

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Посвящение .....	4
Коллектив авторов .....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	7
Вступление .....	9
<b>Глава 1.</b> Аборты, рождаемость и методы обратимой контрацепции длительного действия .....	13
<b>Глава 2.</b> Вопросы выбора методов обратимой контрацепции длительного действия .....	19
<b>Глава 3.</b> Медицинские критерии приемлемости для использования методов обратимой контрацепции длительного действия .....	22
<b>Глава 4.</b> Теоретическая и клиническая эффективность методов контрацепции при идеальном и типичном применении .....	26
<b>Глава 5.</b> Внутриматочные металлосодержащие средства .....	33
<b>Глава 6.</b> Внутриматочные гормональные системы .....	58
<b>Глава 7.</b> Подкожные имплантаты .....	95
<b>Глава 8.</b> Контрацептивное влагалищное кольцо.....	125
<b>Глава 9.</b> Возможности и ограничения применения обратимой контрацепции длительного действия с учетом рисков гиперпролиферативных процессов и злокачественных новообразований .....	151
Заключение .....	160
Приложение 1. Национальные медицинские критерии приемлемости обратимой контрацепции длительного действия. ....	161
Приложение 2. Форма скрининга пациенток, желающих применять комбинированные гормональные контрацептивы, в том числе и контрацептивное влагалищное кольцо .....	172
Приложение 3. Форма скрининга пациенток, желающих применять прогестиновые контрацептивы .....	178
Приложение 4. Форма скрининга пациенток, желающих применять внутриматочные средства контрацепции .....	181

## ВСТУПЛЕНИЕ

Концепция демографической политики в Российской Федерации заключается в укреплении здоровья и увеличении продолжительности жизни граждан. Безусловно, одним из приоритетных направлений является сохранение репродуктивного здоровья женщины. Ведущей причиной низкой рождаемости является бесплодие различного генеза, одним из факторов которого является искусственное прерывание беременности в анамнезе. Поэтому использование методов эффективной, безопасной и доступной контрацепции является важным компонентом сохранения здоровья женщины, направленным на предупреждение аборт и ассоциированных с ним осложнений.

Во второй половине XX века произошел значительный пересмотр роли женщины в обществе и семье, а также изменились взгляды на ее здоровье и состояние репродуктивной системы, в том числе на планирование беременности и контрацепцию. Препятствием для надлежащего, длительного и эффективного применения контрацепции является неудобство ее использования, а также опасения врачей и пациентов в безопасности препаратов. Забывая принять препарат вовремя, женщины нарушают предписанный режим. Таким образом, актуальность разработки и внедрения новых методов контрацепции обусловлена социальным и психологическим аспектами.

Обратимая контрацепция длительного действия (ОКДД, long-acting reversible contraceptives, LARCs) заключается в применении методов с лицензированным сроком применения не менее чем 1 раз в месяц.

При этом долгосрочные контрацептивные средства имеют ряд таких преимуществ, как высокая эффективность и продолжительность использования, отсутствие необходимости частого посещения аптеки для пополнения запасов, действие таких средств обратимо, характеризуется быстрым восстановлением фертильности после удаления, эффективность не зависит от соблюдения режима приема. Контрацептивные средства из группы ОКДД могут применяться подкожно, внутримышечно, интравагинально или внутриматочно.

Преимущества выбора методов ОКДД перед другими заключаются в хорошей переносимости препаратов, существенно сниженном риске ошибки пользователя, высокой комплаентности и др. Применение гормональных методов ОКДД сопряжено с клинически важными неконтрацептивными эффектами, например со снижением интенсивности болевого синдрома (дисменореи) и обильности менструальных кровотечений. Помимо

основного эффекта, внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел (52 мг), используется для лечения гиперпластических процессов эндометрия. Начинать применение методов ОКДД возможно в краткий период после родов во время грудного вскармливания. Кроме того, такие организации, как Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) и Американская академия педиатрии (AAP), поддерживают применение ОКДД у подростков, первое обращение к гинекологу у которых должно состояться в возрасте 13–15 лет [1]. Благодаря безопасности и относительной легкости применения ОКДД данные методы могут быть рекомендованы также для пациентов с когнитивной или физической инвалидностью, что потенциально может облегчить гигиенический уход за ними.

