

И.А. Мануилова

**ПЛАНИРОВАНИЕ
СЕМЬИ
И ЗДОРОВЬЕ
ЖЕНЩИНЫ**

Библиотека Ладовед.
SCAN. Юрий Войкин 2015г.

БИБЛИОТЕЧКА
**ЗДОРОВЬИЙ
ОБРАЗ
ЖИЗНИ.**

И. А. Мануилова

**ПЛАНИРОВАНИЕ
СЕМЬИ
И ЗДОРОВЬЕ
ЖЕНЩИНЫ**

ББК 57.14
М23

Автор: МАНУИЛОВА Ирина Александровна — доктор медицинских наук, член-корреспондент АМН СССР, руководитель отделения репродукции Всесоюзного Центра охраны здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, автор многих научных и научно-популярных статей, книг «Гинекологическая эндокринология» (1980), «Современные контрацептивные средства» (1983).

Мануйлова И. А.

М23 Планирование семьи и здоровье женщины. — М.: Знание, 1988. — 64 с. — (В помощь лектору. Библиотечка «Здоровый образ жизни»).

15 к,

Брошюра посвящена вопросам правильного планирования семьи, как фактора, способствующего сохранению здоровья женщины. Большое внимание уделено современным методам контрацепции — вопросам ранее малоосвещавшимся в научно-популярной литературе. Рассчитана на специалистов-гинекологов, врачей общего профиля, лекторов, распространителей медицинских знаний.

410100000—133
М 073(02)—88

ББК 57.14

Издательство «Знание», 1988 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В течение последних двух десятилетий проблема сохранения здоровья и особенно репродуктивной системы находится в центре внимания ученых всего мира.

Общепринято включать в параметры здорового образа жизни рациональное питание, занятия физической культурой и спортом, отсутствие вредных привычек (прием алкоголя, курение), профессиональных вредностей, эмоциональных и физических перегрузок, инфекций, серьезных наследственных и соматических заболеваний, а также наличие благоприятной экологической среды.

Не менее важная связь между характером репродуктивного (детородного) поведения женщины и состоянием ее здоровья. Сегодня появились работы, показывающие защитную роль беременности и родов от онкологических заболеваний у женщин в возрасте до 25 лет. И наоборот, доказана прямая зависимость между ранним началом половой жизни (до 19 лет), особенно со многими партнерами, и увеличением развития рака шейки матки. Установлено также, что искусственный аборт у женщин в возрасте 20—24 года увеличивает частоту развития рака молочной железы в 2 раза. Появились большие эпидемиологические исследования, указывающие, что использование разных методов регуляции рождаемости может формировать различные, не только гинекологические, но соматические заболевания.

Существует тесная взаимосвязь между состоянием здоровья женщины и ее репродуктивной функцией, а это дает основание для рационального репродуктивного поведения с учетом возраста женщины, оптимальных интервалов между родами и предупреждения наступления нежелательной беременности, что принято рассматривать как планирование семьи.

Слишком ранние (до 19 лет) и слишком поздние (старше 35 лет), а также слишком частые роды с ин-

тервалом менее чем 2,0—2,5 года оказывают неблагоприятное влияние на здоровье женщины и ее ребенка.

Данные ВОЗ показывают, что дети, рожденные с интервалом менее 1 года, умирают в 2 раза чаще по сравнению с детьми, рожденными с интервалом в 2 года и более. Частые анемии среди таджичек, узбечек, казашек обуславливаются прежде всего короткими интервалами между родами.

При увеличении возраста женщины (старше 35 лет) и особенно после 40 лет беременность и роды сопровождаются значительным учащением осложнений; чаще возникает асфиксия и травма новорожденного, отмечаются пороки развития плода.

Исследования показывают, что предупреждение беременности у женщин, составляющих группу «повышенного риска», — моложе 19 лет и многорожавших женщин в возрасте 35—40 лет при интервалах между беременностями не менее 2,0—2,5 лет — позволяет снизить материнскую смертность в 2 раза, а раннюю детскую смертность в 4 раза.

Прерывание первой нежелательной беременности искусственным абортом часто приводит к серьезным последствиям, иногда необратимым. Наиболее серьезные осложнения искусственного аборта — бесплодие, невынашивание, рецидивирующие воспалительные процессы женских половых органов, которые не только вызывают функциональные нарушения в яичниках, но и приводят к доброкачественным и злокачественным заболеваниям молочных желез и половой системы женщины. Установлено, что после аборта увеличивается частота самопроизвольных выкидышей, внематочной беременности и преждевременных родов, чаще возникает слабость родовой деятельности и послеродовых кровотечений.

