

Гормональная и внутриматочная контрацепция:
параллели или альтернатива?
Занько С.Н.
(Витебский государственный медицинский университет)

Регуляция рождаемости с помощью различных способов контрацепции является важным резервом сохранения здоровья матери ребенка, снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Имеются определенные различия в целях программ «планирования семьи» в разных странах. Эти программы в развивающихся странах призваны замедлить темпы роста населения с помощью широкого применения контрацептивных средств, а также других мер: запрещения ранних браков, разрешения аборт и т.д. Во многих странах, контроль над рождаемостью позволяет избежать нежелательной беременности и чрезмерного роста семьи, а также, что особенно важно с медицинских позиций, способствует оптимизации интервалов между беременностями и времени родов, сохранению здоровья женщины / 3 /.

Из многих способов предупреждения беременности к наиболее высокоэффективным относятся: использование внутриматочных средств (ВМС), гормональная контрацепция, хирургическая стерилизация и некоторые современные спермициды.

Современные контрацептивные средства должны отвечать нескольким основным требованиям. Они должны быть высокоэффективны; не оказывать отрицательного воздействия на организм женщины и сексуального партнера; не иметь тератогенного действия на последующее потомство, быть простыми в употреблении; их противозачаточное действие должно носить преходящий (обратимый) характер. Вместе с тем, они должны быть доступными и приемлемыми по стоимости.

В последнее время в регионах стран бывшего СССР сложилась, на наш взгляд, несколько неадекватная трактовка отношения к различным формам и методам контрацепции. Во многих публикациях и на многих конгрессах различного уровня чаще всего проводится сопоставление тех или иных положительных или отрицательных аспектов одного из методов, который противопоставляется другому. Особенно очевидно такая позиция просматривается по отношению к двум наиболее распространенным и популярным методам контрацепции гормональной и внутриматочной. Целью данной работы является попытка показать, что каждый из этих методов безусловно имеет свои показания и противопоказания, преимущества и недостатки, но ни коим образом не должен рассматриваться по отношению к другому как альтернативный. Сложившаяся ситуация вполне понятна с точки зрения конкуренции и возможности расширения рынка и, безусловно, во многом спровоцирована в большей степени коммерческими, а не медицинскими причинами. К сожалению, в этот спор оказались вовлечены и многие учёные и практические врачи, работающие в области планирования семьи.

Гормональная контрацепция – самый распространенный в настоящее время метод предохранения от нежелательной беременности. Более 120 миллионов женщин во всем мире используют гормональные контрацептивы для предохранения и с лечебной целью / 3 /. Созданы десятки гормональных средств и методов с высоким контрацептивным эффектом. Но все же попытки получить гормональный препарат, который бы в процессе применения полностью имитировал физиологические колебания содержания эстрогенов и гестагенов в организме женщины на протяжении менструального цикла, не увенчались успехом до настоящего времени. Не имеется в практическом применении ни одного контрацептивного гормонального средства, которое было бы лишено многочисленных побочных влияний на эндокринную, сердечно-сосудистую и другие системы организма, метаболические и пролиферативные (включая новообразования) процессы, а также на иммунные механизмы в организме женщины / 2 /. Речь может идти лишь о снижении этих побочных

действий в последних препаратах трехфазного действия, микродозированных контрацептивах по сравнению с препаратами более раннего поколения.

В связи с этим хотелось бы привести слова известного шведского профессора Е. Дисфалюши: «Сложная система исследований противозачаточных средств необходима потому, что их назначают миллионам здоровых людей в течение длительного периода времени, медицинское наблюдение за которыми минимальное. Поэтому путь исследования препаратов не должен заканчиваться их регистрацией и продажей: именно с этого момента наступает новый период продолжительных эпидемиологических наблюдений за значительным количеством людей в плане возможного возникновения новообразований, различных метаболических сдвигов, эндокринных нарушений, тромбоэмболических осложнений, вторичных генеративных изменений и т.д.» / 2 /.

