одна проблема: как к приему КОК отнесется врач сборной команды?

Что разрешает и запрещает WADA

Применение гормональных препаратов в большом спорте – огромная проблема. Безусловно, препараты, обладающие анаболическими эффектами, факторы роста, модуляторы метаболизма категорически запрещены, потому что являются допингом. В нашей стране девушки-спортсменки крайне редко используют даже КОК именно из-за страха перед любыми гормональными препаратами.

Однако пытливый читатель легко найдет в интернете на официальном сайте WADA полный список запрещенных препаратов и обнаружит, что этинилэстрадиол (входящий в состав большинства КОК) и ни один из гестагенных компонентов (диеногест, дезогестрол, норгестимат, гестоден и многие другие) в запретные списки не входят. Более того, диеногест – аналог запрещенного мочегонного спиронолактона – внесен в список исключений. Это значит, что дроспиренон-содержащие КОК можно принимать совершенно безбоязненно.

Как используют КОК зарубежные спортсменки

Комбинированные оральные контрацептивы способны существенно улучшить качество жизни женщины в большом спорте, обеспечивая не только эффективную контрацепцию, но и устранивая менструальные боли, симптомы ПМС, снижая объем менструальной кровопотери, обеспечивая «перенос» менструальноподобных реакций в соответствии с соревновательным графиком^{34,35}.

Конечно, все эти преимущества широко используются нашими соперниками из других стран. Международная ассоциация легкоатлетических федераций (IAAF) издала специальный буклет, в

котором подробно освещает психологические и метаболические процессы в организме женщин-спортсменок в разные фазы менструального цикла.

Опубликованы подробные рекомендации по применению гормональных контрацептивов для коррекции самочувствия и нарушений цикла, благословлен пролонгированный режим приема КОК, чтобы «освободить» от менструаций на несколько месяцев, выпадающих на серьезные соревнования и чемпионаты. Если напряжение от соревнований накладывается на классический предменструальный синдром, то «психи», срывы и ухудшение показателей вполне ожидаемы. КОК успешно решают эту проблему.

В зарубежных источниках также опубликовано немало научных работ по применению КОК у спортсменок. Изучаются вопросы возможности повышения плотности костной ткани у девушек с нарушением менструального цикла. Известно, что интенсивные физические нагрузки у атлеток могут «выключать» менструальную функцию, это приводит к риску скелетно-мышечных травм. А низкие дозы эстрогенов в составе КОК способны сберечь плотность костной ткани и снизить риск спортивного травматизма. Изучаются вопросы улучшения нейромышечной координации и повышении гибкости и эластичности соединительной ткани при помощи гормональных контрацептивов.

А что в России?

А в России пока все тихо и по старинке. Та история с велосипедисткой завершилась предсказуемо. Врач сборной команды даже слышать ничего не захотел о возможности применения гормональной контрацепции, продолжая рекомендовать какие-то витаминные комплексы, маловразумительные БАДы и изредка нестероидные противовоспалительные. Помочь девушке до завершения ее спортивной карьеры оказалось невозможно.

Я давно уже мечтаю о том, чтобы отечественная спортивная медицина обратила пристальное внимание на реальные возможности улучшения здоровья женщин-атлеток, которые может обеспечить легальное применение комбинированных оральных контрацептивов.

Это и прекрасный способ предотвращения нежелательной беременности, и возможность держать под контролем свой цикл со свойственными ему колебаниями настроения и самочувствия.

Контрацепция для курящих

Почему курящим женщинам не назначают КОК?

Знаете, сколько в России курящих женщин? Я не смогла узнать. Я просидела несколько дней не разгибая спины. Искала данные у Росстата, ВОЗ, ВЦИОМ и еще в сотне источников. Достоверных и актуальных данных найти не удалось. С 2013 года (после введения антитабачных мер) наметилась явная положительная динамика, но «сколько вешать в граммах», то есть «сколько это в цифрах», неизвестно.

До введения «драконовских» мер борьбы с курением в России курили 22 % женщин. Большинство курильщиц проживали в крупных городах и находились в возрасте 20–29 лет.

Россия – одна из самых курящих стран мира. Этую проблему невозможно игнорировать. О вреде курения десятки лет кричат «из каждого утюга», ВОЗ разрабатывает специальные программы, правительства вводят ограничения.

Акушерам-гинекологам прекрасно известно, что курение несет угрозу для здоровья матери и плода во время беременности, снижает овариальный резерв и приближает на несколько лет менопаузу.

Что делать ответственным курильщикам? Большинство женщин прекрасно понимают риски и бросают курить до зачатия или с наступлением беременности.

Мама-природа в лице раннего токсикоза усиливает неприятие табачного дыма и помогает легче избавиться от дурной привычки. Правда, к этому времени уже завершается первая волна инвазии трофобласта (формирование плаценты) и определенный вред уже нанесен. Бросать курить надо ДО зачатия. В идеале – за год. Вне планирования беременности – предохраняться.