Частота самопроизвольных выкидышей во II триместре после аборта увеличивается в 8—10 раз по сравнению с женщинами, которые только рожали. Есть данные, что у 60% первородящих женщин в возрасте старше 30 лет бесплодие или невынашивание вызвано абортом (у каждой 3-й из них было 6—8 беременностей). Хотя в настоящее время еще не разработаны методические подходы для оценки «демографических потерь» из-за искусственного аборта, тем не менее известно, что искусственные аборт являются причиной вторичного бесплодия у женщин в 60—80%.

После искусственного аборта осложнения при беременности и родах встречаются в 3 раза чаще. Использование системного подхода к дифференцированному лечению эндокринного бесплодия позволяет увеличить эффективность реабилитации генеративной функции женщины более чем в 2—3 раза.

Ясно, что необходимо более широко внедрить в практику здравоохранения современные контрацептивные (предупреждающие беременность) средства, позволяющие осуществлять планирование семьи с учетом возраста женщины, состояния ее здоровья, интервалов между родами, количеством детей в семье. Иначе говоря, планирование семьи следует рассматривать как неиспользованный резерв для сохранения здоровья женщины и будущего поколения.

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ СОХРАНЯЕТ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

В течение последних двух десятилетий проблема репродукции — в центре внимания ученых всего мира. Это связано не только со сложной демографической ситуацией в развивающихся странах, но и тем, что в развитых странах мира снижение рождаемости становится одной из острейших проблем — экономической, демографической и политической.

Так, по данным прогнозов немецких ученых, к 2000 г. в ФРГ количество женщин до 18 лет снизится с 22,5% до 19%, а население старше 65 лет увеличится с 15,0% до 24%.

Такое же положение и во многих регионах европейской части территории СССР, где проживает большинство населения (70%). Некоторое повышение рождаемости в последние годы демографы объясняют тем, что произошли сдвиги в календаре рождений (рождения всех очередностей сместились на более молодые возрасты). Таким образом, по мнению демографов, такое повышение рождаемости носит временный характер и,

к сожалению, не изменяет общей тенденции снижения рождаемости до уровня малодетности (1—2 ребенка в семье). По расчетам демографов, такой уровень рождаемости не обеспечивает простого воспроизводства населения. Так, численность населения уменьшится вдвое при 2-детной семье за 365 лет, при 1,5-детной — за 53 года, при одном ребенке — за 23 года. Проблема становится еще более актуальной, если учесть прогнозы демографов, что и сейчас будут еще ощущаться последствия войны, которые, в частности, отрицательно скажутся на рождаемости.

Сейчас ВОЗ пересмотрела значение термина «планирование семьи», используемого прежде лишь для ограничения рождаемости, и дала ему новое толкование: «планирование семьи — это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения только желанных детей». Такой тезис послужил основанием для того, чтобы в Алма-Атинской декларации (1978) охрану здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи, рассматривать как существенный элемент первичной "медицинской помощи, необходимой для обеспечения сохранения здоровья семьи. Более чем в 60 странах мира служба планирования семьи объединена со службой охраны здоровья матери и ребенка.

Опыт, накопленный Международной федерацией планирования семьи, объединяющей 123 страны (в том числе и все соцстраны), показал возможность предупреждения нежелательной беременности у подростков, профилактики искусственного аборта за счет более широкого внедрения современных противозачаточных средств, снижения воспалительных заболеваний гениталий путем улучшения санитарно-просветительной работы. Поэтому, если на конференции ООН по народонаселению в Бухаресте в 1974 году еще были участники, сомневающиеся в целесообразности организации этой службы, то на конференции ООН по народонаселению в Мехико через 10 лет в 1984 году было решено рассматривать планирование семьи как неотъемлемый компонент развития человечества. На этой конференции генеральный директор ВОЗ доктор Маллер заявил, что «развитие человечества — это нить, связывающая здравоохранение, планирование семьи и экономический прогресс».

Опыт Болгарии, Венгрии, Чехословакии, ГДР пока-

зывает эффективность организации центров планирования семьи.

Количество аборт в этих странах стало в 2—3 раза меньше родившихся, а охват современными видами контрацепции составляет 40—50%. Исследования, проведенные с помощью вопросника в Чехословакии, показали, что интерес к контрацепции не проявляется в тех случаях, когда полагают, что для нежелательной беременности существует аборт, который нельзя рассматривать как метод регуляции рождаемости, и прибегать к нему следует, только если отсутствует эффект от контрацепции.

Научно-технический прогресс в области репродуктивной эндокринологии в течение последних двух десятилетий позволил рекомендовать в практику здравоохранения 2 современных вида контрацепции: внутриматочные средства (ВМС) и оральные контрацептивы (ОК), обладающие почти 100% эффективностью. Однако распространенность их остается низкой, и поэтому до сих пор во многих республиках нашей страны каждые 2 из 3 женщин продолжают использовать традиционные малоэффективные методы контрацепции, регулировать рождаемость искусственными абортами.