Однако недостаточная осведомленность врачей и пользователей о преимуществах и ограничениях методов ОКДД, «искусственные» страхи и заблуждения о негативном влиянии контрацепции на здоровье женщины в целом и в частности на фертильность, появление нежелательных явлений, а именно межменструальных кровянистых выделений, аменореи и пр., сопровождаются снижением комплаентности пользователя и даже отказом от применения данного вида контрацепции.

Внимательное отношение врача к потребностям женщины в данный период ее репродуктивной активности, донесение информации в доступной форме, полное информирование о преимуществах и ограничениях конкретных методов, доброжелательный и уважительный настрой врача, подбор метода с учетом потребностей и предпочтений пациентки благоприятно отображаются на состоянии психологического комфорта при использовании контрацептива, повышают приверженность к его использованию даже при возникновении изменений и состояний, о которых она в простой и доступной форме заблаговременно осведомлена и имеет представление, как действовать в сложившейся ситуации (применять дополнительные методы защиты при экспульсии контрацептива, иметь при себе и использовать гигиенические принадлежности в дни мажущих выделений при адаптации к применению препарата, срочно обратиться за квалифицированной медицинской помощью при манифестации осложнений и пр.). Также, поскольку неизвестность, заблуждения, полученные от знакомых и из общедоступных источников, могут усугублять беспокойство пациентки, тем самым повышая ее ожидания боли (механизм дополнительной сенситизации, восприимчивости к боли), необходимо полное информирование и обсуждение подготовки и этапов процедуры использования ОКДД. В качестве обезболивания могут быть использованы нестероидные противовоспалительные

препараты до введения внутриматочного контрацептива или имплантата, непосредственно после него, также в США для обезболивания применяется закись азота [2]. В одном из исследований, проведенных в США, было показано, что введение медьсодержащего контрацептива и внутриматочной системы, содержащей 10,5 мг левоноргестрела, сопровождается менее выраженными болевыми ощущениями по сравнению с установкой внутриматочной системы, содержащей 52 мг левоноргестрела.

**Рекомендовано использование следующих речевых установок.**

- *При применении данного ОКДД менструальноподобные кровотечения у Вас будут нерегулярные, что является нормальным.*
- *Применение средств внутриматочной контрацепции не противопоказано у нерожавших пациенток и никак негативно не отображается на зачатии и родах в будущем.*
- *При применении внутриматочной гормональной системы вполне возможно, что у Вас не будет менструаций, как у 39% женщин, однако это не всегда так, поэтому надо иметь в виду, что могут продолжаться менструальноподобные кровотечения.*
- *Введение внутриматочного контрацептива является умеренно дискомфортным, может сопровождаться тянущими болезненными ощущениями внизу живота наподобие менструальных. Данный дискомфорт является временным и постепенно проходит через короткое время после введения контрацептива.*
- *Применение подкожного имплантата не оказывает негативного влияния на плотность костной ткани, то есть не вызывает потерю костной массы, и это доказано.*
- *Незапланированные и нерегулярные менструальноподобные кровотечения могут возникать при использовании внутриматочного контрацептива или имплантата, при этом данные средства работают должным образом и высокоэффективны.*
- *При применении подкожного имплантата менструальноподобные кровотечения у Вас могут быть нерегулярными, что является нормальным. Это не является поводом для отказа от использования данного эффективного метода предохранения от незапланированной беременности и его досрочного удаления. В ряде ситуаций могут быть использованы кровоостанавливающие препараты — мы это с Вами обсудим.*
- *Контрацепция является обратимым методом предохранения от незапланированной беременности, поэтому, когда Вы захотите по какой-либо причине прекратить использовать препарат, Вы сможете это сделать.*

- *Выбор метода контрацепции – это Ваше право. Вам должно быть комфортно его использовать, так как препарат эффективен и рассчитан в своем применении на длительный срок использования.*

Соответствие действия применения препарата ожиданиям пациентки, ее понимание, что процесс использования является безопасным, обратимым и управляемым ею, сопровождается снижением тревожности, повышением комплаентности и также повышает вероятность того, что пациентка сможет поделиться положительным опытом с женщинами, испытывающими опасения и неуверенность в безопасности, надежности использования таких эффективных методов, как ОКДД.