Помню неприятную историю, когда меня пригласили на разбор случая тромбоза глубоких вен (это тяжелое и опасное событие) на фоне приема противозачаточных таблеток. Женщине было 36 лет, двое детей, чуть полновата, но вполне здоровая. На фоне третьей упаковки противозачаточных – тромбоз, как гром среди ясного неба.

– Понимаете, она курит как паровоз! – яростно убежждает меня доктор.

– Стоп! Женщине 36 лет. Курение в возрасте 35+ – категорическое противопоказание для КОК! Ей просто нельзя было принимать эти таблетки.

Если к 35 годам женщина совмещает курение и комбинированную гормональную контрацепцию, что-то одно придется бросить. Правильнее – курение, безопаснее – контрацепцию. Это звучит парадоксально, но все объясняет бессмертная цитата Марка Твена: «Бросить курить очень просто. Я делал это тысячи раз!»

С точки зрения экспертов ВОЗ, к «некурящим» пациента можно отнести только в том случае, если он не курит более года.

Повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, кратковременный спазм сосудов, повышение свертываемости крови, затруднения для движения крови по сосудам – все эти эффекты курения хорошо изучены.

Если на этот фон наложить длительный прием гормонального препарата, для которого возможны те же неблагоприятные эффекты, а потом «присыпать» дополнительным триггером – авиаперелетом, лишним весом, малоподвижным образом жизни, эффект получится совершенно предсказуемый.

Акушеры-гинекологи знают о риске тромботических осложнений эстроген-гестагенной контрацепции, дают советы по его профилактике. Чем старше женщина, тем выше риск. Если юным девушкам курение на фоне КОК мы условно прощаем, хотя и рекомендуем отказаться от вредной привычки, то к женщинам 35+ применяют более строгие меры.

Конечно, запрет на комбинированную контрацепцию не значит, что женщине остается грустный выбор между презервативом и прерванным половым актом. Для каждой пациентки можно и нужно подобрать приемлемый метод.

Приемлемый – это не просто эффективный, но безопасный. Именно безопасность должна быть приоритетом для гинеколога, который помогает сделать пациентке контрацептивный выбор. Приходится принимать во внимание не только состояние здоровья, но

и социальные факторы, поведенческие и немедицинские аспекты, в том числе такие «безобидные привычки», как табакокурение.

Что делать, если комбинированная гормональная контрацепция противопоказана

Гормональная контрацепция может применяться в том случае, если препараты не содержат эстрогеный компонент³⁶. Это могут быть таблетки, которые врачи обычно рекомендуют для кормящих матерей (чисто прогестиновые оральные контрацептивы, содержащие дезогестрол). Данный способ очень надежен, но требует ежедневного и точного по времени (!) приема таблетки без перерывов и выходных. Нарушения режима приема – основная причина контрацептивных неудач.

Женщинам, которым нужен более спокойный режим и высокоэффективная контрацепция, можно предложить контрацептивный имплантат. Устройство вводится под кожу в области внутренней стороны плеча на 3 года. Все это время показатель неудач составляет 0,3 %. Ограничение – вес: девушкам с весом более 90 кг стоит заменить имплантат через 2,5 года.

Во многих странах мира популярно внутримышечное введение прогестинового препарата каждые 3 месяца. Это удобно, но не прижилось в РФ из-за риска возможных анаболических эффектов. Возможная прибавка веса пугает соотечественниц сильнее, чем риск инсульта или инфаркта.

Внутриматочные контрацептивы во всем своем многообразии (гормонвыделяющие и металлсодержащие) могут использоваться курящими женщинами, не имеющими противопоказаний к этому виду контрацепции.

Альтернативой долгосрочным стратегиям служат барьерные методы (презервативы, колпачки, влагалищные диафрагмы и спермициды).

Женщины, не готовые отказаться от курения, вынуждены тщательнее следить за состоянием здоровья и с разумной осторожностью выбирать методы контрацепции. Полезно обзавестись несколькими здоровыми привычками.

- Ежедневно съедать хотя бы один свежий яркий фрукт или овощ (яркая окраска фруктов и овощей говорит о высоком содержании каротиноидов – провитаминов А, природных антиоксидантов, которые жизненно необходимы при курении).
- Использовать косметику с УФ-фильтрами (кожа у курильщиков становится сухой, бледной, чувствительной, рано теряет упругость).
- Ежедневно совершать прогулки на свежем воздухе.

Лучше все-таки бросить курить. Это безопасно, красиво и хорошо пахнет.

Новости мужской контрацепции

О том, что контрацепция – исключительно женская проблема, я пишу уже давно. Нравится это нам или нет, но именно женщины вынуждены пить гормональные таблетки, ставить спириали, наслаждаться возможными побочными эффектами, не говоря уже о рисках венозных и артериальных тромбозов. Это деньги, это время, это определенные хлопоты, слезы, нервы, страхи.

Мужчины вынуждены довольствоваться малым. На контрацептивном рынке «для мальчиков» есть презервативы на любой вкус, цвет и размер, сироватый и беспощадный прерванный половой акт и вазэктомия – метод мужской стерилизации, на которую в нашей стране почти никто не соглашается.

Мечта о мужской гормональной контрацепции витает давным-давно. Исследований море, разочарований море. Но сама идея кажется настолько перспективной, что попытки создания «мужской пилюли» идут не первый десяток лет.