Необходимо остановиться на том факте, что **показания для использования оральных контрацептивов (ОК)** весьма многочисленны. В целом можно сказать, что ими могут пользоваться все желающие женщины репродуктивного возраста, не имеющие противопоказаний. При выборе метода контрацепции и варианта ОК следует руководствоваться данными об их многосторонних влияниях на организм женщины. Показано применение ОК и с лечебной целью при различных эндокринных заболеваниях у женщин.

Контрацептивный эффект ОК объясняется совокупностью многозвеньевоего действия как эстрогенных, так и гестагенных компонентов: эстрогенные соединения способствуют блокаде созревания яйцеклетки и овуляции за счет торможения биосинтеза гонадотропных (ФСГ и ЛГ); эстрогены изменяют цикличность трансформации эндометрия, ускоряют транспорт яйцеклетки в случае ее созревания и способствуют лизису (обратному развитию) желтого тела. В свою очередь, гестагены уплотняют слизь цервикального канала, что препятствует трансцервикальному прохождению сперматозоидов; ингибируют процесс оплодотворения путем угнетения ферментной активности, изменяют секреторную фазу эндометрия, а также тормозят процесс овуляции, в связи с угнетением гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и блокадой выброса гонадотропинов в перивуляторный период.

Следует отметить, что большинство исследований посвящены оценке контрацептивных эффектов и лишь немногие из них изучают результаты фармакодинамических влияний ОК на органы и системы организма, метаболические процессы, особенно иммунную систему, и выполнение генеративной функции в последующем с учетом длительности применения ОК и их вариантов. Хотя **внеконтрацептивные эффекты ОК** довольно разнообразны. Их можно разделить на условно благоприятные и неблагоприятные, субъективные и объективные.

Изменения менструального цикла сводятся чаще к сокращению продолжительности менструации, уменьшению кровопотери, а в ряде случаев и к аменорее. Все это оценивается как благоприятные эффекты, поскольку снижается объем теряемой крови, что может быть профилактикой железодефицитной анемии. Нередко при приеме ОК возникают межменструальные кровомазания, особенно при низком содержании в них эстроген-гестагенных компонентов. В таких случаях лучше использовать препараты с повышенными дозами эстрогенов и гестагенов. При продолжительном применении КОК наблюдаются выраженные морфологические изменения яичников, которые становятся по своим размерам и структуре похожими на яичники у женщин в постменопаузе. Исходя из этого, можно считать, что и контрацептивный эффект ОК обусловлен разными механизмами в начале их применения и после длительного использования.

За счет изменений в слизи цервикального канала, нивелирования симптома "зрачка", снижения сократительной активности матки **уменьшается риск распространения воспалительных** процессов из влагалища в матку, а из нее в трубы. В то же время увеличивается частота хламидийной инфекции и ее генерализованных форм, что, возможно, обусловлено изменением биоценоза влагалища.

Особый интерес представляет частота **гиперпластических процессов и опухолей гениталий и молочной железы** у женщин, длительно принимающих ОК. Считается, что применение ОК снижает риск развития гиперпластических процессов и рака эндометрия, кистозных образований яичников, чего не наблюдается в отношении молочной железы. Частота гиперпластических процессов и злокачественных новообразований молочной железы на фоне массового использования КОК возрастает.

Из положительных эффектов ОК можно отметить у принимающих их женщин **отсутствие внематочной беременности** и в отдельных случаях **лечебный эффект при синдроме гирсутизма**.

Риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний при приеме ОК признается всеми исследователями. Особенно опасно развитие **артериальной гипертензии**. Применение ОК приводит к активации свертывающей системы крови за счет эстрогенного компонента, что увеличивает риск тромбоэмболических осложнений. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и тромбоэмболических осложнений особенно возрастает при приеме ОК курящими женщинами и в возрасте старше 35 лет, а также зависит от дозы гормональных компонентов в таблетках.

