



М.И. Лебедева, О.Д. Руднева, С.А. Маклецова

# РЕНЕССАНС ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Информационный бюллетень  
Под редакцией В.Е. Радзинского

Приложение к журналу



# Status Praesens

Лебедева М.И., Руднева О.Д., Маклецова С.А.

# Ренессанс внутриматочной контрацепции

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского

Москва

**Status Praesens**  
Profimedia

2013

УДК 618.2  
ББК 57.16  
Л33

Л33 **Ренессанс внутриматочной контрацепции:** информационный бюллетень / М.И. Лебедева, О.Д. Руднева, С.А. Маклецова // под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 24 с.

ISBN 978-5-905796-27-2

В настоящем бюллетене освещены ключевые особенности метода регуляции фертильности внутриматочными средствами, идеально подходящего для применения в супружеских моногамных союзах. Подробно представлены сравнительные характеристики различных модификаций внутриматочных систем, приведён полный перечень показаний и противопоказаний к их использованию в соответствии с официальными рекомендациями, а также обоснованные алгоритмы обследования перед установкой средства и наблюдения после неё.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов женских консультаций, родильных домов и гинекологических отделений многопрофильных стационаров, слушателей факультета повышения квалификации медицинских работников, аспирантов, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.2  
ББК 57.16

ISBN 978-5-905796-27-2

© ООО Медиабюро «Статус презенс», 2013  
© Лебедева М.И., Руднева О.Д., Маклецова С.А., 2013

Тема контрацепции в последние десятилетия привлекает всё больше внимания профессионального сообщества России (как, впрочем, и всего мира в целом). И дело даже не в том, что в нашей стране в качестве метода планирования семьи по-прежнему популярным остаётся прерывание нежеланной беременности, а не её предупреждение. Истоки повышенного интереса следует искать глубже — в осознании врачами самой концепции планирования (в первую очередь женщиной) репродуктивной функции как способа управления собственной судьбой. Современное человечество после многих тысячелетий безальтернативности сценариев женских жизней, раз и навсегда завязанных на продолжении рода и неминуемой многодетности, научилось наконец высвобождать время и таланты своей женской половины для полноценной реализации без ущерба для репродуктивного здоровья в целом. Вот почему предупреждение аборт и все методы без исключения, способствующие этому, всегда будут на пике интереса.

Тем не менее, стремясь к полноценной информированности врачей о вопросах гормональной контрацепции (развивающейся динамично и постоянно требующей от врачей обновления специальных знаний), профессиональные источники медицинской информации часто оставляют «в тени» другие эффективные противозачаточные методы, в частности внутриматочную контрацепцию, которая на поверку оказывается даже несколько более востребованной самими женщинами по сравнению с комбинированной гормональной контрацепцией. А между тем в информационном поле внутриматочных контрацептивных средств есть свои новости, и некоторые из них способны поднять этот давно известный метод на качественно новый уровень.

**И**зучение актуальной статистической информации позволяет сделать вывод, что проблема неадекватного планирования семьи в современном мире и в России сегодня по-прежнему далека от решения. Из 76,9 млн женщин, проживавших в РФ в 2010 году\*, в детородном возрасте (15–49 лет) находились 37,6 млн, или 48,9%<sup>1</sup>. В том же году было искусственно прервано как минимум 1 млн 186 тыс. беременностей: доля искусственных абортов составила 66,6 на 100 родов, т.е. **на каждые три рождения пришлось два аборта** (в том числе решение о досрочном окончании беременности приняли 98,7 тыс. первобеременных, а это 8,3%)<sup>2</sup>. Однако истинные статистические показатели скорее всего несколько выше. Среди причин — и неучтённая деятельность частных лечебных учреждений, и сознательное преуменьшение числа абортов с целью улучшить показатели в отчётности. Эти и другие обстоятельства позволили акад. РАМН А.А. Баранову заявить на заседании Президиума РАМН (2013) о минимум двукратно большем числе искусственных абортов в стране. Тем не менее даже 1 млн (2011 год) — это всё равно в 2 раза больше, чем во всей объединённой Европе.

Если принять во внимание тот известный факт, что состояние репродуктивного здоровья женского населения страны ухудшается с каждым годом и вне связи с абортами (например, доля абсолютно здоровых девочек за 10 постсоветских

\* По данным Федеральной службы государственной статистики <http://www.gks.ru>.

лет сократилась до 6,3% — на 22%<sup>3</sup>), становится очевидной безоговорочная необходимость любыми способами предотвращать каждый случай нежеланной беременности. Ведь её искусственное прерывание — особенно небезопасными способами — чревато тяжёлыми осложнениями, в первую очередь инфекционными (вплоть до гибели от сепсиса, а также бесплодия вследствие хронического ВЗОМТ). Каждый год в мире лишаются жизни 47 тыс. женщин, решивших добровольно (без медицинских показаний) отказаться от продолжения вынашивания<sup>4</sup>.

Бесспорно, наиболее важную профилактическую роль могут и должны играть стратегии регулирования фертильности; забота об их широком внедрении целиком и полностью лежит на государстве. Конечно, в условиях продолжающихся обеднения моральных устоев современного общества, деформации модели семьи, снижения ценности деторождения в первую очередь остро необходимы тщательно продуманные и должным образом преподнесённые образовательные программы для подростков и молодёжи. Однако методы медикаментозного/хирургического ограничения фертильности также обладают более чем высоким потенциалом. В этом можно убедиться, обратившись к международному опыту: в США активное использование обсуждаемых методов позволило снизить количество аборт на 3,9 млн всего за 8 лет. В Нигерии благодаря росту контрацептивных удач бюджетные расходы на лечение осложнений аборта сократились

