

*Регуляция рождаемости с помощью различных способов контрацепции является важным резервом сохранения здоровья матери и ребенка, снижения материнской, младенческой заболеваемости и смертности. В этой связи большое значение имеет дальнейшее развитие контрацептивных технологий. В настоящее время среди населения внутриматочная контрацепция является одним из наиболее популярных методов предохранения от беременности. Совершенствование технологии применения ВМС (внедрение и дальнейшее развитие дифференцированного подхода к выбору модели спирали с применением неспецифической санации до введения ВМС) являются важными элементами совершенствования метода.*

Регуляция рождаемости с помощью различных способов контрацепции является важным резервом сохранения здоровья матери и ребенка, снижения материнской, младенческой заболеваемости и смертности [1, 2, 3, 5, 8 19]. 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 абортот и т.д. В развитых странах контроль над рождаемостью способствует оптимизации интервалов между беременностями и сохраняет здоровье женщины и ребенка.

В настоящее время принципами планирования семьи являются [2,8,16, 19]:

предупреждение беременности у женщин до 19 лет;

предупреждение беременности у женщин после 35 лет;

соблюдение интервала между родами не менее 2 лет;

предупреждение беременности у женщин составляющих группу высокого риска в связи с наличием экстрагенитальной патологии.

Развитие контрацептивных технологий находится в неразрывной связи с развитием средств контрацепции. В таблице 1 представлены данные эффективности различных методов контрацепции (Источник: Selected practical recommendations for contraceptive use. WHO 2002. «Избранные практические рекомендации по использованию методов контрацепции ВОЗ, 2002») [21].

Таким образом, последние исследования под эгидой ВОЗ свидетельствуют, что из обратимых способов предупреждения беременности к высокоэффективным относятся внутриматочные противозачаточные средства (ВМС), инъекционные контрацептивы и комбинированные оральные контрацептивы (при правильном и постоянном использовании) [18,19, 21].

В Беларуси и других государствах бывшего СССР количество женщин, реально использующих высокоэффективные противозачаточные средства, намного ниже, чем необходимо при имеющемся уровне рождаемости. Именно этим обусловлено распространение искусственных абортов, которые фактически остаются основным методом регуляции рождаемости [2, 16]. Аборт и его осложнения являются частой причиной невынашивания беременности, воспалительных и других заболеваний женской половой сферы, обуславливающих функциональные расстройства репродуктивной системы [3, 6, 7, 10, 15]. Серьезным осложнением аборта является бесплодие; оно, как правило, бывает вторичным и составляет половину случаев бесплодного брака. У 1/3 женщин, страдающих вторичным бесплодием, искусственным абортот была прервана первая беременность [3]. В Беларуси около 10% женщин в наиболее благоприятном для деторождения возрасте от 20 до 29 лет ежегодно прибегают к абортот [4, 5, 7]. По итогам 2004 года в республике на каждые 100 младенцев, родившихся живыми, приходится 80 абортов. В целом их количество в 7-12 раз больше, чем в развитых странах Европы и США. В то же время в ряде государств (Великобритания, Финляндия и другие страны Скандинавии) за счет целенаправленного внедрения современных высокоэффективных технологий регуляции фертильности и реализации государственных медицинских и образовательных программ планирования семьи за сравнительно короткий временной промежуток (4-5 лет) удалось снизить количество абортов в 2-3 раза [1, 12, 15, 16]. На протяжении последних 5 лет в Республике Беларусь наблюдаются положительная динамика в частоте искусственного прерывания беременности (рис. 1).