По влиянию на **липидный обмен** можно выделить антагонистические эффекты эстрогенного и гестагенного компонентов. Именно прогестины способствуют увеличению липопротеидов низкой плотности и снижению липопротеинов высокой плотности, что и определяет ненужный атерогенный эффект. С целью его снижения и проводится совершенствование ОК с уменьшением доз гормональных компонентов. В меньшей степени ОК влияют на уровень холестерина. Гормональные компоненты в контрацептивных таблетках **снижают толерантность к глюкозе**, влияют на уровень инсулина в крови. Эти воздействия в основном обусловлены эстрогенным компонентом, поэтому для женщин с измененной толерантностью к глюкозе предпочтительнее контрацептивы, содержащие только прогестерон. В целом следует отметить, что в большей степени эффекты ОК на сердечно-сосудистую систему, коагулирующие свойства крови и обмен веществ, проявляются у тех женщин, которые имели предрасположенность к подобной патологии (гиперпластические состояния, тромбофлебиты и сахарный диабет у родственников в анамнезе или обнаруженные при конкретном обследовании). Негативным эффектом ОК считается прибавка массы тела.

Очень важно оценивать **функцию печени и почек у женщин**, пользующихся ОК. Это необходимо потому, что процессы фармакокинетики потребляемых гормональных средств в основном происходят в печени и почках. Кроме того, известно, что этинилэстрадиол и норстероиды вызывают изменения функции печени и способствуют холестазу, а процессы Элиминация продуктов метаболизма гормональных компонентов ОК осуществляются через мочевыводящие пути. В связи с этим патология печени и почек может быть основанием к тому, чтобы не рекомендовать ОК в качестве контрацептивных средств в случаях выявления патологии этих органов.

Из субъективных симптомов при использовании ОК следует отметить **тошноту и рвоту, головные боли, болезненность и напряжение в молочных железах, депрессию и снижение либидо**. Все эти симптомы могут иметь место вначале использования ОК, затем они исчезают. Более продолжительное течение характерно для депрессии и снижения либидо. Депрессивные состояния связываются с замедлением метаболизма триптофана под влиянием гестагенного компонента ОК. При прогрессировании этого состояния показано изменение метода контрацепции. Снижение либидо обусловлено угнетением функции яичников, уменьшением секреции половых гормонов, что может приводить к дискомфорту при половой жизни. Проблема также решается отменой ОК и изменением метода контрацепции.

Влияние ОК на функциональное состояние эндокринных органов имеет место, хотя данные литературы об этом неоднозначны. Общеизвестно, что наблюдается **ингибирование процесса стероидогенеза в яичниках**, с чем связывается и падение либидо. В то

же время, при общей тенденции к **снижению функции щитовидной железы** у женщин, принимающих ОК, рядом исследователей отмечается ее нормализация как при гипер-, так и при гипофункции. влиянии КОК на функцию надпочечников существуют различные мнения. Чаще отмечается **уменьшение глюкокортикоидной функции надпочечников и** продукции кортизола.

Генеративная функция после отмены ОК восстанавливается. Есть сведения о нормальном течении беременности и родах для матери. Недостаточно изучено влияние ОК на развитие плода и новорожденного. Вопрос о тератогенных эффектах ОК и воздействиях на генетические структуры нуждается в более детальном изучении. Поэтому целесообразно после продолжительного применения ОК при необходимости выполнения генеративной функции рекомендовать женщине воздержаться от зачатия в первые месяцы после их отмены.

Эффективность ОК достигает 0,2-1,0 по индексу Пирля. Принято считать, что все неудачи (наступление беременности при приеме ОК) связаны с нарушениями приема препарата; возможными болезненными состояниями организма, применением одновременно нескольких лекарственных средств и другими факторами, влияющими на фармакодинамику и фармакокинетику ОК. Дисбактериоз кишечника, диспепсические расстройства и заболевания печени будут влиять на процессы фармакокинетики, а следовательно, и на эффективность ОК. Последние могут также взаимодействовать с различными лекарственными препаратами, которые принимает женщина, что, будет усиливать или ослаблять эффективность тех и других средств.