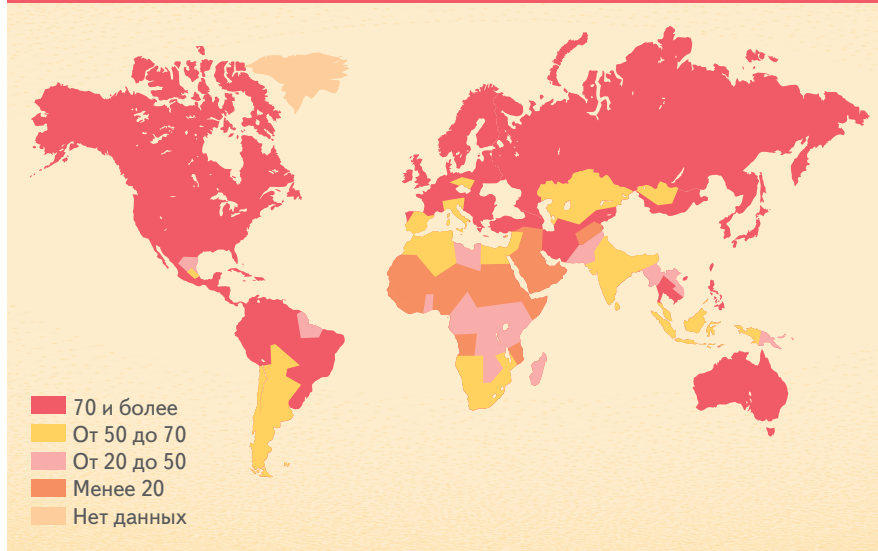
на \$14,2 млн (с \$19 млн до \$4,8 млн) — в течение одного календарного года средства предохранения оплачивало государство<sup>5</sup>. Вероятно, руководствуясь именно этими соображениями, правительство Германии приняло решение о страховом покрытии стоимости комбинированных эстроген-гестагенных средств для девушек в возрасте до 18 лет<sup>2</sup>.

Тем временем, как следует из отчёта Департамента экономических и социальных вопросов ООН (2011), в том же 2010 году использовали какой-либо метод контрацепции, включая барьерный и календарный, 86% россиянок в возрасте от 15 до 49 лет. Однако более-менее современным методам (в том числе презервативам), по данным ООН, отдали предпочтение 63,6%<sup>6</sup>. Ещё один важный показатель — неудовлетворённая потребность в планировании семьи: доля пар, которые способны к зачатию, **не хотят рождения** ребёнка в ближайшее время, **но не используют никаких средств** предохранения от нежеланной беременности. Этот показатель составил для России в 2010 году 8—10%<sup>7,8</sup>. Некоторую завышенность статистики ООН наглядно демонстрируют данные Росстата: в 2011 году гормональные и внутриматочные средства выбрали всего лишь 26% россиянок, т.е. эффективные методы регуляции фертильности применяла только одна из четырёх российских женщин.

В мировом масштабе около 63% женского населения земного шара прибегают к тому или иному способу предотвращения беременности. В экономи-

[ Искусственное прерывание беременности чревато тяжёлыми осложнениями, в первую очередь инфекционными (вплоть до гибели от сепсиса, а также бесплодия вследствие хронического ВЗОМТ). Каждый год в мире лишаются жизни 47 тыс. женщин, решивших добровольно (без медицинских показаний) отказаться от продолжения вынашивания. ]

Контрацептивное поведение в мире: доля сексуально активных женщин фертильного возраста, использующих тот или иной метод контрацепции, %\*



\* United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use 2011. New York: UN, 2011.

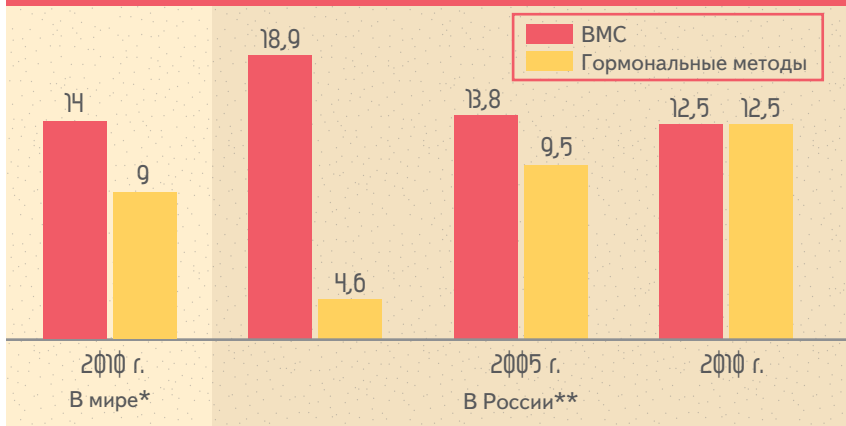
чески более развитых регионах этот уровень закономерно выше (примерно 72%), в менее развитых — ниже (примерно 61%). Неудовлетворённая потребность в предохранении от нежеланной беременности значительно варьирует: от 2% во Франции до 46% в Самоа. Обобщая, можно сказать, что более всех контрацепцией пренебрегают в странах Африки (20–30%); в Азии, Европе и Латинской Америке в большинстве стран показатель не превышает 20%; в Северной Америке (США) он составляет всего 6,6%<sup>9</sup>.

## Голосуют женщины

Мировые тенденции использования средств регулирования рождаемости сегодня таковы: в странах с развитой экономикой наиболее популярны гормональные препараты для приёма *per os* (их предпочитают 18% замужних женщин репродуктивного возраста) и мужские презервативы (также 18%). В развивающихся странах отмечают наибольшую приверженность методу хирургической стерилизации (21%) и внутриматочным средствам (15%). Если же говорить об усреднённых показателях, то на первом месте по распространённости стоит стерилизация женщин (19%), на втором — внутриматочные средства (ВМС, 14%), на третьем — гормонсодержащие таблетированные формы (9%)<sup>9</sup>.

Вероятно, столь сильную приверженность методу внутриматочной контрацепции можно объяснить (помимо экономической доступности) в первую очередь удобством

## Сравнительные показатели приверженности женского населения использованию некоторых методов контрацепции, %



применения, которое может быть длительным и непрерывным, но в то же время не требующим ежедневного контроля, не связанным с половым актом, высокоэффективным (хотя эффект, что очень важно, быстро обратим). Не менее весомое преимущество с точки зрения комплаентности — конфиденциальность использования.

Очевидно, что одну из главных ролей в формировании общественного мнения по тому или иному вопросу играет пропаганда. Определённый интерес в этом контексте представляют результаты работы, выполненной в США (2009)<sup>10</sup>. Авторы провели опрос 144 женщин 14–24 лет с последующим 3-минутным лекционным обзором преимуществ и рисков использования внутриматочных контрацептивов. Оказалось, что до тренинга только 14,7% респондентов были осведомлены о существовании этих средств и относились к ним положительно. После лекции показатель вырос до 53,8% ( $p < 0,01$ ). Таким образом, даже столь краткий образовательный курс позволяет значимо изменить отношение молодых сексуально активных женщин к обсуждаемому методу. Результаты этой работы, безусловно, следует учитывать при планировании просветительских программ.

## История регуляции женской фертильности внутриматочными средствами

Нет достоверных исторических сведений о том, когда, где и насколько успешно был открыт метод внутриматочной контрацепции. И хотя каждый врач знает, что в оригинальном тексте клятвы Гиппократы (III век до н. э.) есть фраза об этом методе («я

\* United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use 2011. New York: UN, 2011.