### *Источники литературы к вступлению*

1. Espey E., Yoder K., Hofler L. Barriers and solutions to improve adolescent intrauterine device access // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2019. Vol. 32. N. 5s. P. S7–s13. DOI: 10.1016/j.jpag.2019.03.010.
2. Fowler K.G., Byraiah G., Burt C., Lee D.B., Miller R.J. Nitrous oxide use for intrauterine system placement in adolescents // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2022. Vol. 35. N. 2. P. 159–164. DOI: 10.1016/j.jpag.2021.10.019.
3. Oliveira E.C.F.D., Baêta T., Cotta R.C.F., Rocha A.L.L. Use of 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system in adolescents and young adult women: 3-year follow-up // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2023. Vol. 36. N. 1. P. 45–50. DOI: 10.1016/j.jpag.2022.09.001.

# Глава 1

## АБОРТЫ, РОЖДАЕМОСТЬ И МЕТОДЫ ОБРАТИМОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

Количество женщин, использующих тот или иной метод контрацепции, растет как в развивающихся, так и в развитых странах. Если предположить, что наибольшая сексуальная активность приходится на возраст от 20 до 45 лет, то при желании иметь только двоих детей 86% этого периода времени современная женщина пытается предупредить наступление беременности. Таким образом, в среднем женщина тратит приблизительно 5 лет своей жизни, чтобы забеременеть, и еще тридцать, чтобы избежать беременности [1].

Современная женщина не хочет довольствоваться только ролью матери и хранительницы очага, она мечтает о карьере, личностном росте и финансовой независимости. Рождение детей существенно ограничивает возможность самореализации, а их хорошее образование является финансово затратным. Молодые женщины по-прежнему ориентированы на рождение детей, хотя возраст сдвигается на более старшую возрастную когорту. Средний возраст рождения ребенка у женщины сегодня составляет 28 лет. К 2030 г. в Российской Федерации (РФ) средний возраст первых родов сдвинется к 30-летию женщины. Почти вдвое вырос перерыв между появлением в семье первого и второго ребенка [2, 3].

Снижение количества детей в семье демонстрирует суммарный коэффициент рождаемости, который показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (в интервале от 15 до 50 лет) при сохранении по возрастной рождаемости на уровне того года, для которого вычисляется показатель. Суммарный коэффициент рождаемости за период с 1990 по 2019 г. снизился с 3,249 до 2,403 рождений на женщину, в 2020 г. этот показатель составил 1,51 [4].

Так, результаты зарубежного исследования, выполненного в 2019 г., показали, что шведки хотят иметь первого ребенка в 28 лет, а последнего — в 33,5 года. Родить второго ребенка решаются лишь 40% женщин [5]. Около половины всех беременностей наступает незапланированно, что, к сожалению, приводит к аборту в 53,5% случаев [6].

Аборты в России разрешены законом и входят в систему обязательного медицинского страхования [7]. Медицинское прерывание беременности

может совершаться по желанию женщины на сроках до 12 недель гестации, по социальным показаниям — до 22 недель, а также на любых сроках по медицинским показаниям. Применяется 3 метода искусственного прерывания беременности. К ним относятся метод дилатации цервикального канала и кюретажа полости матки (60–72%), метод вакуумной аспирации (20%) и метод медикаментозного аборта (8%) [8].

Ежегодно, начиная с 1990 г., количество абортов в России неуклонно снижается, частота прерывания беременности по желанию женщины соответствует общемировому показателю (28 случаев на 1000 женщин фертильного возраста), но по-прежнему остается высокой, — по данным сборника «Здравоохранение в России», в котором каждые два года обобщаются сведения о медико-демографических аспектах здоровья населения и его отдельных социально-демографических групп, организации лечебно-профилактической помощи и санаторно-курортного лечения населения, а также о состоянии рынка труда в здравоохранении, производстве товаров медицинского назначения, потребительском рынке товаров и услуг здравоохранения, в Российской Федерации ежегодно совершается более 500 тыс. абортов (**табл. 1.1, рис. 1.1**) [8, 9].