Один из аспектов эффективной демографической политики — улучшение состояния здоровья женщин. Рассматривая нормальное функциональное состояние репродуктивной системы как один из показателей здоровья женщины, следует предупреждать «поломку» этой системы, ведь только здоровая мать может иметь здорового ребенка и только здоровые дети могут стать здоровыми родителями.

Изучение отдаленных результатов аборта у 11 000 женщин показало, что истмико-цервикальная недостаточность развивается в основном после хирургического аборта, сопровождающегося выскабливанием полости матки, а не после вакуум-аспирации. Установлено, что частота осложнений при прерывании беременности во II триместре увеличивается в 5 раз по сравнению с I триместром и смертность повышается по мере увеличения срока прерванной беременности (1,7 на 100 000 при беременности 9—10 недель и 14,6 при беременности 16—20 недель).

Установлено, что аборт в анамнезе был у 41% женщин с бесплодием и почти у половины женщин с внематочной беременностью.

точной беременностью. Данные ВОЗ показывают, что в первые 2 месяца после аборта неполноценная лютеиновая фаза наблюдается у 38% женщин, а в контрольной группе — у 8,8%, в то время как у 75% женщин овуляция наступает через 20 дней после аборта. Имеются также данные, указывающие на увеличение частоты таких акушерских осложнений, как слабость родовой деятельности и кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Широкое применение контрацепции снижает количество абортов. В Японии, например, вышло специальное постановление правительства, согласно которому рекомендовалось отдать предпочтение контрацепции, а не аборту, что привело к увеличению количества женщин, использующих контрацепцию в течение 5 лет с 19,5 до 52%.

Несмотря на то что давно уже известны различия в репродуктивном поведении женщин в разных регионах мира, тем не менее только последние 25 лет начали изучать взаимосвязь между характером репродуктивного поведения, фертильностью и состоянием здоровья женщин и детей.

Сформулируем же основные принципы планирования семьи, сохраняющие здоровье женщины:

1. Предупреждение беременности у женщин до 19 лет.
2. Предупреждение беременности у женщин после 35—40 лет.
3. Соблюдение интервалов между родами не менее 2—2,5 лет.
4. Предупреждение аборта у женщин, составляющих группу «высокого риска» в связи с наличием экстрагенитальной патологии.
5. Профилактика аборта, особенно у первобеременных.

Основанием для разработки вышеуказанных положений послужили научные исследования, в которых было обнаружено неблагоприятное влияние на женщину и ребенка слишком ранних (до 19 лет) родов. Установлено, что ранняя половая жизнь до 19 лет (особенно среди подростков) с многими партнерами увеличивает группу высокого риска в отношении развития различных воспалительных и венерических заболеваний, которые нередко принимают затяжное, тяжелое, рецидиви-

рующее течение. Наступление у таких женщин нежелательной беременности, которая, как правило, прерывается искусственным абортom, часто нарушает последующую генеративную функцию.

У женщин, у которых была прервана первая беременность искусственным абортom в возрасте 20—24 года, частота развития рака молочных желез увеличивается в 2 раза. Женщины, которые отказываются от кормления грудью или рано прекращают грудное вскармливание, составляют группу «повышенного риска» для развития рака молочных желез. Поздние первые роды у женщины старше 35 лет создают повышенный риск возникновения не только осложнений во время беременности и родов, но и опухоли молочной железы как у матери, так и у ее дочерей. Материнская смертность в группе женщин в возрасте 40 лет и старше в 5 раз выше по сравнению с женщинами 20—29 лет, а у первородящих в возрасте 40 лет и старше этот показатель в 15 раз выше. Частота синдрома Дауна на 1000 живорожденных увеличивается с 0,71 в группе женщин до 29 лет до 30 в группе женщин старше 45 лет.

Выборочные исследования отечественных ученых (Л. Юн и др., 1987) показывают, что планирование семьи, направленное на снижение числа абортов в европейской части страны (у каждых 7 из 8 женщин в анамнезе аборт), может снизить частоту бесплодия, невынашивания и гинекологической заболеваемости, составляющей 43,9%. Планирование семьи в регионах Средней Азии, направленное на увеличение интергенетических интервалов (длительность их меньше оптимальных у половины женщин), может снизить перинатальную смертность и соматическую заболеваемость, наблюдающуюся у каждой 2-й женщины.

Изучение частоты перинатальной и ранней неонатальной смертности в зависимости от интервалов между родами показывает увеличение этих показателей в 2 раза, если интервал между беременностями менее 2-х лет.