\*\* Здравоохранение в России. 2009: Стат.сб./Росстат. М., 2009. 365 с.

не вручу никакой женщине абортивного пессария»), совершенно очевидно, что в доантисептическую эпоху он не мог быть широко распространён ввиду высочайшего риска инфекционных осложнений при его применении. Начало внутриматочной контрацепции в её современном представлении было положено лишь на заре XX века.

Так, первая публикация с описанием внутриматочного введения кольца из шёлковых нитей принадлежала перу доктора Ричарда Рихтера (Германия) и увидела свет в 1909 году. Широкого распространения приспособление не получило и даже не было упомянуто создателями других устройств в середине 1920-х годов: Карлом Пустом (Германия) — он предложил конструкцию из шёлкового кольца, соединённого со стеклянной «кнопкой», закрывающей шейку матки, — и его соотечественником Эрнестом Графенбергом, который сохранил первоначальный вид контрацептива, дополнив его серебряной оплёткой для достижения рентгеноконтрастности. Именно кольцо доктора Графенберга, впоследствии усовершенствованное им путём замены шёлка на сплав никеля, меди и цинка («Немецкое кольцо»), стали достаточно активно применять

в Британской империи и её колониях. Однако распространённость ВЗОМТ у потребительниц средства оставалась чрезвычайно высокой, и вскоре оно было запрещено к использованию. В Германии, где в то время шло становление национал-социализма, устройство сочли представляющим угрозу арийским женщинам (позже, во время Второй мировой войны, на контрацепцию был наложен полный запрет). Создатель контрацептива был вынуж-

[ Первая публикация с описанием внутриматочного кольца из шёлковых нитей принадлежала перу доктора Ричарда Рихтера (Германия) и увидела свет в 1909 году. ]

ден эмигрировать в США, где ему дал «добрый» совет не заниматься этим опасным приспособлением чрезвычайно известный в то время доктор Роберт Дикинсон, основатель Национального комитета здоровья матери, вплотную занимавшийся вопросами репродукции.

Примерно в то же время, в 1934 году, в Японии доктор Генрей Ота мо-

## Легенда о верблюдах

Одним из исторических этапов развития внутриматочной контрацепции в научных публикациях часто называют опыт арабских кочевников. Во время длительных караванных переходов они якобы вводили мелкие камни в матку верблюдиц с контрацептивной целью.

Удивительно, но эту историю, документального подтверждения которой на сегодняшний день нет, впервые рассказали (в качестве исторического анекдота) на конференции по планированию семьи в середине 1980-х. Остроумную легенду повторили многократно и в конце концов стали считать историческим фактом\*.

\* Thomas P. // Contraceptives. Medical World News. 1988. Vol. 29. №5. P. 48.



[ Когда медь стали включать в состав внутриматочных спиралей, ещё не было известно, что катионы этого вещества обладают спермицидной активностью и вызывают так называемое «асептическое воспаление». Доказано это было только 40 лет спустя. ]

дифицировал кольцо Графенберга, дополнив его опорной конструкцией в центре (автор назвал его «Пресеа»). Это позволило снизить частоту экспульсий. Однако и в пронацистской Японии детальным изучением различных контрацептивных методик занялись лишь по окончании войны.

Начиная с 1950-х годов совершенствование методики стало набирать обороты. Датой появления первого поколения современных внутриматочных контрацептивов считают 1962 год, когда медицинский статистик Кристофер Титце проанализировал клинические данные об использовании колец Графенберга и Ота и, получив многообещающие результаты, организовал Международный симпозиум по внутриматочной контрацепции (Нью-Йорк, США). В рамках мероприятия впервые представили свои разработки доктор Лазарь Маргулис (США) и Джек Липпс (США). Модификация доктора Маргулиса («Перма-спираль») не требовала расширения цервикального канала перед введением, была выполнена из пластмассы с добавлением сульфата бария (контрацептив был рентгеноконтрастным) и оснащена стержнем с утолщениями для простоты извлечения. Большие размеры приспособления обуславливали высокую частоту маточных кровотечений и экспульсий, а стержень доставлял дискомфорт партнёрам потребительниц. Доктор Липпс представил контрацептив в форме зигзага, произведённый из термопластика («петля Липпса»), снабжённый нейлоновой нитью, потягиванием за которую его можно было извлечь. Многочисленные модификации петли Липпса в дальнейшем несколько дискредитировали метод: например, неидеальная конструкция Dalkon Shield была вовсе запрещена к продаже FDA из-за низкой контрацептивной эффективности и высокой распространённости инфекционных осложнений, вплоть до септических абортов с летальным исходом.

К концу 1960-х годов доктор Говард Татум (США) презентовал T-образную модель контрацептива, и это был первый представитель второго поколения внутриматочных средств. Именно такая форма, по представлениям создателя, должна была снизить частоту экспульсий, что и произошло. Одновременно доктор Татум обнаружил доказательство спермицидной активности ионов меди (через 40 лет после того, как этот элемент впервые ввели в состав ВМС!), и в продажу поступила ныне широко известная медьсодержащая конструкция TCu200, а вслед за ней TCu380A («Парагард»). Согласно результатам Кокрейновского обзора, опубликованным в 2007 году, TCu380A до сих пор остаётся лучшей в своём классе по контрацептивной эффективности и переносимости<sup>11</sup>.

Разработка первых прогестинсодержащих моделей (третье поколение), решивших проблему метrorрагий, пришлась на 1960-е годы: одну из них, «Прогестасерт» (автор — доктор Тапани Лууккайнен, Финляндия), выпустили вплоть до 2001 года; её можно было использовать не более года, затем было необходимо установить новое средство. Первая (и до сих пор единственная) левоноргестрел-

## Преимущества метода

Многолетний опыт применения внутриматочной контрацепции женщинами всего мира показывает, что этот метод имеет ряд весомых преимуществ.

**Высокая контрацептивная эффективность.** Индекс Перля составляет 0,2–0,8 при типичном применении и 0,2–0,6 при должном. Для сравнения: тот же показатель для метода хирургической стерилизации составляет 0,5, а для комбинированных эстроген-гестагенных средств — 0,3 при идеальном использовании и 9,0 (!) при типичном<sup>12</sup>.