По данным обзора 2010 года, около 25 % мужчин выразили готовность принимать гормональные контрацептивы для предотвращения беременности партнерши³⁷. Мы довольно давно ждем новостей с фронтов мужской гормональной контрацепции. Утешительных пока нет.

Очередные клинические испытания мужского гормонального контрацептива начались в апреле 2018 года (по планам, займут около четырех лет)^{38,39}. Многоцентровое исследование идет в США, Великобритании, Италии, Швеции, Чили и Кении. На сегодняшний день это наиболее масштабный проект за всю историю поиска «мужской таблетки». Заодно изучают, нет ли опасности для женщин, партнеры которых втирают себе в плечи волшебную смазку-гель, в составе которого тестостерон и мощный прогестин (Nestorone)⁴⁰. Гель наносится на кожу (плечи), подавляет уровни гонадотропинов (как и у женщин), что позволяет блокировать сперматогенез. Присутствие тестостерона призвано предотвращать побочные эффекты (снижение либидо, перепады настроения, акне и увеличение веса). Наносить гель

надо ежедневно, контрацептивный эффект длится около 72 часов, уменьшая количество сперматозоидов⁴¹.

Насколько эта идея понравится мужчинам, предсказать сложно. Некоторые товарищи утверждают, что после тестирования 56 % мужчин были удовлетворены новым препаратом, примерно треть заявила, что, если препарат все же будет продаваться, они готовы покупать и использовать его⁴². Большинство экспертов испытывают умеренный энтузиазм – уже изучалась куча мужских контрацептивов на основе тестостерона, результаты было совершенно не фееричные.

Однако основная проблема мужской контрацепции лежит далеко за пределами доказательств эффективности и безопасности. Самый главный вопрос – готовы ли женщины доверить мужчине контрацепцию, не связанную совым актом? Не презерватив, не вовремя «выскочил»? Готовы ли женщины поверить, что мужчина действительно не забывает регулярно принимать таблетки или использует гель?

Приложение

Комбинированные (эстроген-гестагенные) контрацептивы, РФ июнь 2020

Торговое наименование	Прогестин (мг)	Эстроген (мкг)	Примечание
Монофазные комбинации			
Джес Джес Плюс Димия Модэлль Тренд Лея	Дроспиренон 3 мг	Этинилэстрадиол 20 мкг	Одобрен для лечения акне и ПМС режим 24+4
Ярина Ярина Плюс Мидиана, Видора, Модэлль ПРО Анабелла Ямера Фемисс Анжета Изнель 30 Делсия	Дроспиренон 3 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Жанин Силуэт Бонадэ Диециклен Фемисс Месси	Диеногест 2 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Логест Линдинет 20 Гестарелла Фемисс Гинеста Мини	Гестоден 0,075 мг	Этинилэстрадиол 20 мкг	режим 21+7
Фемоден Линдинет 30 Фемисс Гинеста	Гестоден 0,075 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Мерсилон Новинет Модэлль Овуле Мануэль 20	Дезогестрел 0,15 мг	Этинилэстрадиол 20 мкг	режим 21+7

Марвелон Регулон Дейзи 30 Мануэль 30 Фемисс Виджина Делуна	Дезогестрел 0,15 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Белара Ангелетта	Хлормадинона ацетат 2 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Диане-35 Хлое Модэлль Пьюр Эрика-35 Бэсамель	Ципротерон ацетат 2 мг	Этинилэстрадиол 35 мкг	только лечебные показания, не рекомендован для плановой контрацепции режим 21+7
Минизистон 20 фем Меллева Везантра	Левоноргестрел 0,1 мг	Этинилэстрадиол 20 мкг	режим 21+7
Модэлль Либера	Левоноргестрел 0,1 мг	Этинилэстрадиол 20 мкг	режим 84+7 (последние 7 таблеток содержат 10 мкг этинилэстрадиола)
Минизистон	Левоноргестрел 0,125 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Микрогинон Ригевидон Оралкон	Левоноргестрел 0,15 мг	Этинилэстрадиол 30 мкг	режим 21+7
Зоэли	Номегэстрола ацетат 2,5 мг	Эстрадиола гемигидрат 1,55 мг	режим 24+4
Парентеральные комбинированные контрацептивы			
НоваРинг	Этоногестрел 0,12 мг	Этинилэстрадиол 15 мкг	вагинальное кольцо, режим 21+7

Евра В пластыре содержится 6 мг НГ и 600 мкг ЭЭ	Норэлгестромин 203 мкг	Этинилэстрадиол 33,9 мкг	трансдермальный пластырь, режим 21+7
Многофазные комбинации			
Клайра	Диеногест 2/3 мг	Эстрадиола валерат 3/2/1 мг	одобрено для лечения обильных менструальных кровотечений; режим 26+2
Три-Мерси	Дезогестрел 0,05/0,1/0,15 мг	Этинилэстрадиол 35/30/30 мкг	режим 21+7
Триквилар Три-регол Тригестрел	Левоноргестрел 0,05/0,075/0,125 мг	Этинилэстрадиол 30/40/30 мкг	режим 21+7