По данным ВОЗ двукратное снижение числа абортов возможно только при охвате современными методами контрацепции не менее 50-60% от всех женщин фертильного возраста [1, 5, 11]. В Беларуси по официальным данным в 2004 году около 40% женщин фертильного возраста используют современные противозача-

точные средства. К сожалению, реальное количество женщин, применяющих средства контрацепции

Метод	Число беременностей на 100 женщин в течение первого года применения метода	
	При правильном и постоянном использовании	При обычном использовании (с учетом ошибок пользователей)
<b>Отсутствие контрацепции</b>	<b>85</b>	<b>85</b>
Импланты (Норплант)	0,1	0,1
Инъекционные гестагены (Депо-Провера)	0,3	0,3
Мини-пили	0,3-0,9	3,0-6,0
Стерилизация женская	0,5	0,5
Стерилизация мужская (вазэктомия)	0,1	0,2
ВМС (медьсодержащие)	0,6	0,8
ВМС (гормонсодержащие)	0,1	0,1
Метод лактационной аменореи	0,5	2
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)	0,1	6 - 8
Мини-пили (вне периода грудного вскармливания)	0,5	<b>Менее эффективны, чем КОК</b>
Презерватив женский	5	21
Презерватив мужской	3	14
Прерванный половой акт	4	19
Влагалищная диафрагма со спермицидом	6	20
Спермициды	6	26
Ритмические методы	1-9	20
Шеечные колпачки у не рожавших	9	20
Шеечные колпачки у рожавших	26	40
<b>0 – 1 - высокоэффективны</b>	<b>2 – 9 - эффективны</b>	<b>10 – 30 – умеренно эффективны</b>

## Прерывание беременности (аборты) в Республике Беларусь

Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник 2004г.

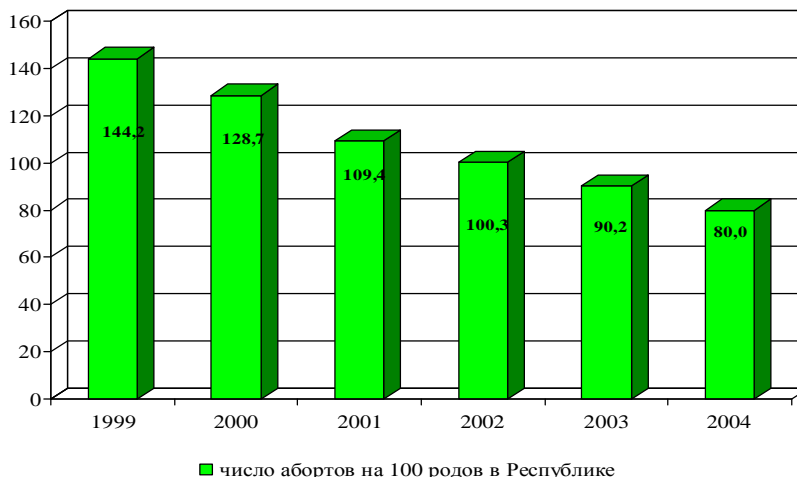


Рис. 1

контрацепции не известно и, по всей видимости, оно ниже.

Огромное значение имеют национальные традиции планирования семьи [1, 11, 15, 21]. В этой связи необходимо учитывать данные исследований, согласно которым внутриматочная контрацепция является наиболее распространенным и популярным методом предупреждения беременности в Республике Беларусь. Этот

способ предпочитают 53% опрошенных женщин, использующих те или иные противозачаточные средства [6]. Пациентки, предпочитающие внутриматочную контрацепцию, – это женщины раннего репродуктивного возраста (79,85%), замужние (92,1%), ведущие регулярную половую жизнь (94,98%). Однако метод считают предпочтительным для себя 7,9% незамужних и 5,02% имеющих нерегулярные по-

ловые контакты из принявших участие в опросе женщин. Из числа респонденток применявших средства внутриматочной контрацепции, вновь выбрали данный метод 48,72% женщин в возрасте 26-35 лет; 62,07% – в возрасте 36-40 лет и 38,46% – старше 40 лет. Наиболее часто (46,6%) женщины при выборе ВМС хотели бы длительно применять метод (не планировали беременность), 32,2% планируют беременность, 12,2% затруднились ответить [6]. Таким образом, внутриматочная контрацепция остается наиболее приемлемым способом контрацепции с позиций пациентки и полностью соответствует национальным традициям.