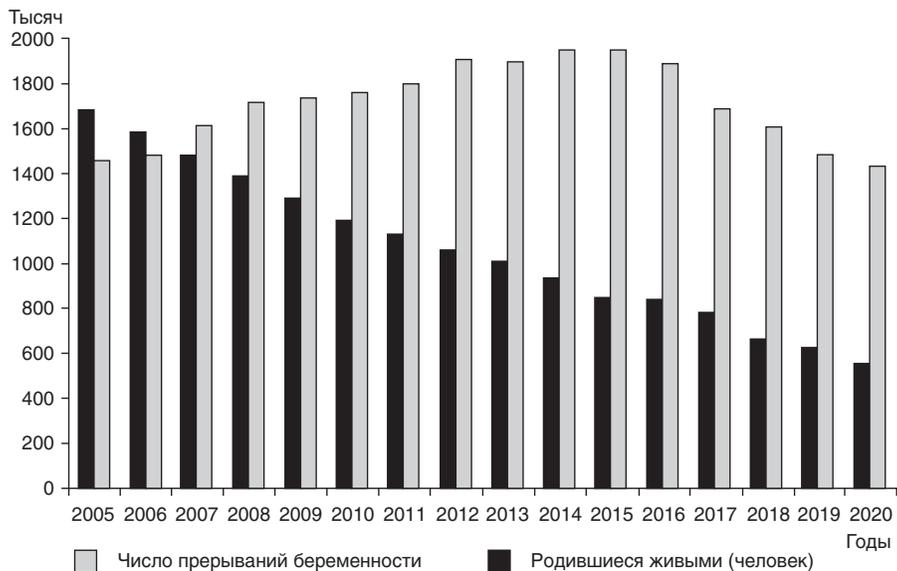
**Таблица 1.1.** Частота прерываний беременности в Российской Федерации

	2005	2010	2015	2018	2019	2020
Всего абортов, тыс.	1675,7	1186,1	848,2	661,0 <sup>2</sup>	621,7 <sup>2</sup>	553,52
На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	42,7	31,7	23,8	19,0	18,0	16,1
На 100 родов	117,4	66,6	44,0	41,5	42,3	38,8
Из них мини-аборты, тыс.	405,5	316,1	241,0	–	–	–
На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	10,3	8,5	6,8	–	–	–
Число абортов у первобеременных <sup>1</sup> , тыс.	161,5	98,7	58,4	43,4	44,5	43,0

<sup>1</sup> Данные приведены по организациям системы Минздрава России.

<sup>2</sup> Изменение методологии Минздрава России.

Наблюдается постепенное повышение среднего возраста женщин, делающих аборт. Около четверти абортов в России приходится на женщин возрастной категории 25–29 лет, порядка 22% абортов — на возрастную категорию 30–34 года, и примерно столько же — на 20–24 года, около 7–8% — подростковые аборты (15–19 лет) [4].



**Рис. 1.1.** Число прерываний беременности (аборт) и численность родившихся живыми в Российской Федерации

Аборт может иметь неблагоприятные медицинские (воспаление, кровотечение, перфорация матки, эндометриоз, нарушение менструального цикла, бесплодие, внематочная беременность, невынашивание беременности, преждевременные роды и т.д.), психологические и эмоциональные последствия, а при проведении его у женщин с серьезными экстрагенитальными заболеваниями может быть крайне опасен и приводить к инвалидизации. И даже если женщины решаются сохранить нежеланную беременность, они более склонны к вредным привычкам, не обращаются за медицинской помощью, встают на учет в более поздние сроки беременности, не соблюдают рекомендации врача после родов, реже кормят грудью или не кормят вовсе, достоверно чаще отмечается послеродовая депрессия, а у их детей — психоэмоциональные расстройства, повышаются расходы, связанные с абортом, уходом за пациенткой после выкидыша, пренатальным уходом, уходом в родах и послеродовом периоде.

Специалисты отмечают, что высокая частота нежелательных беременностей связана с невысокой популярностью контрацепции и недостаточно развитой культурой планирования семьи, с низкой приемлемостью и частой сменой методов контрацепции, что может частично быть результатом относительно низкого использования методов контрацепции.

Создание гормональной контрацепции явилось новой вехой в предупреждении наступления незапланированной беременности. Активному

развитию гормональной контрацепции предшествовало открытие половых гормонов, а именно эстрогена в 1929 г. и прогестерона — в 1934 г. В 1960 г. был предложен первый комбинированный гормональный контрацептивный препарат, содержащий 15 мг норэтинодрела<sup>®</sup> и 150 мкг местранола. Результатом исследовательской работы длительностью более чем полвека явилось создание около 500 различных контрацептивных препаратов. В настоящее время в нашем арсенале имеются как гормональные, так и негормональные методы контрацепции.