Библиографический список

Глава 1. Демографическая ситуация в России и abortion

1. Федеральная служба государственной статистики <https://www.gks.ru/>
2. Полина М.Л. История абортов в России // Status Praesens № 1(4). 2011. С. 75–79.
3. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. 2-е изд. ВОЗ, 2013.
4. U.S. Food & Drug Administration. Mifepristone: Approval Process and Postmarketing Activities. Statement of Janet Woodcock, M.D. Deputy Commissioner for Operations Food and Drug Administration before the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy and Human Resources House Committee on Oversight and Government Reform. May 17, 2006.
5. U.S. Food & Drug Administration. RCM # 2007–525 NDA 20–687. Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2018.
6. Michelle J. Bayefsky, B.A., Deborah Bartz, M.D., M.P.H., Katie L. Watson, J.D. Abortion during the Covid-19 Pandemic – Ensuring Access to an Essential Health Service. N Engl J Med 2020; 382:e47. DOI: 10.1056/NEJMmp2008006
7. Edna Astbury-Ward. Revised Telemedicine for Medical Abortion During COVID-19 – Medscape – Mar 31, 2020.

Глава 2. Особенности национальной контрацепции

1. Экстренная контрацепция. Информационный бюллетень ВОЗ. 2 февраля 2018 г.
2. Emergency Contraceptive Pills. Medical and Service Delivery Guidance, Fourth Edition 2018. International Consortium for Emergency Contraception.

3. Kapp N, Abitbol JL, Matheï H, Scherrer B, Guillard H, Gainer E, Ullmann A. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2015 Feb; 91(2).
4. Praditpan P, Hamouie A, Basaraba CN, Nandakumar R, Cremers S, Davis AR, et al. Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception*. 2017.
5. Festin MP, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. *Contraception*. 2017.
6. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011.
7. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2006.
8. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *The Lancet*. 1999; 353(9154):721.
9. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet* 2002;360(9348).
10. Festin MP, Bahamondes L, Nguyen et al. A prospective, open-label, single arm, multicentre study to evaluate efficacy, safety and acceptability of pericoital oral contraception using levonorgestrel 1.5 mg // *Hum Reprod*. 2016 Mar; 31(3):530-40. doi: 10.1093/humrep/dev341. Epub 2016 Jan 31.
11. Harper CC, Rocca CH, Darney PD. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents.// *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Oct; 191(4):1158-63.
12. Raine TR, Ricciotti N, Sokoloff A. et al. An over-the-counter simulation study of a single-tablet emergency contraceptive in young females.// *Obstet Gynecol*. 2012 Apr; 119(4):772-9.
13. ACOG. Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception.// *Obstet Gynecol*. 2015 Sep;126(3):e1-11.

14. Adamson G.D. et al. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system // Fertil. Steril. 2010. Vol. 94 (5). P. 1609–1615.
15. Combined Hormonal Contraception January 2019 (Amended July 2019). Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. January 2019.
16. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Pollicar M, editors. Contraceptive technology: twentieth revised edition. NewYork (NY): Ardent Media; 2011.
17. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции / ВОЗ. 5-е изд. 2015.
18. Smith JD, Oakley D. Why do women miss oral contraceptive pills? An analysis of women's self-described reasons for missed pills.// J Midwifery Womens Health. 2005 Sep-Oct;50(5):380-5.

Глава 3. Гормональная контрацепция

1. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции / ВОЗ. 5-е изд. 2015.
2. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. М., 2012.
3. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):3-12. doi:10.1016/j.beem.2012.11.004.
4. Regidor PA. Clinical relevance in present day hormonal contraception. Horm Mol Biol Clin Investig.2018;37(1):/j/hmbci.2019.37.issue-1/hmbci-2018-0030/hmbci-2018-0030.xml. Published 2018 Oct 26. doi:10.1515/hmbci-2018-0030.
5. Wasiak R, Filonenko A, Vanness DJ, et al. Impact of estradiol valerate/dienogest on work productivity and activities of daily living in women with heavy menstrual bleeding. J Womens Health (Larchmt). 2013;22(4):378–384. doi:10.1089/jwh.2012.3633.
6. Regidor PA, Schindler AE. Antiandrogenic and antimineralcorticoid health benefits of COC containing newer progestogens: dienogest and drospirenone. Oncotarget. 2017;8(47):83334-83342. Published 2017 Aug 3. doi:10.18632/oncotarget.19833.