В настоящее время по официальным данным 15% женщин фертильного возраста в Республике применяют данный метод планирования.

Одним из наиболее значимых факторов, обусловивших, снижение числа абортс явилось создание и начало промышленного производства отечественного внутриматочного контрацептива «Юнона Био-Т» (ЗАО «Медицинское предприятие Симвург»). Широкое применение метода внутриматочной контрацепции в конце прошлого века в Республике Беларусь позволило создать прослойку населения, охваченную высокоэффективным методом контрацепции.

Вместе с тем в последние годы в регионах стран бывшего СССР сложилась, на наш взгляд, несколько неадекватная трактовка отношения медицинских работников к различ-

ным 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. Сложившаяся ситуация вполне понятна с точки зрения конкуренции и возможности расширения рынка и, безусловно, во многом спровоцирована коммерческими, а не медицинскими причинами. К сожалению, в этот спор оказались вовлечены многие учёные и практические врачи, работающие в области планирования семьи. Данная ситуация не только сдерживает дальнейшее развитие средств внутриматочной контрацепции и технологии применения ВМС, но и дискредитирует метод среди медиков и пациенток. Вместе с тем внутриматочная контрацепция известна с древних времен как метод предохранения от беременности. По данным отдела народонаселения ООН (табл. 2) внутриматочные противозачаточные средства по распространённости занимают первое место в мире среди эффективных обратимых методов предупреждения беременности (чаще используется только хирургическая стерилизация, но этот метод является необратимым).

Таблица 2. Применение различных методов контрацепции

Метод	Число пользователей (млн.)	Неудачи в течение первого года применения метода при обычном применении (индекс Pearle)
Стерилизация (женская)	210	0,5
ВМС	156	0,8
КОК	82	5,0
Стерилизация мужская (вазэктомия)	43	0,15
Инъекционные контрацептивы	27	0,3
Барьерная контрацепция (презерватив)	53	15,0

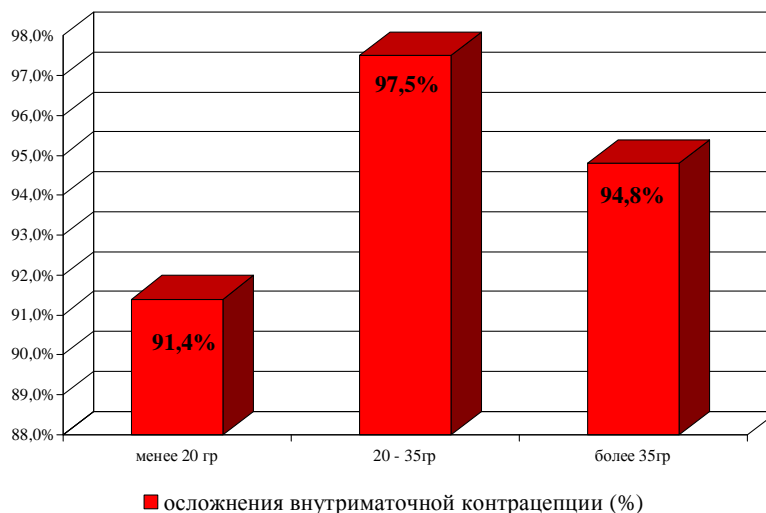
Источник: Отдел народонаселения ООН, 2001г.

Техническая конструкция внутриматочных средств (ВМС) постоянно совершенствуется – от простых, биологически инертных колец из различного материала до современных внутриматочных контрацептивов, содержащих различные активные вещества (металлы и гормоны). К настоящему времени известно около 100 разновидностей ВМК. В Республике Беларусь зарегистрированы 11 моделей. Из всех зарегистрированных ВМС только контрацептивы «Юнона Био-Т» подверглись многочисленным клиническим исследованиям на территории республики. Важной особенностью данной мо-

дели является обеспечение оптимального усилия (20-35 гр) в местах контакта ВМС и эндометрия (рис. 2), что во многом определяет высокую надежность и безопасность контрацепции [5, 6].