**Обратимость.** У большинства женщин фертильность восстанавливается уже в первом цикле после извлечения контрацептива.

**Простота и конфиденциальность употребления.** Отсутствие необходимости использовать средство в непосредственной связи с половым актом и уведомлять партнёра о выбранной контрацептивной стратегии положительно сказывается на комплаентности метода. По данным социологических опросов, именно потребительницы ВМС наиболее удовлетворены этим методом предохранения (98%), в то время как гормональные пероральные средства устраивают 92% респонденток, а презервативы лишь 87%<sup>13</sup>.

**Срок действия.** Использование одного и того же контрацептива в течение нескольких лет также чрезвычайно удобно, в том числе по экономическим соображениям. Результаты популяционного исследования (Беларусь) показали, что ВМС — высокоприемлемый метод именно для пациенток с низким уровнем дохода<sup>13</sup>.

**Другие преимущества.** Отсутствие системного воздействия обуславливает возможность назначения внутриматочного средства в период лактации, а также при необходимости в экстренной (посткоитальной) контрацепции и при наличии противопоказаний к системному применению эстрогенсодержащих препаратов. Метод также безопасен в отношении инфекционного риска и предоставляет дополнительные терапевтические возможности при использовании левоноргестрелсодержащих внутриматочных систем. В литературе есть множество доказательств эффективности ЛНГ-ВМС в лечении гиперплазии эндометрия. По мнению исследователей, такая тактика — достойная альтернатива хирургическому лечению<sup>14–16</sup>.

Применение ЛНГ-ВМС в лечении сложной гиперплазии эндометрия и гиперплазии с атипией приводит к лучшим результатам в сравнении с синтетическими гестагенами для перорального приёма (92 против 66% и 90 против 69% соответственно) в отсутствие статистически значимых различий в успешности лечения простой гиперплазии<sup>17</sup>.

Резюмируя, можно сказать, что обсуждаемый метод оптимален для моногамных союзов, поскольку позволяет безукоснительно придерживаться поставленных репродуктивных планов — желанный ребёнок появится в наиболее подходящее семье время. С учётом дешевизны и большой длительности действия именно внутриматочные средства в ситуациях стабильной потребности в контрацепции следует признать наиболее удачным выбором.

содержащая Т-образная модификация была выпущена в 1976 году также доктором Лууккайнен.

В 1984 году доктор Дирк Вильдемерш (Германия) разработал модель четвёртого поколения, назвав её «внутриматочным контрацептивным имплантом». Принципиальные отличия этой конструкции от предыдущих — отсутствие жёсткой формы и необходимость фиксации в мышечном слое тела матки в области её дна. Нанизанные на полипропиленовый шнур металлические цилиндры (4–6 шт.) свободно свисают в полость матки (срок действия — 5 лет). Данные проведённых исследований (пока немногочисленных) говорят о том, что контрацептивная эффективность этого средства в первый год использования сопоставима с таковой у ТCu380А, а в последующие годы — даже превосходит её<sup>18</sup>. Также в продаже есть и аналогичная по конструкции левоноргестрел-высвобождающая модификация (все разновидности в России пока

недоступны). Работа над контрацептивом продолжается и по сей день<sup>19,21</sup>.

## Современные варианты

Как уже было сказано, средства внутриматочной контрацепции различают по материалам, из которых они изготовлены (именно от способности того или иного материала противостоять воздействию внутриматочной среды во многом зависит возможная длительность применения устройства — в среднем 5 лет), а также по их форме. Чаще всего сегодня можно видеть Т-образное ВМС, совпадающее с геометрией полости матки. Корпус, или «рамка», такого устройства выполнен из пластика; возможна импрегнация его сульфатом бария для придания рентгеноконтрастности. Подвижность плечиков обеспечивает сохранение правильного положения средства вблизи дна тела матки, к тому же они обладают так называемым «градусом памяти», который позволяет им удерживать первоначальную форму после введения (при превышении допустимого срока хранения это свойство утрачивается). Булавовидные утолщения на концах плечиков и вертикальный стержень (к нижнему концу которого прикреплены полиэтиленовые нити для удобства извлечения) уменьшают риск перфорации матки. Некоторые производители с целью ещё больше снизить риск травмы половых органов при введении/использовании средства выпускают различные размеры одной и той же модификации контрацептива.



Рис. 1. Коррозия проволоки медной оплётки внутриматочного устройства, находившегося в полости матки 202 дня [Kosonen A. Corrosion of copper in uterus // Fertil. Steril. 1978. Vol. 30 (1). P. 59–65. PMID: 680184].

## Медьсодержащие ВМС

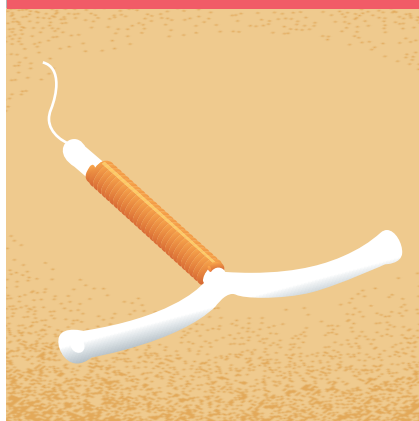
Медьсодержащие контрацептивы второго поколения до сих пор используют

достаточно широко. На вертикальную ось такого устройства нанизывают медные гильзы или обматывают его медной проволокой. Контрацептивная эффективность (как, впрочем, и конечный размер приспособления) этой разновидности внутриматочных средств напрямую зависит от количества меди, используемой при производстве. К тому же более высокое содержание металла может спровоцировать аллергическую реакцию потребительницы контрацептива. Один из очевидных недостатков медьсодержащих средств — довольно высокая подверженность коррозии с отщеплением медных микрофрагментов (см. рис. 1), именно поэтому срок службы ограничен 5 годами<sup>22</sup>.

ВМС, содержащие сплав меди  
с инертными металлами

Для повышения устойчивости к коррозии оплётку корпуса контрацептива проводят нитью из сплава меди с драгоценными металлами. Это чрезвычайно остроумное добавление золота (на фармацевтическом рынке России можно найти только одно такое средство —

Золотосодержащий внутриматочный  
контрацептив «Голдлили Эксклюзив»



«Голдлили Эксклюзив», появившееся в 2012 году) препятствует фрагментации проволоки, увеличивая предельно допустимый срок применения приспособления до 6–10 лет. Чрезвычайно уместным оказывается также давно известный бактерицидный и фунгистатический эффект ионов золота.

Особенности механизма действия обусловлены электрохимическими свойствами сплава меди и золота:

## Казуистика

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 стремилась посещать врача. И только когда ей исполнилось 80 лет, появившиеся боли внизу живота заставили её обратиться к специалисту, который и удалил приспособление<sup>23</sup>.