7. Управление менструальным циклом: новые возможности. Инновации в контрацепции – гибкий пролонгированный режим и цифровые технологии дозирования: информационный бюллетень / М. Б. Хамошина, М. Г. Лебедева, Н. Л. Артикова, Т. А. Добрецова; под ред. В. Е. Радзинского – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 24 с.
8. Сперофф Леон, Дарни Филип Д. Клиническое руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепской. Бином, 2009.
9. Edelman A, Micks E, Gallo MF, et al. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev 2014;:CD004695. doi:10.1002/14651858.CD004695.pub3.
10. Nash Zachary, Thwaites Annette, Davies Melanie. Tailored regimens for combined hormonal contraceptives BMJ 2020; 368:m200.
11. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception (January 2019, Amended July 2019).
12. Gloviczki P. Handbook of Venous Disorders Guidelines of the American Venous Forum. 3rd ed. / ed. Gloviczki P. Hodder Arnold Publishers, 2009. P. 624.
13. Клинические рекомендации РООМ по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению, предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желёз / И. В. Высоцкая, В. П. Летягин, В. Г. Черенков и др. М., 2015. 21 с.
14. Vogt C, Schaefer M. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;16(3):183–193. doi:10.3109/13625187.2011.561938.
15. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD003987. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub5.
16. Nelson AL. Combined oral contraceptives. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D, et al.editor(s). Contraceptive Technology. 19th Edition. New York: Ardent Media, Inc., 2007:193–270.
17. Ingela Lindh, Agneta Andersson Ellström, Ian Milsom. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight, Human Reproduction, 2011, pp. 1917–1924, 26/7, DOI: 10.1093/humrep/der094.

18. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products Post-authorisation Evaluation of Medicines for Human use London, 28 September 2001 Doc.
19. Dinger J.C., et al. The safety of a drospirenonecontaining oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142 475 women-years of observation // Contraception 2007; 75 (5): 344-54.
20. Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks. Product information updated to help women make informed decisions about their choice of contraception // European Medicines Agency. – 2014. – 4 p.
21. Heit J., et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: A 30-year population-based study // Ann. Intern. Med. – 2005. – Vol. 143 (10). – P. 697–706.
22. Carrie Armstrong ACOG Guidelines on Noncontraceptive Uses of Hormonal Contraceptives // Am. Fam. Physician. 2010. Aug 1. Vol. 82 (3). P. 288–295.
23. Curtis K.M., Tepper N.K., Jatlaoui T.C. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. // MMWR Recomm. Rep. 2016. Vol. 65 (3). P.1. [Epub 2016 Jul 29] [PMID 27467196].
24. Calhoun A.H. Hormonal Contraceptives and Migraine With Aura- Is There Still a Risk? // Headache. 2017. Vol. 57 (2). P. 184. [Epub 2016 Oct 24] [PMID 27774589].
25. Chürks M. et al. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis // BMJ. 2009. Vol. 339. P. 657–665. [PMID: 19861375].
26. Tepper N.K., Whiteman M.K., Zapata L.B. et al. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. //Contraception. 2016. Vol. 94 (6). P. 630–640. [PMID 27153744].
27. Edlow A.G., Bartz D. Hormonal contraceptive options for women with headache: a review of the evidence. // Rev. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 3 (2). P. 55–65. [PMID: 20842283].
28. Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review./Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016;21(5):347. Epub 2016 Aug 15.
29. Wiréhn AB, Foldemo A, Josefsson A et al. Use of hormonal contraceptives in relation to antidepressant therapy: A nationwide

population-based study./ Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010;15(1):41.

30. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression./ JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1154.

31. Harlow BL, Wise LA, Otto MW et al. Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles./ Arch Gen Psychiatry. 2003 Jan;60(1):29–36.

32. Joffe H, Cohen LS, Harlow BL Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration./ Am J Obstet Gynecol. 2003 Dec;189(6):1523-30.

33. Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P et al. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study./ Hum Reprod. 2011 Nov;26(11):3085-93. Epub 2011 Aug 12.

34. Keyes KM, Chelsack-Postava K, Westhoff C et al. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States./ Am J Epidemiol. 2013 Nov;178(9):1378-88. Epub 2013 Sep 15.

35. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression./ JAMA Psychiatry. 2016; 73(11):1154.

36. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides./ Am J Psychiatry. 2018 Apr 1;175(4):336–342. Epub 2017 Nov 17.

37. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A et al. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception./N Engl J Med. 2012 Jun 14;366(24):2257-66.

38. Berlin I, Aubin HJ, Thomas D. Comment on the Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides./ Am J Psychiatry. 2018 Jul 1;175(7):683.

39. Heinemann L. A., Thiel C., Assmann A., Möhner S. Frequency and reasons for switching/stopping use of oral contraceptives. Results of the German Cohort Study on Women Health // Zentralbl. Gynakol. 2001. Vol. 123. N 10. P. 568–577.

40. Burrows L.J., Basha M., Goldstein A.T. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. J Sex Med 2012 Sep 12;9

(9):2213–23. Epub 2012 Jul 12.