На протяжении длительного времени в различных странах 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 жен-

### Приемлемость ВМС с различным усилием в зоне контакта контрацептива и эндометрия



длительность наблюдения за 40 женщинами в каждой группе 18 – 23 месяца (902 – 974 менструальных цикла)

Рис. 2

В настоящее время пересмотрены взгляды на сроки введения ВМС. Внутриматочные средства можно вводить [6, 22]:

в любой день менструального цикла, при уверенности в отсутствии беременности (наиболее целесообразно с 6 по 14 день);

в день проведения медицинского аборта, произведенного методом вакуум-аспирации или выскабливания матки;

в течение 48 часов после нормальных родов;

через 5-6 недель после неосложненных родов (на фоне лактационной аменореи, при восстановлении менструаций);

сразу после извлечения ВМС, срок использования которого истек, при желании женщины продолжить внутриматочную контрацепцию;

с целью посткоитальной контрацепции на 3-4 день после незащищенного полового акта;

после кесарева сечения строго индивидуально, лучше спустя 3-4 месяца;

после перенесенного воспалительного процесса половых органов не ранее 6-8 месяцев (при отсутствии обострения).

В ряде исследований показано, что традиционные сроки (4 – 8 дни менструального цикла), которые продолжают предпочитать врачи, не являются оптимальными, т.к. большое количество (5,47 %) осложнений отмечалось при установке внутриматочных контрацептивов на 3-5 день менструального цикла. Лучшие результаты и меньшее число осложнений (1,75 %) наблюдалось в группе пациенток, ВМС которым вводили на 6-14 день менструального цикла [6]. Важно, что введение ВМС непосредственно

после неосложненного медицинского аборта не сопровождается ростом осложнений [2, 4, 5, 6, 9, 11, 19].

Большое число исследований в области использования и возможных осложнений ВМС сыграло в какой-то мере злую шутку в отношении врачей и пациентов к этому методу. Длительное, всестороннее, в сравнении с ОК, изучение возможных побочных явлений и осложнений внутриматочной контрацепции привело к распространенному предубеждению о высокой вероятности проблем при использовании ВМС по сравнению с другими методами контрацепции. В работах 80-х - 90-х годов при полноценном сравнении женщин, не использовавших никакой контрацепции, с женщинами-пользователями ВМС было показано, что у последних ниже доля воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). В более ранних работах (60-е годы) 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 [5, 17, 19]. Повторение данной ситуации наблюдалось в странах бывшего СССР в 90 годах прошлого века. Это привело к тому, что многие врачи продолжают считать, что ВМС способствуют распространению заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), тяжелых форм ВЗОМТ. Всемирная организация здравоохранения провела ряд исследований, целью которых была проверка тезиса о связи ВМС и ВЗОМТ. В 23000 изученных

случаев был обнаружены только 81 случай tuboоариальных воспалительных процессов (0,34% случаев ВЗОМТ в популяции женщин с ВМС (ВОЗ, 1997) [18, 19]. 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 нахождения 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 и низким риском ЗППП (ВЗОМТ крайне редко отмечаются в Китае, где более половины женщин репродуктивного возраста пользуются ВМС). Важно, что диагностика большинства осложнений не требует специальных методов исследования и возможна в амбулаторных условиях.

В таких разных странах, как Китай, Норвегия, Финляндия и Египет, где никогда не было 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.

Побочные явления и осложнения ВМК по своей частоте и выраженности в значительной степени зависят от правильности подбора, индивидуальных особенностей, типа ВМС, длительности пользования и оптимизации диспансерного наблюдения [4, 5, 6, 9, 10, 14, 17]. Результаты масштабного (860 пациенток) исследования, проведенного в Республике Беларусь в рамках государственной программы полностью подтвердили значение индивидуального подбора типа ВМС (табл. 3) [5, 6].