электрохимическая разность потенциалов (медь — анод, золото — катод), обеспечивает дополнительный контрацептивный эффект за счёт прямого влияния на сперматозоиды — снижения их подвижности, выживаемости и способности к оплодотворению<sup>24</sup>. Нельзя сбрасывать со счетов и психологический эффект: «золотоносительница» чувствует себя увереннее из-за подсознательной ассоциации золота с благополучием.

По причине большей устойчивости к коррозии срок службы «Голдлили Эксклюзив» составляет 7 лет; при этом уровень контрацептивной эффективности очень высок — индекс Перля равен 0,8, — а экспульсия маловероятна (1,5 случая на 100 женщин в течение года использования). «Голдлили Эксклюзив» на европейском рынке применяют с 1982 года<sup>25</sup>; действенность и безопасность средства подтверждена многолетними наблюдениями.

### Гормонально активные внутриматочные контрацептивные системы

Этот класс внутриматочных средств ранее содержал либо прогестерон, либо левоноргестрел, однако на сегодняшний день на рынке остались только последние. На вертикальную ось левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы помещён контейнер, покрытый мембраной, через которую непрерывно происходит контролируемая диффузия левоноргестрела (20 мкг/сут в начале использования и 14 мкг/сут — в конце) в полость матки — всего в контейнере находится 52 мг синтетического гормона. Это обеспечивает дополнительные контрацептивные эффекты в виде сгущения цервикальной слизи и выраженного подавления пролиферации эндометрия и децидуализации стромы<sup>26</sup>.

### Актуализация показаний и противопоказаний

Хотя спектр средств контрацепции, представленный на российском рынке, чрезвычайно широк, выбор того или иного метода, безусловно, необходимо осуществлять строго индивидуально, с учётом физиологических особенностей и состояния здоровья пациентки. К сожалению, недостаточно информированы о преимуществах того или иного метода контрацепции, а также о показаниях и противопоказаниях к их применению не только потребительницы, но и многие медицинские работники. В современной литературе (преимущественно зарубежной) можно найти достаточно большое количество работ, посвящённых ошибкам, допускаемым при подборе специалистом различных средств. До сих пор профессиональная среда не полностью свободна от гормонофобии (независимо от лекарственной формы препарата), при этом предубеждения распространяются и на внутриматочные контрацептивы.

[ Назначение методов контрацепции пролонгированного действия (в том числе ВМС) подросткам оправдано при высоком риске незапланированной беременности и условии дополнительной защиты от ИППП с помощью презерватива. ]

Так, до недавнего времени значение последних молодым нерожавшим женщинам, в том числе и девушкам-подросткам, считали категорически неприемлемым по причине высокой вероятности инфекции (речь идёт как о ВЗОМТ, частота которых увеличивается сразу после введения контрацептива, так и об ИППП из-за «рискованного» сексуального поведения с регулярной сменой половых партнёров, характерного для ментально незрелых в большинстве своём подростков) и травмы половых органов. К тому же применение медьсодержащих внутриматочных средств может сопровождаться побочным эффектом в виде обильных менструаций и в конечном итоге анемизации пациентки.

Однако сегодня данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что ввиду высокой эффективности использование метода в ряде случаев полностью оправдано при условии дополнительной защиты от ИППП с помощью презерватива. Роль методов пролонгированной контрацепции в предотвращении нежеланной беременности (а значит, и аборта) у подростков настолько важна, что Американская коллегия акушеров-гинекологов в конце 2012 года сочла необходимым выпустить информационный бюллетень, осветивший актуальные сведения по этому вопросу<sup>27</sup>.

Что касается проблемы ВЗОМТ, то их относительный риск оказывается повышенным в первые 20 дней после введения средства, затем возвращается к исходным показателям. Абсолютный же риск остаётся незначительным<sup>28</sup>. Причиной тому служит не сам контрацептив, а его микробное обсеменение в процессе установки.

С проблемой обильных менструаций на фоне использования метода зачастую можно успешно справиться при помощи

нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), а повышенная вероятность экспульсии у подростков (от 5 до 22% в сравнении с 3–5% в популяции), как и эпизод выпадения средства в анамнезе, нельзя считать противопоказанием к применению, — в частности, таково мнение Американского общества планирования семьи<sup>29–31</sup>.

[ Ни один представитель метода внутриматочной контрацепции не подавляет овуляцию, в отличие от гормональных средств. Главный эффект ВМС связан с препятствием внедрения в эндометрий оплодотворённой яйцеклетки. ]

Использование внутриматочных контрацептивов, даже длительное, не представляет опасности для репродуктивной функции юной женщины в отличие от ИППП, в особенности хламидийной инфекции<sup>28,32</sup>. Именно поэтому целесообразно проводить скрининговое обследование с целью обнаружить уже имеющуюся инфекцию, причём оптимальное время для его выполнения — день установки контрацептива. В случае положительного результата (который, очевидно, получают после того, как процедура введения средства завершена) терапевтические мероприятия можно провести без извлечения приспособления<sup>33–34</sup>.

Всё вышперечисленное нашло отражение и в «Медицинских критериях приемлемости использования контрацепции» — своде современных рекомендаций по безопасному применению различных методов предотвра-

щения беременности, основанном на доказательных данных, и в 2012 году адаптированном для эксплуатации в России (документ получил название «Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции»: см. «Приложение 1») <sup>35–36</sup>.

## Этические контраргументы

Безусловно, современное общество активно обсуждает вопросы контрацепции, стремясь сформировать в отношении её так называемое общественное мнение. Ряд дискуссий, инициированных различными религиозными конфессиями, вращается вокруг вопроса абортности того или иного метода предупреждения нежелательной беременности.

**[ Врачу надлежит предоставить женщине всю современную информацию, а женщина принимает решение сама, опираясь на собственный здравый смысл и мнение других заинтересованных в её судьбе людей. ]**

Высокая эффективность медьсодержащих контрацептивов при использовании в рамках экстренного посткоитального метода предупреждения беременности свидетельствует об их способности препятствовать внедрению в эндометрий оплодотворённой яйцеклетки. Да и в целом собственно овуляцию ни один представитель метода внутриматочной контрацепции,

в отличие от контрацепции гормональной, доказанно не подавляет <sup>26</sup>. И хотя Департамент общественного здоровья при правительстве США (а именно FDA), так же как Американская коллегия акушеров-гинекологов, считает беременность наступившей после завершения имплантации\*, по многим религиозным представлениям началом новой жизни признают именно оплодотворение. Литературный обзор, выполненный рабочей группой Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии в 2008 году, содержит следующие данные по этому вопросу.