41. Boozalis A, Tutlam NT, Chrisman Robbins C. Sexual Desire and Hormonal Contraception // *Obstet Gynecol*. 2016 Mar;127 (3): 563-72.
42. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review./ *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Feb;18 (1):27–43.
43. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women-a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial.// *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Nov;101(11):4046–4053. Epub 2016 Aug 15.
44. Oranratanaphan S, Taneepanichskul S. A double blind randomized control trial, comparing effect of drospirenone and gestodene to sexual desire and libido.// *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 4:S17.
45. Bancroft J, Davidson DW, Warner P. Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives.// *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1980;12(4):327.
46. Di Carlo C., Gargano V., De Rosa N., Antonio Tommaselli G. A. et al. Effects of estradiol valerate and dienogest on quality of life and sexual function according to age // *Gynecol. Endocrinol*. 2014. Vol. 30. N 12. P. 925–928.
47. Goldstein I. et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review / Mayo Clinic Proceedings, Volume 92, Issue 1, 114–128.
48. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM et al. Cancer risk among users oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioners oral contraception study. *BMJ* 2007; 335: 651.
49. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the associations between duration of oral contraceptive use and ovarian, endometrial, breast, and colorectal cancers [published online January 18, 2018]. *JAMA Oncol*. doi:10.1001/jamaoncol.2017.4942.
50. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2013; 22(11):1931–1943.
51. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual

participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncology* 2015; 16(9):1061–1070.

52. Cullins VE. Noncontraceptive benefits and therapeutic uses of depot medroxyprogesterone acetate.// *J Reprod Med.* 1996; 41(5 Suppl):428.

53. Kaunitz AM. Depot medroxyprogesterone acetate contraception and the risk of breast and gynecologic cancer.// *J Reprod Med.* 1996; 41(5 Suppl):419.

54. Montz FJ, Bristow RE, Bovicelli A. et al. Intrauterine progesterone treatment of early endometrial cancer.// *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(4):651.

55. Soini T, Hurskainen R, Grénman S. et al. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland.// *Obstet Gynecol.* 2014 Aug;124(2 Pt 1):292-9.

56. Jareid M, Thalabard JC, Aarflot M. et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system use is associated with a decreased risk of ovarian and endometrial cancer, without increased risk of breast cancer. Results from the NOWAC Study // *Gynecol Oncol.* 2018;149(1):127. Epub 2018 Mar 2.

57. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Pharmaceuticals. Combined estrogen-progestogen contraceptives. Exit Disclaimer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans 2012; 100A:283–311.

58. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: An analysis from the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *Journal of Clinical Oncology* 2016; 34(24):2888–2898.

59. Havrilesky LJ, Moorman PG, Lowery WJ, et al. Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2013; 122(1):139–147.

60. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: The Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017; 216(6):580.e1-580.e9.

61. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2013; 22(11):1931–1943.

62. Luan NN, Wu L, Gong TT, et al. Nonlinear reduction in risk for colorectal cancer by oral contraceptive use: a meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Causes & Control* 2015; 26(1):65–78.
63. Murphy N, Xu L, Zervoudakis A, et al. Reproductive and menstrual factors and colorectal cancer incidence in the Women's Health Initiative Observational Study. *British Journal of Cancer* 2017; 116(1):117–125.
64. Vicus D, Finch A, Rosen B, et al. Risk factors for carcinoma of the fallopian tube in women with and without a germline BRCA mutation.// *Gynecol Oncol*. 2010 Aug;118(2):155–9. Epub 2010 May 10.
65. Jordan SJ, Green AC, Whiteman DC et al. Serous ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancers: a comparative epidemiological analysis.// *Int J Cancer*. 2008;122(7):1598.
66. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347(9017):1713–1727.
67. Beaber EF, Buist DS, Barlow WE, et al. Recent oral contraceptive use by formulation and breast cancer risk among women 20 to 49 years of age. *Cancer Research* 2014; 74(15):4078–4089.
68. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer (Nurses' Health Study, United States).//*Cancer Causes Control*. 1997; 8(1):65.
69. Vessey M, Painter R Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968–2004.// *Br J Cancer*. 2006; 95(3):385. Epub 2006 Jul 4.
70. Vessey M, Yeates D Oral contraceptive use and cancer: final report from the Oxford-Family Planning Association contraceptive study // *Contraception*. 2013 Dec; 88(6):678–83. Epub 2013 Sep 2.
71. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer.// *N Engl J Med*. 2002;346(26):2025.
72. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, et al. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 2017; 377(23):2228–2239.

73. Moorman PG, Havrilesky LJ, Gierisch JM et al. Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast cancer among high-risk women: a systematic review and meta-analysis.// *J Clin Oncol.* 2013 Nov;31(33):4188-98. Epub 2013 Oct 21.
74. Iodice S, Barile M, Rotmensz N, et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis. *European Journal of Cancer* 2010; 46(12):2275–2284.
75. McLaughlin JR, Risch HA, Lubinski J. et al. Reproductive risk factors for ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study.// *Lancet Oncol.* 2007;8(1):26.
76. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet* 2003; 361(9364):1159–1167.
77. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N. et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study.// *Lancet.* 2002;359(9312):1085.
78. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review.// *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013 Nov;22(11):1931-43. Epub 2013 Sep 6.
79. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370(9599):1609–1621.
80. Радзинский В. Е. и др. Фактология «искренних заблуждений». Отношение российских врачей к гормональной контрацепции / В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина // *Status Praesens.* 2011. № 3. С. 16–19.
81. Peterson K. B. Ovarian reserve assessment in users of oral contraception seeking fertility advice on their reproductive lifespan // *Human Reproduction.* 2015. Vol. 30. № 10. P. 2364–2375.
82. Cronin M. et al. Rate of pregnancy after using drospirenone and other progestin-containing oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 2009. Vol. 114 (3). P. 616–22.
83. Андреева Е.Н., Соколова Д.А., Григорян О.Р. Контрацепция у женщин с ожирением. *Ожирение и метаболизм.* 2016; 13(3):65–69.

84. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis and Haemostasis*. Mar 2003; 89(3):493–498.
85. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC) 2016.
86. Асташкин Е.И., Глезер М.Г. Ожирение и артериальная гипертония // Проблемы женского здоровья. № 4. Т. 3. 2008.
87. Arbeeny C.M. Addressing the unmet medical need for safe and effective weight loss therapies. *Obes Res* 2004; 12(8): 1191–6.
88. Sharp HT, Adelman M. 2017 Update on abnormal uterine bleeding. Endometrial sampling and obesity: Forget the «age 45» rule. *OBG Manag* 2017 April;29(4):30–36.
89. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Heavy Menstrual Bleeding Clinical Guideline 44. London: RCOG Press for NICE; 2007.

Глава 4. LARC – контрацепция для ленивых

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. PB. 2017. Number 186.
2. Jeffrey F Peipert, QiuHong Zhao, Jenifer E Allsworth, Emiko Petrosky, Tessa Madden, David Eisenberg, Gina Secura. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2011; 117:1105-13. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821188ad.
3. Mavranzouli I. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. *Hum Reprod* 2008; 23:1338–1345. DOI: 10.1093/humrep/den091.
4. Чернуха Г.Е. Правильное консультирование – ключевой фактор расширения использования обратимых контрацептивных методов длительного действия // Гинекология. 2014. № 3. С. 22–26.
5. The ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems // *Hum. Reprod. Update*. 2008. Vol. 14. № 3. P. 197–208.

6. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women / D. Hubacher [et al.] // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 345. № 8. P. 561–567.

7. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices // Obstet. Gynecol. 2012. Vol. 120. № 4. P. 983–988.

Глава 5. Негормональная контрацепция

1. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции / ВОЗ. 5-е изд. 2015.

2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011 May;83(5):397–404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12. PMID: 21477680; PMCID: PMC3638209.

3. Raymond EG, Chen PL, Luoto J. Contraceptive effectiveness and safety of five nonoxynol-9 spermicides: a randomized trial. Obstet Gynecol 2004; 103:430-9.

4. Grimes DA, Lopez LM, Raymond EG., Halpern V, Nanda K, Schulz KF. Spermicide used alone for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD005218. DOI: 10.1002/14651858.CD005218.pub4.

5. Старокадомская А. Бессмертные клетки Генриетты Лакс // Биомолекула. 2010. Текст: электронный. URL: <https://biomolecula.ru/articles/bessmertnye-kletki-genrietty-laks>.

6. Renata S. Tavares1, Andreia F. Silva, Sara Escada-Rebelo, Ana P. Sousa, Teresa Almeida-Santos, Yana Mas, Violaine Jabbour, João Ramalho-Santos. Spermicidal agents Benzalkonium Chloride and Nonoxynol-9: In vitro comparative efficacy and tolerance. ESC 2018 Poster Session.

7. Marmor D. La contraception locale spermicide. Gynecol Obstet Fertil 2001; 29: 705–713.

8. Li W, Huang Z, Wu Y et al. Effectiveness of an optimized benzalkonium chloride gel as vaginal contraceptive: a randomized controlled trial among Chinese women.//Contraception. 2013 Jun; 87(6):756-65. Epub 2012 Oct 22.

9. Serfaty D. Contraception in breastfeeding women: place for spermicides // *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Jan; 44(1):18–27. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.07.001. Epub 2014 Oct 23 [PMID: 25443467].
10. Serfaty D. Contraception during perimenopause: The spermicides option // *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2017 Mar;46(3):211–218. doi: 10.1016/j.jogoh.2016.10.007. Epub 2017 Jan 30. [PMID: 28403917].
11. Дикке Г. Б., Ерофеева Л. В. Современные особенности национальной контрацепции: информированность, применение и эффективность // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014. № 1 (5). С. 63–71.
12. Хамошина М. Б., Маклецова С. А. Результаты социологического опроса россиян о знаниях по контрацепции (2015) // *Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2015. № 5 (28). С. 43–50.
13. Crosby, R., Sanders, S., Yarber, W. L., & Graham, C. A. (2003). Condom-use errors and problems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4), 367–370. doi:10.1016/s0749-3797(03)00015-1.

Глава 6. Контрацепция для всех

1. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med*. 2012;9(9):2330–2341. doi:10.1111/j.1743–6109.2012.02804.x.
2. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, et al. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95:1004–1008.
3. Svanborg C, Agerstam H, Aronson A, Bjerkvig R, Düringer C, Fischer W, Gustafsson L, Hallgren O, Leijonhuvud I, Linse S, Mossberg AK, Nilsson H, Pettersson J, Svensson M. HAMLET kills tumor cells by an apoptosis-like mechanism-cellular, molecular, and therapeutic aspects. *J Adv Cancer Res*. 2003; 88:1-29.
4. Beth Skwarecki. Killing Bacteria, With a Little Help From Breast Milk Science.2013
<https://www.sciencemag.org/news/2013/05/scienceshot-killing-bacteria-little-help-breast-milk>.

5. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции / ВОЗ. 5-е изд. 2015.
6. Merki-Feld GS, Imthurn B, Langner R, Seifert B, Gantenbein AR. Positive effects of the progestin desogestrel 75 µg on migraine frequency and use of acute medication are sustained over a treatment period of 180 days. *J Headache Pain*. 2015;16:522. doi:10.1186/s10194-015-0522-8.
7. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Contraception and hormonal management in the perimenopause. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24(1):3-10. doi:10.1089/jwh.2013.4544.
8. Клинические рекомендации (протокол лечения) от 02.10.2015 г. № 15-4/10/2-5804 «Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте». Российское общество акушеров-гинекологов.
9. Baldwin MK, Jensen JT. Contraception during the perimenopause. *Maturitas*. 2013;76(3):235–242. doi:10.1016/j.maturitas.2013.07.009.
10. Bitzer J. Overview of perimenopausal contraception. *Climacteric*. 2019;22(1):44–50. doi:10.1080/13697137.2018.1540566.
11. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*. 2014; 21(10):1038–1062. doi:10.1097/GME.0000000000000319.
12. Rebecca H. Allen, MD, MPH, and Carrie A. Cwiak, MD, MPH. Contraception for midlife women // *Menopause*, Vol. 23, No. 1, 2016.
13. Wildemeersch D. Safety and comfort of long-term continuous combined transdermal estrogen and intrauterine levonorgestrel administration for postmenopausal hormone substitution – a review. *Gynecol Endocrinol* 2016; 32:598–601.
14. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:77.
15. Lenders CM, McElrath TF, Scholl TO. Nutrition in adolescent pregnancy. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:291.
16. Kingston D, Heaman M, Fell D, et al. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics* 2012; 129:e1228.
17. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332:1113.

18. Olausson PM, Cnattingius S, Goldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997; 89:451.
19. Rees JM, Lederman SA, Kiely JL. Birth weight associated with lowest neonatal mortality: infants of adolescent and adult mothers. *Pediatrics* 1996; 98:1161.
20. Phipps MG, Blume JD, DeMonner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstet Gynecol* 2002; 100:481.
21. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child* 2009; 94:239.
22. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, et al. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25:98.
23. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014; 121 Suppl 1:40.
24. Trairisilp K, Jaiprom J, Luewan S, Tongsong T. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *J Obstet Gynaecol Res* 2015; 41:1726.
25. Brosens I, Muter J, Gargett CE, et al. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:546.
26. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child* 2009; 94:239.
27. Maynard RA. Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy, Urban Institute Press, Washington, DC 1997.
28. Nord CW, Moore KA, Morrison DR, et al. Consequences of teenage parenting. *J Sch Health* 1992; 62:310.
29. Wiemann CM, Agurcia CA, Berenson AB, et al. Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Matern Child Health J* 2000; 4:93.
30. Harrykissoon SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:325.

31. Moffitt TE, E-Risk Study Team. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43:727.
32. Assini-Meytin LC, Green KM. Long-term consequences of adolescent parenthood among African-American urban youth: a propensity score matching approach. *J Adolesc Health* 2015; 56:529.
33. Udo IE, Lewis Lmft JB, Tobin JN, Ickovics JR. Intimate Partner Victimization and Health Risk Behaviors Among Pregnant Adolescents. *Am J Public Health* 2016; 106:1457.
34. Bennell K, White S, Crossley K. The oral contraceptive pill: a revolution for sportswomen?. *Br J Sports Med.* 1999;33(4):231–238. doi:10.1136/bjsm.33.4.231.
35. Schaumberg MA, Emmerton LM, Jenkins DG, Burton NW, Janse de Jonge XAK, Skinner TL. Use of Oral Contraceptives to Manipulate Menstruation in Young, Physically Active Women. *Int J Sports Physiol Perform.* 2018; 13(1):82–87. doi:10.1123/ijspp.2016–0689.
36. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. *Am Fam Physician.* 2010; 82(6):621–628.
37. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception.* 2010; 82:453–456.
38. Mullin E. Men will soon test a sperm-stopping gel for birth control. *MIT Technology Review.* December 20, 2017. Source Accessed November 26, 2018.
39. U.S. National Library of Medicine. ClinicalTrials.gov. Study of Daily Application of Nestorone® (NES) and Testosterone (T) Combination Gel for Male Contraception. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03452111.
40. U.S. National Library of Medicine. ClinicalTrials.gov. Study of Serum Testosterone and Nestorone in Females After Secondary Exposure to Nestorone ® (NES) + Testosterone (T) Combined Gel Applied to Shoulders and Upper Arms in Males (CCN005B). ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02994602.
41. Ilani N, Roth MY, Amory JK, et al. A new combination of testosterone and nestorone transdermal gels for male hormonal contraception. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97:3476–3486.
42. Roth MY, Shih G, Ilani N, et al. Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial.

Contraception. 2014; 90:407–412.