Изучение демографических аспектов эпидемиологии злокачественных опухолей указывает, что репродуктивное поведение во многом определяет онкологическую заболеваемость женского населения. В первую очередь это относится к раку молочной железы, частота которо-

го является ведущей в странах с низким уровнем рождаемости или большой распространенностью искусственного вскармливания детей (в США в 1982 г. рак молочной железы составлял 26% всех вновь выявляемых случаев опухолей). У нас в стране максимальная заболеваемость раком молочной железы — в республиках Прибалтики, где наблюдается малодетность, и она минимальна в республиках Средней Азии с высоким уровнем рождаемости. Это положение можно подтвердить на примере Японии, которая занимала одно из последних мест в мире по раку молочной железы, но в настоящее время в связи с перестройкой репродуктивного поведения и ориентацией на 2-х детей в семье случаи рака молочной железы увеличились. По прогнозу к 2000 году рак молочной железы займет ведущее место и среди японок.

Исходя из установленной тесной взаимосвязи между репродуктивным поведением и состоянием здоровья женщины, планирование семьи следует рассматривать как один из важных путей сохранения здоровья населения.

РЕГУЛЯЦИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Последние годы характеризуются все более широким распространением современных противозачаточных средств (оральные контрацептивы, внутриматочные средства). Несмотря на безопасность их применения большинством здоровых женщин, они требуют индивидуального подбора.

При назначении противозачаточных средств следует учитывать 3 фактора: эффективность, возможный риск осложнений и полезное влияние препаратов на здоровье женщин.

В целях первичной профилактики нарушений в репродуктивной системе женщин метод контрацепции должен быть методом выбора при следующих показаниях:
— предупреждение нежелательной беременности;

- возраст женщины моложе 19 лет и старше 35—40 лет;
- интервалы между родами меньше чем 2—2,5 года; после самопроизвольного выкидыша (не менее 1 года);
- после пузырного заноса или хорионэпителиомы (не менее 2 лет);
- после операции кесарева сечения (не менее 2 лет);
- туберкулез различных органов в активной фазе, особенно при прогрессирующем течении;
- лучевая терапия;
- химиотерапия;
- психические заболевания;
- наследственные заболевания, в том числе психические;
- наличие в анамнезе злокачественных новообразований (не менее 5 лет);
- алкоголизм у одного из супругов;
- тромбофлебит при предшествующих беременностях;
- подострый эндокардит;
- острая фаза ревматизма;
- сердечные заболевания, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- гипертоническая болезнь;
- тяжелые формы кифосколиоза;
- удаление почки или надпочечника, когда функция оставшегося органа нарушена;
- лимфогранулематоз;
- лейкоз;
- геморрагические диатезы;
- тяжелая форма диабета;
- резус-несовместимость;
- хронический гломерулонефрит;
- серьезные заболевания печени и желчного пузыря;
- рак желудка;
- рак прямой кишки;
- рак молочной железы;
- гигантомастия;
- опухоль гипофиза;
- тяжелая форма бронхиальной астмы;
- эмфизема легких;
- свежая гонорея;

— контакт с инфекционными заболеваниями (краснуха, полиомиелит, эпидемический гепатит, паротит, скарлатина и др.).

Необходимо помнить о влиянии основного заболевания и его осложнений на течение беременности, роды и плод, учитывать воздействие лекарств (которые должна принимать женщина по поводу основного заболевания) на течение беременности и плод. Например, прием антидиабетических средств неблагоприятно воздействует на плод, а влияние на него противотуберкулезных препаратов недостаточно изучено.

Несмотря на то, что процессы физиологии репродукции до конца не изучены, методы контрацептивного воздействия можно разделить на три группы в зависимости от места действия применяемых средств.

I группа — мужские методы контрацепции: презервативы, прерванный половой акт или периодическое воздержание (ритмический метод).

II группа — женские внутривлагалищные методы контрацепции или спермициды — влагалищные орошения с токсическим действием на жизнеспособность сперматозоидов.

III группа — современные способы противозачаточного воздействия: гормональная контрацепция, исключая процесс оплодотворения вследствие подавления овуляции, что ведет к отсутствию созревшей яйцеклетки; внутриматочная контрацепция, нарушающая процесс имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Использование контрацептивных методов I и II группы ни у кого не вызывает возражений, так как являются абсолютно безвредными. Что касается современных средств контрацепции III группы, то механизм их действия связан с нарушением процесса оплодотворения и имплантации, что сопровождается системными изменениями в организме, которые иногда могут приобретать патологический характер и вызывать ряд болезненных состояний. В настоящее время нет идеального противозачаточного средства, обладающего 100% эффективностью, которое можно было бы назначать всем женщинам без опасения причинить вред состоянию здоровья. Рекомендую средство контрацепции, необходимо взвесить все «за» и «против» с учетом его эффективности и приемлемости, возраста женщины, состояния здоровья и репродуктивной системы.