С одной стороны, есть убедительные данные о способности медьсодержащих средств нарушать экспрессию генов гликоделина (или  $\alpha_2$ -микроглобулина фертильности, АМГФ) и фактора, ингибирующего лейкоциты, стимулировать продукцию простагландинов в эндометрии, а также обеспечивать воспалительную инфильтрацию стромы лейкоцитами (в том числе нейтрофильными гранулоцитами, моноцитами, мононуклеарными макрофагами). Левоноргестрелсодержащие контрацептивы способствуют чрезмерному истончению слизистой оболочки матки. Очевидно, что всё перечисленное действительно может помешать внедрению оплодотворённой яйцеклетки. С другой стороны, исследования, целью которых было обнаружение в крови носительниц внутриматочного контрацептивного средства специфических факторов, продуцируемых эмбрионом в перимплантационный период, показали, что только у 0,7% женщин в этой популяции можно определить повышение уровня ХГЧ и специфического  $\beta_1$  гликопротеина. Эти находки косвенно подтверждают теорию о способности

\* Protection of Human Subjects, 45 C.F.R. Sect. 46.202 (2009). Hughes ET (ed), Committee on Terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstetric-Gynecologic Terminology. Philadelphia PA: F.A. Davis Company, 1972.



всех обсуждаемых контрацептивов (благодаря вышеприведённым механизмам) усиливать перистальтику маточных труб, нарушать двигательную активность сперматозоидов, а левоноргестрелсодержащей модификации — ещё и стучать цервикальную слизь, что в совокупности значимо затрудняет само оплодотворение<sup>26</sup>.

И тем не менее, с точки зрения отечественного акушера-гинеколога как специалиста, действующего в рамках российского законодательства и руководствующегося профессиональной этикой и интересами пациентки, выбор «аборт или контрацепция» однозначен: главным злом следует признать неприменение контрацепции как таковой. Врачу надлежит предоставить женщине всю современную информацию об имеющихся эффективных методах регуляции фертильности (в том числе об абортивности/неабортивности), а женщина принимает решение сама, опираясь на собственный здравый смысл, мнение мужа/партнёра и при желании духовного пастыря и других заинтересованных в её судьбе людей.

## Некоторые особенности применения ВМС

Необходимый комплекс мероприятий перед введением ВМС включает бимануальное гинекологическое исследование и осмотр шейки матки в зеркалах, а также бактериоскопию мазка содержимого влагалища. Целесообразно провести цитологический анализ соскоба с экто- и эндоцервикса ввиду недостаточной дисци-

### Алгоритмы коррекции режима применения ВМС

**Что делать в случае нарушения менструальной функции по типу нерегулярных мажущих или кровянистых выделений различной выраженности и продолжительности?**

В первые 3–6 мес использования контрацептива данная ситуация нормальна и не требует коррекции. Если состояние возникает впервые после нескольких месяцев применения средства или возобновляется после стабилизации менструального цикла, важно исключить смещение контрацептива, ИППП, беременность или новообразования (полип, миома). Если ничего обнаружить не удаётся, возможен краткосрочный (5–7 дней) приём НПВС. В случае продолжающегося кровотечения, неприемлемого для женщины, следует обсудить с ней возможность смены метода предохранения

**Что делать в случае аменореи на фоне приёма ЛНГ-ВМС?**

Обычно постепенное сокращение интенсивности (вплоть до аменореи) менструальных кровотечений при использовании ЛНГ-ВМС не требует каких-либо мер. Однако, если после нескольких месяцев неизменных по объёму и продолжительности кровопотерь внезапно наступает аменорея, следует исключить беременность. Если отсутствие менструации категорически не устраивает пациентку, стоит предложить ей иной метод предохранения<sup>37</sup>

**Что делать в случае аллергической реакции при применении Cu-ВМС?**

Аллергические реакции на медь по типу крапивницы редки, но возможны. Обычно они связаны с использованием ВМС с высоким содержанием меди. При появлении аллергических реакций контрацептив удаляют



плинированности российской женщины (а значит, высокой вероятности, что ею будет пропущена очередная диспансеризация). Перед установкой контрацептива не следует проводить рутинные клинический и/или биохимический анализы крови; анализ крови на содержание антител к ВИЧ, гепатиту, сифилису; УЗИ органов малого таза; осмотр и пальпацию молочных желёз, равно как и профилактически назначать антибактериальные препараты.

Женщинам с установленным внутриматочным контрацептивом следует на каждом приёме осматривать шейку матки в зеркалах, чтобы убедиться в нормальном расположении нитей устройства. Также надлежит выяснить, не изменилось ли самочувствие пациентки с момента установки средства (в частности, не начала ли она приём каких-либо медикаментов) и переоценить категорию приемлемости обсуждаемого метода, если в том есть необходимость. В регулярном наблюдении потребности нет, достаточно порекомендовать пациентке обратиться вновь в случае возникновения побочных эффектов, истечения допустимого срока применения средства или желания сменить метод контрацепции.



Итак, внутриматочная контрацепция сегодня — это не только популярный, но и динамично развивающийся метод предупреждения нежеланной беременности. Разнообразные средства, представленные на российском рынке, позволяют индивидуализировать выбор, а их доказанная эффективность наряду с безопасностью и хорошей переносимостью обеспечивает удовлетворённость использованием, а потому высокую приверженность самих женщин этому методу.

Необходимость повсеместной актуализации метода, в том числе обновления знаний по имеющимся новинкам (в первую очередь золотосодержащим) и новым критериям приемлемости, обусловлена главным образом выбором самих женщин: при всех усилиях популяризации гормональной контрацепции они всё равно готовы с той же, если не с большей частотой отдавать предпочтение «молчащему» контрацептивному методу. Дорожки в парке нужно мостить по уже протоптанным тропинкам, поэтому совершенствование внутриматочных контрацептивных средств останется одной из самых востребованных и перспективных тематик в ближайшем будущем мировой гинекологии. **SP**

Приложение 1. Противопоказания к применению медьсодержащих внутриматочных контрацептивов (Cu-ВМС) и гормонсодержащих внутриматочных контрацептивов (ЛНГ-ВМС). Выдержки из Национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции. РФ, 2012

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

- Беременность.

При наступлении беременности на фоне ВМС необходимо исключить её внематочную локализацию.