Противопоказания к применению ОК разделяют на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям относятся: наличие беременности; гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца, тромбоэмболические состояния или их угроза (риск); выраженные обменные нарушения (ожирение, сахарный диабет и др.); мигрень и различные варианты церебральной ишемии; болезни печени и почек; гормонозависимые опухоли; период лактации; дисфункции яичников и другая эндокринная патология невыясненного генеза, злокачественные новообразования; сочетание двух и более состояний по относительным противопоказаниям; суб- и декомпенсированное течение экстрагенитальных заболеваний. К относительным противопоказаниям относятся: допубертатный период; возраст старше 35 лет; курение и алкоголизм; нарушение липидного обмена I-II степеней; различные гипертензивные состояния; отягощенный акушерский анамнез по гипертонической болезни, ишемической болезни сердца; компенсированные пороки сердца; гиперпролактинемия; гипоменструальный синдром; различные болезни и болезненные состояния, требующие продолжительного применения лекарственных препаратов.

Обобщая литературные сведения, следует отметить, что создание двух- и трехфазных оральных контрацептивных средств явилось одним из достижений по совершенствованию гормональной контрацепции. Эти препараты могут считаться препаратами выбора среди гормональных контрацептивных средств для женщин молодого возраста и желающих продолжить генеративную функцию. Сравнивая различные гормональные контрацептивные средства по безопасности их применения, следует сказать, что двух- и трехфазные препараты (типа антеовина, трирегола, триквилара и др.), содержащие низкие дозы гормональных компонентов (эстрогенов и прогестинов), оказывают незначительное влияние на уровень артериального давления, углеводный и липидный обмены, факторы коагуляции и ренин-ангиотензивную систему. Они позволяют осуществлять четкий контроль за менструальными циклами и не нарушают нормальной трансформации эндометрия. Таким образом, создание двух- и трехфазных Оральных контрацептивных средств является шагом прогресса в гормональной контрацепции.

Наряду с этим, как справедливо отмечает профессор И.В. Дуда / 2 /, следует обратить особое внимание на необходимость проведения исследований и улучшения диспансерного наблюдения за женщинами, использующими гормональные контрацептивы. Если говорить о требованиях, предъявляемых к гормональным контрацептивным средствам, то

можно отметить, что наименее изучен вопрос об их негативных влияниях на организм женщины по сравнению со всеми другими известными контрацептивными средствами и методами.

Внутриматочная контрацепция (ВМК) известна с древних времен как метод предохранения от беременности у людей и животных. Техническая конструкция внутриматочных средств (ВМС) постоянно совершенствовалась от простых колец из различного материала до современных внутриматочных контрацептивов, содержащих различные активные вещества (металлы и гормоны). К настоящему времени известно около 100 разновидностей ВМК. На протяжении длительного времени проведено огромное число исследований по методике, эффективности, осложнениям, показаниям и противопоказаниям к этому виду контрацепции. В процессе совершенствования внутриматочных средств достигнут высокий показатель их эффективности – менее одного случая беременности на сто женщин в течении пяти и более лет их использования. По различным источникам, ими пользуются в мире около 100 млн. женщин / 1 /.

Большое число исследований в области использования и возможных осложнений ВМС сыграло к какой-то мере злую шутку в отношении врачей и пациентов к этому методу. Длительное и детальное, в сравнении с ОК, всестороннее изучение возможных побочных явлений и осложнений ВМК привело к распространенному предубеждению о высокой вероятности проблем при использовании ВМК по сравнению с другими методами контрацепции.

Побочные явления и осложнения ВМК по своей частоте и выраженности также в значительной степени зависят от правильности подбора, индивидуальных особенностей, типа ВМК, длительности пользования и оптимизации диспансерного наблюдения / 2 /.