### **Гормональные методы контрацепции:**

- комбинированные оральные контрацептивы;
- контрацептивы, содержащие только гестаген:
  - а) оральные контрацептивы, содержащие только гестаген, и «мини-пили»;
  - б) парентеральные контрацептивы, содержащие только гестаген;
- гормональные рилизинг-системы:
  - а) вагинальная рилизинг-система;
  - б) трансдермальный контрацептивный пластырь;
  - в) левоноргестрел-содержащая внутриматочная система;
  - г) имплантат с этоноргестрелом.

Гормональные рилизинг-системы подразделяются на имплантационные, внутриматочные, внутривлагалищные, трансдермальные. Роль эстрогена в составе комбинированного гормонального контрацептива заключается в повышении контрацептивного эффекта, обеспечении контроля менструального цикла и восполнении собственного дефицита эндогенного эстрадиола, синтез которого подавлен за счет основного механизма действия. Прогестаген же обуславливает истинно контрацептивное действие препарата.

### **Негормональные методы:**

- внутриматочные контрацептивные средства;
- спермицидные контрацептивы;
- барьерные средства;
- хирургическая стерилизация.

Целью контрацепции является не снижение рождаемости, а вклад в сохранение репродуктивного здоровья женщины, планирование и рождение желанного здорового ребенка, сохранение будущего нашей нации. Контрацепция — это необходимость [10–12]. К счастью, за последние несколько десятилетий медицинское сообщество в полной мере осознало важность контрацепции, и, как следствие, появились новые методы ОКДД. ОКДД — это термин, используемый для описания методов контрацепции, которые обеспечивают эффективную контрацепцию в течение длительного периода времени от 1 до 5–10 лет, вводятся не чаще чем 1 раза в месяц,

не требуя самоконтроля со стороны женщины. Эти методы отнесены экспертами к наиболее значимым обратимым методам, в общей характеристике которых отмечаются мотивация для долгосрочного использования контрацепции, отсутствие необходимости в соблюдении правил использования со стороны пациентки, высокий уровень клинической и экономической эффективности.

Доступные в России ОКДД-методы включают:

- подкожные противозачаточные имплантаты, срок использования — 3 года;
- гормональная левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС 52 мг, ЛНГ-ВМС 19,5 мг); срок использования — 5 лет;
- негормональные внутриматочные средства, например с медью (Cu-ВМС): Т-Cu 380А; срок использования — 10 лет; другие модели — 3–5 лет.

В некоторых руководствах к методам ОКДД относят влагалищное комбинированное контрацептивное кольцо; периодичность введения — 1 раз в 3 недели с семидневным перерывом (рис. 1.2).

К ОКДД также относится инъекционный контрацептив депо медроксипрогестерона (Медроксипрогестерона ацетата<sup>▲</sup>), периодичность введения — 1 раз в 3 месяца. В России в аптечную сеть не поступает.

Подводя итог к данному разделу, следует подчеркнуть, что с целью снижения частоты аборт, их осложнений, для сохранения репродуктивного здоровья женщин и повышения качества их жизни необходимо обсуждать профилактику нежелательной беременности в любом возрасте, начиная с юных лет, в послеродовом периоде, после аборта, в перименопаузе, в процессе любого консультативного приема врача акушера-гинеколога.

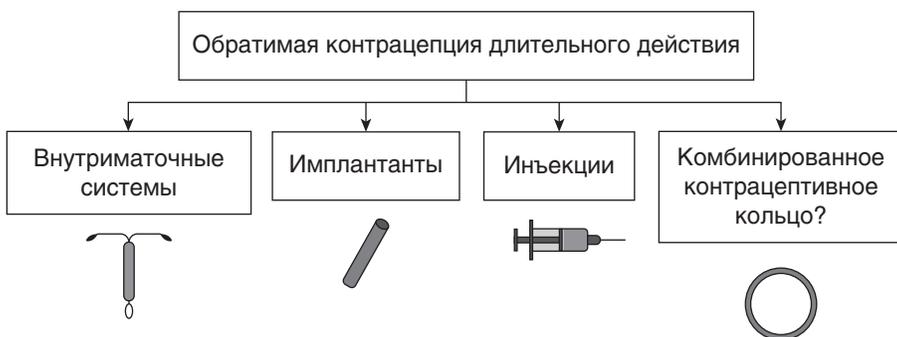


Рис. 1.2. Методы обратной контрацепции длительного действия, доступные в России