Таблица 3. Дифференцированный выбор модели ВМС серии «Юнона Био-Т»

Группа женщин	Рекомендуемая модель
Длительная (7-8 лет) контрацепция	«Юнона Био-Т Ag», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Контрацепция между родами (4-5 лет)	«Юнона Био-Т»
Для нерожавших женщин	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
Посткоитальная контрацепция нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
----- рожавшие	«Юнона Био-Т», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Внутриматочная контрацепция сразу после удаления предшествующего ВМС в связи с завершением срока ношения	«Юнона Био-Т Ag», «Юнона Био-Т Super», Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Контрацепция после аборта или вакуум-аспирации нерожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №1, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №1
----- рожавшие	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	«Юнона Био-Т Super»
Наличие в анамнезе беременностей на фоне Т-образных ВМС или их экспульсий	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2
ИЦН органического или функционального характера	Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т» №2, Кольцеобразный контрацептив «Юнона Био-Т Ag» №2

При применении дифференцированного подхода к выбору средства внутриматочной контрацепции показатели приемлемости (% женщин, продолжающих использовать ВМС по истечении определенного временного интервала) составил 94,2% (рис. 3), что выше, чем при обычном подходе к выбору средств внутриматочной контрацепции.

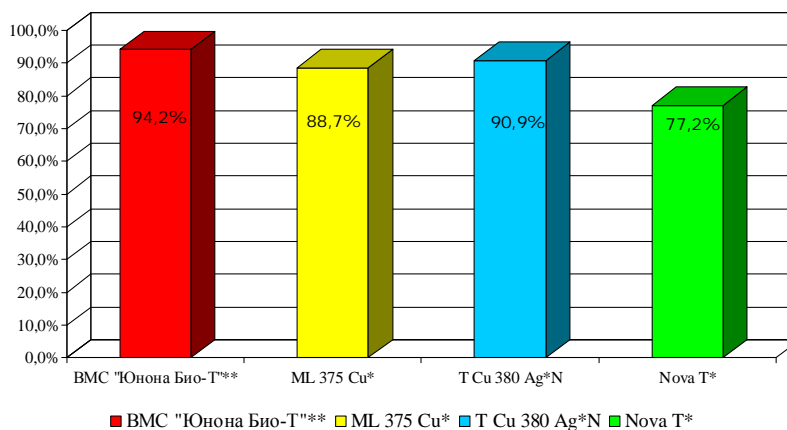
Асептическое введение и удаление ВМС признается большинством исследователей как основной фактор профилактики ВЗОМТ [2, 5, 6, 7, 11, 18, 19]. Проведенное в 1995 году в Лос-

Анджелесе 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

(инсталлагель, Farco-Pharma, Германия). Препарат был инстиллирован в цервикальный канал при помощи насадки Instillaquil - пластиковой цилиндрической канюли. При использовании инсталлагеля был получен выраженный

обезболивающий эффект и отсутствие инфекционных осложнений, несмотря на недостатки аппликатора (избыточная жесткость материала канюли иногда приводила к травматизации слизистой эндоцервикса).

### Приемлемость (в течение года) различных ВМС у женщин детородного возраста



\*Внутриматочная контрацепция: Руководство/Под. Ред. Прилепской В.Н. – М.: МЕДпресс, 2000.

\*\* Внутриматочная контрацепция. Дифференцированный подход к применению Белорусских ВМС: Метод. рекомендации/Журавлев Ю.В. и соавт. – Витебск.: ВГМУ, 2000

Рис. 3

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

Результаты исследований [2, 17, 19, 21] доказывают, что именно местная санационная программа является важным компонентом подготовки женщины к введению любого ВМС и должна осуществляться в обязательном порядке даже при хороших результатах микробиологических исследований. Хороший санационный эффект обеспечивает применение вагинальных свечей «Бетадин» производства фирмы «Egys» (Венгрия). Бетадин применяли как монотерапию в виде свечей 1 раз в день на протяжении 5 дней до введения ВМС. Кроме того, пациенткам перед введением ВМС проводили инсталляцию 10% раствора «Бетадин» во влагалище (продолжительность экспозиции - составляла 2 мин.) [7].