Отмечаются следующие осложнения хорошо известные гинекологам: болевой синдром, экспульсия ВМК, потеря нитей, маточная или внематочная беременность, кровотечения вне и во время менструаций, повышенная влагалищная секреция, внедрение ВМК в стенку матки и ее перфорация, воспалительные заболевания и другие влияния на организм.

Боли и дискомфорт, возникающие во время или после введения ВМС, особенно у не рожавших женщин (по данным Прилепской В.Н. / 1 / частота этого осложнения достигает 5% женщин), как правило, вскоре проходят. Для профилактики и устранения таких явлений успешно используют расширение цервикального канала с помощью ламинарий или парацервикальную анестезию с лидокаином.

Частичная или полная экспульсия ВМК наблюдается чаще в первые дни или часы после введения. Это явление, как правило, является следствием неправильного подбора ВМК и у многорожавших женщин при разрывах шейки матки. Экспульсия ВМС вместе с потерей нитей (вследствие втяжения их в полость матки или обрыва) является показанием для производства УЗИ исследования и при необходимости удаления ВМС с последующей заменой.

Внутриматочные противозачаточные средства признаны высокоэффективными контрацептивами, но все-таки в 0,5-2% может наступить беременность. Вопрос о тактике при наступлении маточной беременности решается индивидуально. При желании женщины сохранить беременность целесообразно удалить ВМК и проводить правильную диспансеризацию и обследование. Если удаление ВМС затруднено из-за отсутствия усиков, то в этом случае ВОЗ рекомендует информировать женщину о риске, которому она подвергается в случае сохранения беременности. По данным Н.Л. Tatum (1986) / 7 /, остающиеся внутри матки ВМС при беременности не приводят к увеличению риска других осложнений – врожденных дефектов, генетических аномалий или хоринэпителиомы.

После введения внутриматочного контрацептива в течение 5-10 дней у большинства женщин отмечаются кровянистые выделения, не требующие терапии. Лишь в некоторых случаях (2,1-3,8%) возникает необходимость лечения. Для лечения гиперполименореи применяются такие нестероидные противовоспалительные препараты, как индометацин,

напросин, ибупрофен и др. Целесообразно назначать их и с целью профилактики возможных осложнений внутриматочной контрацепции. Так, В.Г. Мачитидзе (1986) / 4 / отметил снижение болевого синдрома с 14% до 4%, отсутствие экспульсий и воспалительных заболеваний при приеме женщинами напросина. Е.И. Сотникова и соавт. (1990) / 5 / зафиксировали снижение тяжести осложнений под воздействием ибупрофена и напроксена. Нами отмечалось также уменьшение частоты нарушения менструального цикла с 17,3% до 7,4% при профилактике этих осложнений индометацином в течение 5-7 дней после введения ВМС. Решение об удалении внутриматочного контрацептива из-за повышенной кровопотери, изменения характера менструального цикла, риска развития анемии, неудобств для женщины следует принимать при резко выраженных симптомах и отсутствии эффекта от консервативного лечения.

В течение 60-х - 70-х годов ВМС получили широкое распространение. Все они были изготовлены из полиэтилена с добавлением сульфата бария для рентгенконтрастности. Однако, наиболее распространенная американская ВМС (Dalkon Shield) вызывала частые кровотечения и схваткообразные боли, контрольные нити представляли собой пучок резиновых волокон, которые явились причиной частых восходящих инфекций. В июне 1974 года FDA потребовала прекращения ее продаж, и был издан приказ о немедленном удалении ВМС такого типа у всех женщин. Приказ FDA базировался на том факте, что 12 женщин с ВМС умерли вследствие тяжелых инфекций. Эти события привели к устойчивому негативному образу ВМС, как среди врачей, так и среди потребителей. По статистическим данным (США, 1974-1977) носители ВМС госпитализировались вдвое чаще, чем остальные, смертность забеременевших на фоне присутствия ВМС в полости матки была в 50 раз выше, чем в контрольной группе. На волне этого скандала была сформирована гипотеза об устойчивой связи ВМС с тяжелыми тазовыми инфекциями.