Продолжение использования ВМС во время беременности значительно повышает риск инфекций малого таза и септического самопроизвольного аборта, о чём следует информировать забеременевших с установленным средством. Желающие сохранить беременность должны быть осведомлены о том, что при наличии условий для удаления ВМС эта процедура снизит возможные риски неблагоприятного течения гестации. Тем не менее удаление средства представляет некоторый риск аборта. Так или иначе, независимо от того, будет удалено внутриматочное устройство или нет, беременным следует рекомендовать обратиться за медицинской помощью в случае кровотечения, спазмирующей боли, аномальных выделений из влагалища или повышения температуры.

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

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

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

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

- Рак молочной железы в настоящий момент.
- Справедливо для ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Рак эндометрия.

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

- Миома матки с деформацией полости последней.
- Деформация полости матки (любые врождённые или приобретённые аномалии матки, приводящие к деформации её полости, несовместимой с установкой ВМС).
- ВЗОМТ в настоящий момент.

Справедливо для первичной установки средства.

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

Справедливо для первичной установки средства. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

## 2. Категория 3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества от использования метода (относительные противопоказания).

- Состояние от  $\geq 48$  ч до  $< 4$  нед после родов.

Справедливо для кормящих и не кормящих грудью женщин после любых родов с 22 нед беременности, включая родоразрешение путём операции кесарева сечения, в том числе при мертворождённости.

- Острый тромбоз глубоких вен (ТГВ)/тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Справедливо для ЛНГ-ВМС. Введение внутриматочного средства предположительно целесообразно после прекращения антикоагулянтной терапии в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры установки.

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

Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Инсульт.

Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Системная красная волчанка, если результат теста на антифосфолипидные антитела положительный или не известен.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Системная красная волчанка, если диагностирована тяжёлая тромбоцитопения.  
Справедливо для первичной установки Су-ВМС. Тяжёлая тромбоцитопения повышает риск кровотечений. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Мигрени с аурой в любом возрасте.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМС.
- Гестационная трофобластическая болезнь, если уровень  $\beta$ -ХГЧ снижается или не подлежит определению.
- Рак молочной железы в анамнезе, если отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС: их применение менее вероятно спровоцирует прогресс заболевания в сравнении с комбинированными эстроген-гестагенными или высокодозированными чисто прогестиновыми средствами. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Рак яичников.  
Справедливо для первичной установки ВМС. Средство, вероятно, придётся удалить перед лечением, но с этого времени женщина не защищена от незапланированной беременности. До проведения обследования и переоценки риска необходимости в удалении ранее введённого ВМС нет (категория 2). Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Очень высокий индивидуальный риск гонококковой или хламидийной инфекции.
- Положительный ВИЧ-статус.  
Справедливо для получающих антиретровирусную терапию. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- СПИД (на фоне антиретровирусной терапии).  
Справедливо для первичной установки средства. Данные о взаимодействии антиретровирусных препаратов и ВМС отсутствуют. Однако СПИД включён в перечень состояний, отнесённых к категории 3 для установки и к категории 2 для продолжения использования ВМС. Исключением является клиническая стабилизация состояния пациентки на фоне антиретровирусной терапии, когда как установку ВМС, так и продолжение его использования относят к категории 2. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

- Установленный тазовый туберкулёз.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
- Тяжёлый (декомпенсированный) цирроз.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Гепатоцеллюлярная аденома, злокачественная гепатома.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Первичный склерозирующий холангит, осложнённый циррозом печени.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМС.
- Трансплантация внутренних органов, осложнённая несостоятельностью трансплантата (острой или хронической), или васкулопатия пересаженного сердца.  
Справедливо для первичной установки средства. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

3. Категория 2. Состояние, при котором преимущества от использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск (необходим особый контроль при приёме средства).

- Возраст: от наступления менархе до 20 лет.
- Паритет: нерожавшие.
- Постабортный период, в случае прерывания беременности во II триместре.
- Ожирение, если у пациентки наступило менархе, ей менее 18 лет и её ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>.
- Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, пациентка курит).  
Справедливо для ЛНГ-ВМС.
- Заболевания сосудов, включая ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивная ретинопатия и транзиторные ишемические атаки.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не проводится.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Системная абсорбция левоноргестрела из ЛНГ-ВМС невелика и вряд ли будет связана с увеличением риска развития венозной тромбоземболии.
- Острый ТГВ/ТЭЛА.  
Справедливо для Cu-ВМС.
- ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 мес.

Введение внутриматочного средства предпочтительно целесообразно после прекращения антикоагулянтной терапии в связи с потенциальным риском кровотечения во время процедуры установки.

- Большое хирургическое вмешательство с длительной иммобилизацией.  
Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции длительностью более 30 мин. К процедурам с высоким риском венозной тромбоэмболии относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию.
- Обнаруженные тромбогенные мутации (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина).  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Ишемическая болезнь сердца в настоящий момент (в том числе после проведённого оперативного лечения: баллонной ангиопластики, стентирования, аортокоронарного шунтирования).  
Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Инсульт.  
Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Осложнённые клапанные и другие врождённые заболевания сердца (лёгочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе).
- Болезнь Рейно с волчаночным антикоагулянтом.  
Вторичная болезнь Рейно обусловлена такими заболеваниями, как склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка. При наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови.
- Системная красная волчанка, если диагностирована тяжёлая тромбоцитопения.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного Cu-ВМС и для первичной установки ЛНГ-ВМС. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.
- Системная красная волчанка на фоне проведения иммуносупрессивной терапии.  
Справедливо для первичной установки средства.
- Ревматоидный артрит на фоне приёма иммунодепрессантов.  
Справедливо для первичной установки средства.
- Мигрени без ауры в любом возрасте.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС.
- Мигрени с аурой в любом возрасте.  
Справедливо для первичной установки ЛНГ-ВМС.

- Обильные или продолжительные менструальные кровотечения (регулярного или нерегулярного характера).  
Справедливо для первичной установки Cu-ВМС и для продолжения использования ранее установленного ЛНГ-ВМС. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьёзного заболевания.
- Вагинальные кровотечения неустановленной этиологии (подозрение на серьёзное заболевание) до выяснения причины.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
- Эндометриоз.  
Справедливо для Cu-ВМС.
- Дисменорея.  
Справедливо для Cu-ВМС.
- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN).  
Справедливо для ЛНГ-ВМС.
- Рак шейки матки (в период ожидания терапии).  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
- Заболевания молочных желёз — недиагностированное образование.  
Справедливо для ЛНГ-ВМС. Необходимо незамедлительное обследование.
- Рак эндометрия.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства до начала лечения.
- Рак яичников.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства до начала лечения.
- Анатомические аномалии, включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов, не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМС.
- ВЗОМТ в анамнезе без последующей беременности.
- ВЗОМТ в настоящий момент.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.  
Необходимо лечение ВЗОМТ с использованием соответствующих антибиотиков.
- Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время.  
Справедливо для продолжения использования ранее установленного средства.
- Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита); вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз); повышенный риск ИППП.
- Высокий риск ВИЧ-инфекции.
- Положительный ВИЧ-статус.  
Справедливо для не получающих антиретровирусную терапию. Состояние повышает вероятность развития тяжёлых осложнений в результате незапланированной беременности.