Распространенность разных методов контрацепции значительно колеблется в зависимости от возраста женщины, национальных особенностей и репродуктивного анамнеза (таблица 1).

Как видно из таблицы, контрацептивные методы I и II групп, практически не вызывающие неблагоприятных влияний на организм женщины, в 10—20 раз менее эффективны, чем ОК. (оральные контрацептивы), и в 3—7 раз, чем ВМС (внутриматочные средства). Эти данные также показывают, что эффективность противозачаточного метода пропорциональна частоте побочных реакций и осложнений, обусловленных методом контрацепции. Несмотря на имеющиеся недостатки, методы контрацепции всегда лучше аборта, и любой из них во всех случаях снижает частоту наступления нежелательной беременности.

При выборе метода следует учитывать не только их эффективность и побочные реакции, но и психологические аспекты использования разных видов противозачаточных средств. Так, необходимость применения традиционных (или «местных») контрацептивов до или во время полового сношения снижает их достоинства по различным причинам (психологического характера, в результате нарушения физиологии полового акта, снижения чувствительности и отсутствия синхронизации при половом акте). Исследования показали, что использование противозачаточных средств местного действия из-за их недостаточной эффективности не снимает страха беременности у женщины, что играет ведущую роль в развитии функциональных половых нарушений и неврозов как у женщин, так и у мужчин (нарушение либидо, эрекции или эякуляции у мужчин, фригидность у женщин и др.).

Современные виды контрацепции (ВМС и ОК) применяются не в момент полового акта, что способствует появлению большей гармонии при половых сношениях, повышает эффективность лечения различных видов невроза.

При подборе метода контрацепции молодым, нерожавшим женщинам следует отдавать предпочтение традиционным контрацептивным методам, не оказывающим неблагоприятного действия на репродуктивную систему. Надо разъяснить супругам механизм действия метода, подчеркнуть необходимость тщательности его

Сравнительная оценка различных видов современных и традиционных контрацептивных средств

	Влагалищная диафрагма	Кондом	Хронические средства	Ритмический метод	Прерванное половое сношение	Петля Липпса	ВМС с медью	ОК (комбинирование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Эффективность, число беременностей на 100 женщин/лет*	2—20	8—18	20—30	15	15—30	4—8	1—6	1 на 100—500 женщин/лет
Распространенность, %	10—12	20—30	16	15—20	28	20	7,7	25—50
Противопоказания к применению	Эрозия, цервицит, загиб матки кзади, кольпит, опущение стенок матки и влагалища, разрыв промежности и шейки	Аллергия	Сверхчувствительность партнеров, кольпит, сухость влагалища, половое несоответствие	Нерегулярный менструальный цикл	Невроз, преждевременная эякуляция или отсутствие контроля за эякуляцией	Анемия, гиперполименорея, воспаление придатков и матки, эндцервит, эрозия, аномалии развития, дисфункциональ	Те же, что и для петли Липпса	Мигрень, тромбозы, варикозное расширение вен, гипертоническая болезнь в анамнезе, аллергия, заболевания почек или печени, подозрение или наличие опухо-

Продолжение

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Достоинства	Безвредность, профилактика заражения венерическими заболеваниями при случайных половых сношениях	Простота метода	Простота метода, отсутствие системных изменений	Безвредность, отсутствие побочных реакций	—	Длительность использования и высокая эффективность метода	использования метода	Лечебный эффект при альгодисменорее, эндометриозе, дисфункциональных маточных кровотечениях, хроническом воспалении придатков, фиброзно-кистозной мастопатии
Недостатки	Иногда плохо подходят к размерам вагины, нередко вызывают неудобства при половом акте	Разрыв (1 : 150—300), снижение чувствительности, возможно нарушение эрекции	Повторное применение при многократных половых сношениях	—	Частое нарушение оргазма у мужчин	Самопроизвольное изгнание, беременность может наступить при ВМС		Необходимость ежедневного приема таблеток, кровянистые выделения при пропуске приема таблетки. Системные изменения

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Осложне- ния	Кольпит, ал- лергия, обо- стрение вос- палительных заболеваний гениталий, эндометрит и эндоцерв- цит	Не наблю- дается	У 8% жен- щин жже- ние во вла- галище, ал- лергия, ин- дивидуаль- ная непереносимость	Не на- блюдают- ся	Невроз, им- потенция	Мено- и метроррагия, воспаление придатков (редко), эндометрит, боли, анемия		Гипертензия, тромбофлебит, заболевания печени, аменорея, хлоазма, увеличение массы тела, тошнота, рвота
Приемле- мость	Ограничена из-за необ- ходимости обучения и введения не- посредствен- но перед половым 1 сношением	Ограничена из-за не- удобства или сниже- ния чувстви- тельности во время поло- вого акта	Ограничен, поскольку многие су- пр\ жеские пары испыты- вают не- удобства	Ограни- чен из-за необхо- димости длитель- ного воз- держания	Через 1 год используют 60% жен- щин	Через 1 год используют 80% женщин	Через 1 год используют 50% женщин	Через 1 год ис- пользуют 50 % женщин

* Эффективность **финято** расе считывать на !00 **женщин**, использующих препарат в теченж! года.