В исследованиях 80-х - 90-х годов при полноценном сравнении женщин, не использовавших никакой контрацепции, с пользователями ВМС, было показано, что у последних ниже доля воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Исследователи 60-х годов не учитывали то, что известно сейчас: фактор наибольшего риска развития ВЗОМТ - полигамное сексуальное поведение. Сексуальная революция 60-х - 70-х привела к пику использования ВМС, которые ошибочно были обвинены в росте инфекционных осложнений / 8 /.

В таких разных странах, как Китай, Норвегия, Финляндия и Египет, где никогда не было эпизодов негативного отношения к спиральям, более 100 млн. женщин являются группой постоянного потребления. Настоящее время характеризуется значительным повышением интереса к ВМС, в том числе в США. Это связано с изменившимся этическим состоянием общества - увеличением числа длительных браков и моногамных связей, при которых ВМС является оптимальным методом контрацепции.

До сих пор в литературе встречаются противоречивые мнения об использовании ВМС, что свидетельствует о неустоявшихся взглядах медицинской общественности на контрацепцию в целом. Многие врачи продолжают считать, что ВМС способствуют распространению заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП). Всемирная Организация Здравоохранения провела ряд исследований, целью которых была проверка тезиса о связи ВМС и ВЗОМТ. В 23000 изученных случаев были обнаружены только 81 случай tuboовариальных воспалительных процессов (0,34% случаев ВЗОМТ в популяции женщин с ВМС (ВОЗ, 1997) / 8 /). Было также установлено, что риск ВЗОМТ был в 6 раз выше в течение первых 20 дней после введения и оставался крайне низким в течение следующих 8 лет наличия спирали в полости матки. Установлено, что инфекции полости матки и маточных труб, проявляющиеся в срок от 3 недель до 3 месяцев после установки ВМС, связаны с нарушениями асептики при введении. Инфекции, развившиеся в более поздние сроки, связаны с сексуально-трансмиссивными инфекциями. Также существует корреляция между низким числом ВЗОМТ в популяции с низким риском ЗППП (ВЗОМТ крайне

редко отмечаются в Китае, где более половины женщин репродуктивного возраста пользуются ВМС).

В зависимости от типа спирали современные медьсодержащие ВМС эффективны до 10 лет. Социологические исследования показывают, что женщины - привычные потребители ВМС делятся на два типа. Первый - регулярно подвергающийся врачебному осмотру и контролю нитей (в основном с целью диагностики экспульсии). Второй - применяющий спираль без контроля более 5 лет (более 70% от пользователей ВМС). Многие исследователи полагают, что ВМС должны оставаться в полости матки до окончания срока эффективности и не удаляться периодически с целью контроля, как это зачастую делается сейчас. Рутинное периодическое (1 раз в два года) удаление ВМС может привести к росту случаев постманипуляционного инфицирования.

По международным нормам принято вводить и удалять ВМС с парацервикальной анестезией и нанесением на шейку матки дезинфицирующего раствора.

Асептическое введение и удаление ВМС признается большинством исследователей как основной фактор профилактики ВЗОМТ. Проведенное в 1995 году в Лос Анжелесе рандомизированное исследование в 11 клиниках, показало, что у 918 пациенток, которым была проведена краткосрочная антибиотикопрофилактика при введении ВМС и у 915 пациенток с плацебо - не было отмечено существенного различия между группами сравнения. Одним из путей подхода к данной проблеме является применение эффективных местных антимикробных средств. Английские исследователи провели исследования введения и удаления ВМС с использованием дезинфицирующего, анестезирующего и смазывающего геля (Инстиллагель, Farco-Pharma, Германия). Препарат был инстиллирован в цервикальный канал при помощи насадки Instillaquil - пластиковой цилиндрической канюли. При использовании Инстиллагеля был получен выраженный обезболивающий эффект и отсутствие инфекционных осложнений, несмотря на недостатки аппликатора (избыточная жесткость материала канюли иногда приводила к травматизации слизистой эндцервикса).