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



# Литература

1. Минтруда и соцзащиты РФ. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. М., 2011.
2. Интервью с почетным председателем немецкой медицинской Ассоциации охраны репродуктивного здоровья женщин Гизелой Гилле // *StatusPraesens*. 2013. №4 [15]. С. 96–100.
3. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. №4. С. 10–15.
4. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
5. Lule L., Singh S., Chowdhury S.A. Fertility regulation behaviors and their costs: contraception and unintended pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia. Washington, D.C.: World Bank, 2007. 154 p.
6. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis / L. Alkema [et al.] // *The Lancet*. 2013. Vol. 381. №9878. P. 1642–1652.
7. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Докладная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. №1. С. 34–39.
8. Росстат, Минздрав РФ. Репродуктивное здоровье населения России. 2011. Резюме отчёта. М., 2012.
9. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World contraceptive use 2011. N.Y.: UN, 2011.
10. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device/ A.K. Whitaker [et al.] // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2010. Vol. 23. №2. P. 116–120.
11. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception/ R. Kulier [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007. №4. P. CD005347.
12. Trussell J. Contraceptive Efficacy // *Contraceptive Technology* / R.A. Hatcher [et al.]. N.Y.: Ardent Media, Inc., 2007.
13. Занько С.Н. Гормональная и внутриматочная контрацепция: параллели или альтернатива? / С.Н. Занько // Медицинские новости. 2004. №6. С. 52–57.
14. Haoula Z.J., Walker K.F., Powell M.C. Levonorgestrel intrauterine system as a treatment option for complex endometrial hyperplasia // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011. Vol. 159. №1. P. 176–179.
15. Management of Endometrial Hyperplasia With a Levonorgestrel-releasing Intrauterine System: Single Arm, Prospective Multicenter Study: Korean Gynecologic Oncology Group Study (KGOG2006)/ T.S. Lee [et al.] // *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2011. Vol. 41. №6. P. 817–819.
16. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device / S. Haimovich [et al.] // *Menopause*. 2008. Vol. 15. №5. P. 1002–1007.
17. Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis / I.D. Gallos [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 203. №6. P. 547.
18. The frameless copper IUD (GyneFix) and the TCu380A IUD: results of an 8-year multicenter randomized comparative trial / O. Meirik [et al.] // *Contraception*. 2009. Vol. 80. №2. P. 133–141.
19. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилесской. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 444 с.
20. Thierry M. Pioneers of the intrauterine device // *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. 1997. Vol. 2. №1. P. 15–23.
21. Thierry M. Intrauterine contraception: from silver ring to intrauterine contraceptive implant // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2000. Vol. 90. №2. P. 145–152.
22. Degradation of the copper-releasing intrauterine contraceptive device and its significance/ E.N. Chantler [et al.] // *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 1984. Vol. 91. №2. P. 172–181.
23. Tapia J.E., Felten A. von, Hauser G.A. Low-carat gold intrauterine device for contraception 44 years in the uterus // *Zentralbl. Gynakol.* 1984. Vol. 106. №5. P. 337–340.
24. Karpati M. Intrauterine contraceptive device. 2008. [патент ZA200901973].
25. Corrosion of a new copper-gold or copper-platinum intrauterine device/ L. Gal-Or [et al.] // *J. Biomed. Mater. Res.* 1982. Vol. 16. №6. P. 785–798. [PMID: 7174708].
26. The ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems // *Hum. Reprod. Update*. 2008. Vol. 14. №3. P. 197–208.
27. 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.
28. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective / T.M. Farley [et al.] // *Lancet*. 1992. Vol. 339. №8796. P. 785–788.
29. Deans E.I., Grimes D.A. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review // *Contraception*. 2009. Vol. 79. №6. P. 418–423.
30. Lyus R., Lohr P., Prager S. Use of the Mirena™ LNG-IUS and Paragard™ CuT380A intrauterine devices in nulliparous women // *Contraception*. 2010. Vol. 81. №5. P. 367–371.
31. Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study / P. Thonneau [et al.] // *Hum. Reprod. Oxf. Engl.* 2006. Vol. 21. №10. P. 2612–2616.
32. 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.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 121: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices // *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 118. №1. P. 184–196.
34. Workowski K.A., Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 // *MMWR Recomm. Reports Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Reports Centers Dis. Control.* 2010. Vol. 59. №RR-12. P. 1–110.
35. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. М., 2012.
36. Department of Reproductive Health, World Health Organization. WHO / Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2010. 121 p.
37. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2nd Edition // *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2013. № 62 (RR05). P. 1–46.

*Научно-практическое издание*

Марианна Игоревна **Лебедева**, Ольга Дмитриевна **Руднева**,  
Светлана Александровна **Маклецова**

## **Ренессанс внутриматочной контрацепции**

Под ред. Виктора Евсеевича Радзинского

*Медицинский директор:* канд. мед. наук Маклецова Светлана Александровна

*Креативный директор:* Кристал Виталий

*Ответственный редактор:* Руднева Ольга Дмитриевна

*Выпускающий редактор:* Лёвкина Наталья

*Вёрстка:* Скуточкина Юлия

*Корректор:* Соседова Елена

*Художники:* Разгулина Лина, Горобец Макс

Подписано в печать 18.10.2013. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60×90 1/16. Объём 1,5 п.л. Тираж 21 000.

ООО «Медиабюро Статус презентс».

105082, г. Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26в, стр. 2, Бизнес-центр Post-Plaza, оф. 613.

Тел.: +7 (499) 346 3902, e-mail: info@praesens.ru, www.praesens.ru.

Отпечатано в ЗАО «Алмаз-Пресс»

123022, Москва, Столярный пер., д. 3, корп. 34



9 785905 1796272

A close-up photograph of a woman's face, focusing on her nose and lips, which are slightly parted. A large, vibrant yellow lily flower is positioned in the lower half of the frame, partially overlapping her chin and neck. The background is a soft, out-of-focus white.

GOLDLILY®

Контрацепция  
без гормонов

Внутриматочная спираль  
Голддили Эксклюзив с золотом



ГЕДЕОН РИХТЕР

[www.g-richter.ru](http://www.g-richter.ru)