Большинством исследователей подчеркивается важность правильного введения ВМС. Так в США самостоятельное введение внутриматочных контрацептивов допускается только после специального курса по обучению введения ВМС [11].

В странах постсоветского пространства в последние годы сложились негативные демо-

графические 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, 15], 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.

### Литература:

1. Блюменталь П., Макинтош Н. *Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции 1996–1998. Второе издание.* - Балтимор. США, 1996. – 406 с.
2. *Внутриматочная контрацепция. Под редакцией В.Н. Прилепской, Москва, - 2000.*
3. Волгина В.Ф., Борисов И.Ю. // *Материалы 3-го Российского Форума «Мать и дитя». Москва. – 2001.-С. 315-316.*
4. Дуда И.В., Дуда В.И., Дуда В.И. *Клиническая гинекология. Т.2., Минск, - 1999.*

5. Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г., Супрун Л.Я. Проблемы и перспективы внутриматочной контрацепции. - Витебск, 1997. – С. 112.
6. Харленок В.И., Дейкало Н.С., Супрун Л.Я., и др. Новый подход к внутриматочной контрацепции на основе использования белорусских ВМС. – «Охрана материнства и детства», - №2, - 2001, - С. 103-111.
7. Занько С.Н. Профилактика воспалительных осложнений при внутриматочных вмешательствах. – Медицинские новости, №6, - 2005, С.52-56.
8. Зеленкевич И.Б., Цыбин А.К., Севковская З.А., Михнюк Д.М. Репродуктивное здоровье женщин в Республике Беларусь. Проблемы и перспективы деятельности по его улучшению // Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях. - Минск, 1997. - С. 3 – 18.
9. Корхов В.В., Иванов А.П. Некоторые аспекты применения современных методов контрацепции.// Охрана материнства и детства. –2001. – №2. - С.40-44.
10. Мачитидзе В.Г. Применение препарата напросин для профилактики побочных явлений внутриматочных контрацептивов // грузинская респ. Конференция молодых ученых: Материалы. - Тбилиси, 1986. – С.17.
11. Хэтчер Р.А., Ковал Д., Хомасуридзе А., Шакаришвили А. И др. Руководство по контрацепции (международное издание), 1993.
12. Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Жирова И.А., Астахова Т.М., Николаева Е.И., Гатина Т.А. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты) – Москва, 2003.-153 с.
13. Кулаков В.И., Гаспаров А.С. Центральный федеральный округ: медико-демографическая характеристика и состояние здоровья женщин (информационное руководство).-Москва, МИА 2004-133с.
14. Кузнецова И.В. Контрацепция (под редакцией проф. Н.М. Подзолковой), Учебное пособие. – Москва, 2004- 54с.
15. Баранов А.А., Игнатьева Р.К., Каграмов В.И., Сугак А.Б., Поколение 1990-х Европы: Региональные особенности воспроизводства и ранних потерь. – Москва, 2005 – 151с.
16. Игнатьева Р.К., Каграмов В.И. Динамика процессов воспроизводства населения Российской Федерации в современных условиях: Медико-демографический анализ. – С.27-37.
17. Осложнения при аборте: руководство по техническим и управленческим аспектам предупреждения и лечения. ВОЗ.1995. – 183 с.
18. Руководство по охране репродуктивного здоровья.//М. – 2001. – С.564.
19. Руководство по планированию семьи. /Научный редактор В.Н. Серов – М.; «РУСФАРМАМЕД», 1997. – 298с.
20. Аборты в России: региональные особенности//Информационное письмо минздрава России. – М.;2001. -12с.
21. WHO. Selected practical recommendations for contraceptive use. Geneva,WHO, 2002.
22. WHO. Medical Eligibility Criniria for Contraceptiv Use. – 2<sup>nd</sup> ed.,2000.