В 2000 году в России была разработана новая технология применения Инстиллагеля в комбинации с оригинальной насадкой-аппликатором. Последующие манипуляции (гистерометрия и введение ВМС) проводятся через 7-10 минут после введения Инстиллагеля. Это время необходимо для обеспечения адекватной анестезии, достаточной релаксации шейки матки, дезинфицирующего эффекта.

По-нашему мнению, разработки, позволяющие снизить частоту возможных известных побочных действий и осложнений при использовании традиционных методов контрацепции, являются перспективным, а главное надежным путем к успеху. В своей практике мы широко используем дифференцированный подход к применению внутриматочной контрацепции.

К безопасным и высокоэффективным средствам предупреждения беременности относят ВМС серии «Юнона Био-Т». Эти современные средства обеспечивают дифференцированный подход к применению контрацепции в зависимости от индивидуальных запросов и возможностей организма женщины. При разработке этой серии ВМС учтены достоинства и недостатки предыдущих устройств. Важной особенностью контрацептивов «Юнона Био-Т» обеспечение постоянного, оптимального усилия в местах контакта ВМС и эндометрия, что определяет высокую надежность и безопасность контрацепции.

Наличие различных моделей ВМС «Юнона Био-Т» позволяет дифференцированно подобрать подходящий контрацептив для женщины с учетом индивидуальных особенностей. Указанные модели ВМС могут быть рекомендованы следующим группам женщин. Для длительной (7-8 лет) контрацепции наиболее целесообразно применение «Юнона Био-Т 380 Ад», в составе которого имеется серебряный сердечник в медной проволоке, увеличивающий срок использования средства за счет медленной и равномерной диффузии ионов меди. Для контрацепции между родами (3-5 лет) показан «Юнона Био-Т380». «Юнона Био-Т кольцеобразной формы» - медьсодержащие ВМС в форме кольца двух

размеров (Тип № 1 и Тип № 2) рекомендуются после медицинского аборта, вакуум-аспирации, а также женщинам, имеющим в анамнезе экспульсии ВМС других моделей. Тип 1 показан в качестве средства контрацепции нерожавшим, а тип 2 — рожавшим женщинам. Тип 2 может быть использован при истмико-цервикальной недостаточности органического и функционального характера. Введение кольцеобразных моделей этой серии производится методом «вталкивания», точно так же, как и введение ВМС «Мультилоуд Си375». Срок использования ВМС первого типа составляет 3 года, второго - 5 лет.

ВМС «Юнона Био-Т Super» обработан препаратами прополиса, обладающими бактерицидными свойствами. Поэтому средство рекомендуется женщинам, перенесшим воспалительные заболеваний гениталий. Срок использования составляет 5 лет.

Обязательным компонентом подготовки женщины к введению любого ВМС является санационная программа, которая осуществляется в обязательном порядке даже при хороших результатах микробиологического исследования. Санационные мероприятия обеспечиваются применением вагинальных свечей «Бетедин» производства фирмы «Egys» (Венгрия). Свечи назначались за три дня до введения ВМС однократно в день и на протяжении семи дней после введения. У наших пациенток мы не наблюдали осложнений воспалительного характера.

Противопоказания к применению ВМС:

- Беременность (выявленная или предполагаемая);
- Активная, рецидивирующая или недавно перенесенная тазовая инфекция;
- Нерегулярные, необъясненные или аномальные маточные кровотечения;
- Альго- и полименоррея;
- Явный или предполагаемый рак шейки или полости матки;
- Эндокардит, активный ревмокардит, наличие искусственных клапанов сердца;
- Нарушения свертываемости крови;
- Иммунодефицитные состояния (включая связанные с терапией стероидами);
- Предыдущие беременности на фоне ВМС;
- Многократные экспульсии ВМС из матки;
- Анатомические аномалии матки, такие как перегородка, доброкачественные субмукозные опухоли;
- Аллергия на медь или болезнь Вильсона;
- Анемия;