применения, особенно в фертильный период, объяснить, что через 3 дня после подъема базальной температуры беременность наступить не может.

Отсутствие контрацептивного эффекта при использовании этих методов может быть связано с поздним использованием презерватива (непосредственно перед эякуляцией), неправильным применением влагалищной диафрагмы без учета длины влагалища и положения матки.

Учитывая, что беременные моложе 19 лет относятся к группе повышенного риска, необходимо объяснить женщине неблагоприятный эффект ранней половой жизни (в том числе и онкологические аспекты).

При дисфункции яичников, овуляторных болях, фиброзно-кистозной мастопатии, воспалительном процессе гениталий, эндоцервите или эрозии можно применять ОК не более 6 месяцев прерывистыми курсами. К этому методу у молодых женщин следует прибегать в крайних случаях, когда все другие методы оказываются безрезультатными, особенно у женщин, составляющих группы повышенного риска (с отрицательным резус-фактором, хроническим воспалением придатков и др.). Рожавшим женщинам в возрасте от 20 до 45 лет рекомендуется внутриматочная контрацепция.

Если у больной наблюдались послеродовые инфекционные заболевания, имеются сопутствующие воспалительные процессы в острой или подострой стадии, эрозия или эндоцервицит, анемия, то к внутриматочной контрацепции прибегать не следует. В этих случаях можно на 6 месяцев назначить ОК, которые оказывают благоприятное влияние при наличии подострой формы воспалительного процесса гениталий. Опыт показывает, что предварительное назначение ОК и проведение соответствующих реабилитационных мероприятий у таких женщин значительно повышает эффективность ВМС.

Ожирение, курение, гипертоническая болезнь, возраст старше 35 лет относятся к числу факторов риска, значительно увеличивающих число осложнений при приеме ОК. Этой группе женщин ОК лучше не назначать. При пиелонефрите также лучше пользоваться контрацептивами I и II группы, которые не вызывают неблагоприятных изменений в организме женщины.

Наряду с этим при эпидемиологических исследованиях (согласно данным зарубежных авторов) с целью

изучения влияния ОК на организм женщины при различных патологических состояниях выявлено их лечебное действие при некоторых заболеваниях.

В США ежегодно использование гормональной контрацепции предупреждает смерть только от рака яичников 850 женщин. Наряду с этим в США ежегодно предупреждается госпитализация по поводу рака матки у 2000, рака яичников у 1700, воспаления придатков у 13 300 женщин, мастопатии — у 20 000 женщин и внематочной беременности у 9900 женщин.

Снижение частоты госпитализации при указанных выше заболеваниях происходит потому, что у женщин, принимающих ОК. в течение 1 года, количество воспалительных заболеваний половой системы снижается на 50—70%, ревматоидный артрит, рак эндометрия и рак яичников развивается в 2 раза реже по сравнению с контрольной группой. Число таких заболеваний, как фиброзно-кистозная мастопатия, снижается на 50—75%, а анемии — на 45%.

Защитный эффект ОК в отношении рака эндометрия и рака яичников продолжается еще несколько лет после прекращения их приема (особенно у нерожавших женщин). Что касается выбора метода контрацепции у женщин старше 35 лет, то это сложная проблема, так как в этом возрасте ОК повышает риск развития сердечно-сосудистых и тромбэмболических осложнений, а внутриматочные контрацептивы нередко бывают противопоказаны в связи с предшествующими или имеющимися воспалительными заболеваниями половой системы, дисфункцией яичников, миомой матки, эрозией шейки и др. В этом возрасте предпочтение следует отдавать внутриматочной контрацепции, если не имеется противопоказаний, а при наличии последних проводить соответствующую реабилитацию, после чего попытаться ввести ВМС.

Если эстроген-гестагенные препараты оказывают благоприятное действие, то следует назначать ОК с малым содержанием эстрогенного компонента (ниже 30 мкг) или триксистон при систематическом (не реже 1 раза в 3 месяца) измерении артериального давления и оценке состояния свертывающей и антисвертывающей системы крови. В случае появления таких клинических симптомов, как головная боль, нарушение зрения, боли в ногах, в груди, следует прекратить прием ОК и немед-

ленно обратиться к врачу. При появлении межменструальных кровянистых выделений, которые не прекращаются при увеличении дозы препарата в 2 раза, надо производить диагностическое выскабливание полости матки.

Женщинам старше 35 лет, у которых имеются противопоказания к применению ВМС и ОК, следует пользоваться традиционными контрацептивами (особенно тщательно — в фертильный период). Надо отметить, что контрацептивы местного действия приобретают большую распространенность у женщин в возрасте 40 лет и старше в связи с повышением их эффективности в результате снижения половой активности вследствие уменьшения количества овуляторных циклов.

Что касается стерилизации, то прибегать к ней необходимо по медицинским показаниям, особенно при производстве лапаротомии по поводу какой-либо патологии или кесарева сечения.

Установлено, что если беременность наступает на фоне применения спермицидов, то риск появления пороков развития у плода увеличивается в 2 раза (укорочение конечностей, опухоли, гипоспадия, синдром Дауна и другие заболевания, обусловленные хромосомальной аномалией). Это объясняется тем, что иногда спермициды могут не убивать, а повреждать сперматозоиды. Кроме того, не исключается системное воздействие на плод спермицидов, проникающих в кровяное русло через слизистую оболочку влагалища.

Не исключено, что спермициды оказывают неблагоприятное влияние на плод в случае применения их в ранние сроки беременности.

Что касается беременности, наступившей на фоне приема ОК, то лучше прервать ее. Однако, если у женщины старше 30 лет, по мнению врачей, наступление беременности в дальнейшем может быть затруднено, можно ее оставить. Убедительных доказательств увеличения частоты пороков развития у плода при приеме ОК со сниженным количеством эстрогенного и гестагенного компонента в течение 12 дней после зачатия не имеется.

К числу спорных вопросов относится влияние антибиотиков на эффективность ОК. Имеются, например, данные: при одновременном применении рифадина или ампициллина с ОК нередко появляются кровотечения

«прорыва» типа метrorрагии и в некоторых случаях может наступить беременность. Это принято объяснять нарушением процессов окисления половых стероидов в печени при приеме антибиотиков.

Обычно контрацептивный эффект ОК нейтрализуется при приеме больших доз рифадина, ампициллина или тетрациклина по поводу острой инфекции. В этот период лучше применить другой метод контрацепции. Аналогичный эффект снижения контрацептивной эффективности ОК. может наблюдаться в случае приема фенобарбитуратов.

Надо иметь в виду, что если у женщины, принимающей ОК, появляется депрессия, то следует не назначать антидепрессанты и витамин В₆, а прекратить применение ОК. Однако имеются данные о том, что при назначении витамина В₆ ежедневно в дозе 40 мг у каждых 3 из 4 больных депрессия ликвидируется или снижается ее выраженность.

Если на фоне приема ОК появляется гипертензия, то нужно не назначать гипотензивную терапию и диуретики, а прекратить прием ОК. В том случае, когда при использовании ВМС возникают боли в низу живота, следует не применять обезболивающие средства, а извлечь ВМС.

Если возникает необходимость прекратить применение ОК в середине цикла, то для предотвращения кровотечения следует назначить прогестерон или норколут в течение 6 дней.

ОК относятся к числу уникальных лекарственных средств, которые назначаются не больным для коррекции нарушенных гормональных взаимоотношений, а здоровым, чтобы вызвать временно определенные нарушения, обуславливающие появление ановуляции. Ни одно из лекарств так многосторонне не обсуждалось, как ОК. Настороженное отношение к ОК сложилось потому, что осложнения гормональной контрацепции описываются в литературе, как правило, без указания вида ее.

При эпидемиологических исследованиях не найдено каких-либо доказательств увеличения частоты рака молочных желез, рака матки и шейки матки у женщин, принимавших ОК.

Наоборот, обнаружен защитный эффект ОК в отношении развития всех форм гормонально зависимого ра-

ка и ряда экстрагенитальных заболеваний. Это положение позволяет расширить применение эстроген-гестагенных препаратов не только для контрацепции, но и для лечения ряда патологических состояний, указанных выше, частота которых составляет около 10% У женщин детородного возраста.

Имеются данные, что длительный прием ОК предотвращает развитие фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) у 60% женщин. Риск развития ФКМ уменьшается в 3 раза, если в ОК имеется более высокая доза гестагенов.

Состав гормональных контрацептивов за последние 20 лет значительно изменился за счет уменьшения эстрогенного компонента в 2 раза (не более 20—50 мкг) и гестагенного в 3—4 раза, что привело к значительному снижению частоты побочных реакций и осложнений при сохранении высокой контрацептивной эффективности. Данные о смертности при тромбоэмболии в зависимости от возраста при применении различных методов регуляции генеративной функции представлены в таблице 2.