Подводя итоги раздела, связанного с использованием внутриматочных контрацептивов, необходимо остановиться на тех свойствах ВМС, оценка которых претерпела изменения в последнее время. Это позволяет в определенной мере пересмотреть отношение к показаниям для использования этого метода. Исследования ВОЗ (1988, 1997) / 8 /, проведенные во всем мире, свидетельствуют:

- При наличии гоноррейной или хламидийной инфекции наличие или отсутствие ВМС не влияет на развитие ВЗОМТ;
- При наличии ВИЧ-инфекции - наличие ВМС не влияет на прогрессирование заболевания;
- Наличие ВМС не снижает эффективность антибиотикотерапии ВЗОМТ;
- Наличие ВМС не влияет на развитие трубного бесплодия;
- ВМС у моногамных женщин увеличивают вероятность заболевания ВЗОМТ только в период до 3-4 недель после введения;
- ВМС не влияют на возможность забеременеть в будущем;
- Монофиламентная нить ВМС, применяемая во всех современных моделях, не является "проводником" для восходящей инфекции;

- ВМС является оптимальным средством контрацепции в период лактации;
- ВМС - эффективное средство "срочной" посткоитальной контрацепции (при введении в сроке до 4 дней после коитуса);
- ВМС имеет самый низкий процент "неудач" среди всех "обратимых" средств контрацепции (менее 1 % для наиболее широко используемых спиралей)
- При социологических опросах: потребители ВМС - наиболее удовлетворенная группа потребления по сравнению с пользователями других методов контрацепции (ВМС - 98% довольны, пероральные контрацептивы - 92%, презервативы - 87%).

В странах постсоветского пространства в последние годы сложились негативные демографические тенденции, вследствие чего численность народонаселения ежегодно снижается десятками тысяч, хотя ежегодный прирост народонаселения в мире составляет 70-90 млн. человек. Поэтому вряд ли можно согласиться с теми положениями по планированию семьи и контрацепции, которые у нас пропагандируются, как и в странах Африки, Азии и Латинской Америки, где прирост численности народонаселения достигает 3% и более в год. Это приводит к естественной мысли / 2 /, что женщины научились регулировать рождаемость, ограничивая ее в большей степени, чем это требуется. Несмотря на столь парадоксальную ситуацию, наши женщины прибегают к абортam чаще, чем во многих других странах мира. В этих непростых условиях на потребительском рынке контрацептивов законодателями мод должны быть медицинские аргументы: показания, противопоказания и недостатки того или иного метода. Сама постановка вопроса об альтернативности контрацептивов наносит вред объективному подходу к индивидуальному выбору метода контрацепции и разумному решению проблемы регуляции рождаемости.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Внутриматочная контрацепция. Под редакцией В.Н. Прилепской, Москва, - 2000.
2. Дуда И.В., Дуда Вл.И., Дуда В.И. Клиническая гинекология. Т.2., Минск, - 1999.
3. Корхов В.В., Иванов А.П. Некоторые аспекты применения современных методов контрацепции. // Охрана материнства и детства. -2001. - №2. - с.40-44.
4. Мачитидзе В.Г. Применение препарата напросин для профилактики побочных явлений внутриматочных контрацептивов // грузинская респ. Конференция молодых ученых: Материалы.- Тбилиси, 1986. - С.17.
5. Сотникова Е.И. Состояние репродуктивной системы и принципы диспансеризации женщин, использующих различные методы регуляции рождаемости: Дис... д-ра мед. наук. - М., 1990.
6. Хэтчер Р.А., Ковал Д., Хомасуридзе А., Шакаришвили А. И др. Руководство по контрацепции (международное издание), 1993.
7. Tatum H.J. Milestones in intrauterine device development // Fertil. Steril. - 1986. - Vol.39. -P. 141-143.
8. WHO (1988). Comparative Study of Copper T Model Tcu 380A and the Copper T Model T 220c in Parous Women/ WHO Study 79914 (Geneva: World Health Organization, 1997).