Таблица 2

Смертность при тромбоэмболии, связанной с беременностью, родами, искусственным абортom и применением различных методов регуляции генеративной функции (на 100 000 женщин) в зависимости от возраста женщины

Возраст, годы	Беременность и роды	Искусственный аборт в 1 триместре	ОК	ВМС	Трубная стерилизация
15—19	10,3	2,3	1,3	1,0	
20—24	8,5	1,9	1,3	1,0	
25—29	12,1	1,9	1,3	1,0	10,0—20,0
30—34	21,1	4,2	4,8	1,0	10,0—20,0
35—39	41,0	9,2	6,9	1,0	12,5—25,0
40—44	69,1	10,1	24,5	1,0	15,0—30,0

Наряду с этим эпидемиологические исследования показали, что при применении комбинированных оральных контрацептивов снижается частота следующих заболеваний: доброкачественных заболеваний яичников, анемии, ревматоидного артрита.

При таких сопутствующих заболеваниях, как эндометриоз, дисфункциональные маточные кровотечения,

фиброзно-кистозная мастопатия, комбинированные эстроген-гестагенные препараты оказывают выраженное лечебное действие — вызывают децидуальный некроз гиперплазированного эпителия, что позволяет избавить десятки тысяч женщин от оперативных вмешательств. Применение этих препаратов прерывистыми курсами дало возможность не только излечить указанные выше заболевания, но и восстановить генеративную функцию у каждой 3—4-й больной.

Эпидемиологические исследования американских ученых (более 100 000 женщин) показали, что у женщин, применяющих оральные контрацептивы, частота рака тела матки снижается на 18%, а количество оперативных вмешательств на молочных железах уменьшается в 4 раза. ОК. оказывают выраженное лечебное действие также при альгодисменорее, овуляторных болях и воспалительных заболеваниях гениталий.

Прием гормональных контрацептивов при латентной форме сахарного диабета не ухудшает течение основного заболевания, и их можно назначать таким женщинам под контролем сахара крови.

В литературе имеются указания о том, что иногда наблюдаются хромосомные нарушения в первые месяцы после отмены гормональных контрацептивов. Однако в широких эпидемиологических исследованиях, выполненных в США и в ряде стран Западной Европы, не получено убедительных данных относительно тератогенных влияний указанных средств на плод.

Несмотря на то, что такие отдаленные отрицательные последствия оральной контрацепции, как рак, аномалии плода, еще окончательно не изучены, тем не менее оральную гормональную контрацепцию применяют более 40—50% женщин в США, Австралии, Канаде, ФРГ, Голландии, Финляндии, ГДР, ВНР — ежегодно около 100 млн. женщин. В социалистических странах (Болгария, Чехословакия, Польша и ГДР) благодаря широкому применению гормональной контрацепции снизилось количество аборт и в настоящее время один аборт приходится на 3—4 беременности.

У женщин с анемией применение в качестве противозачаточных средств комбинированных эстроген-гестагенных препаратов в сочетании с препаратами железа или ВМС с прогестероном дает хороший лечебный эффект. Сравнительное изучение частоты гинекологиче-

ской заболеваемости показало, что у женщин, применяющих ВМС, она значительно ниже, чем в контрольной группе.

Большого внимания заслуживает метод определения фертильного периода (т. е. в то время, когда может наступить зачатие) у женщин. Естественное планирование семьи основано часто на половом воздержании в перiovуляторный период в середине менструального цикла.

Методы, позволяющие женщинам не иметь детей, делятся на 5 групп:

I группа — метод абсолютно эффективен, не имеет ни положительного, ни отрицательного воздействия на организм женщины. Это полное воздержание от полового сношения до брака, после родов и др.

II группа — методы, которые не обладают высокой эффективностью, но не оказывают полезного или вредного воздействия на организм женщины (ритмический метод, прерванное половое сношение).

III группа — методы, которые не обладают высокой эффективностью, не оказывают вредного воздействия, но имеют некоторое защитное действие на организм женщины (презерватив, влагалищная диафрагма). Они к тому же предупреждают возможность заразиться венерическими заболеваниями и СПИДом.

IV группа — методы (гормональные контрацептивы) — высоко эффективные. Однако они могут иногда обладать неблагоприятным воздействием и на организм женщины.

V группа — методы также высоко эффективные, но имеющие определенный риск развития ряда осложнений (внутриматочная контрацепция, хирургическая стерилизация женщин или мужчин).

До сих пор нет высокоэффективного метода контрацепции без потенциального риска развития каких-либо осложнений, за исключением воспитанного мировоззрения «нельзя» (I группа), если, разумеется, допустимо это рассматривать как метод такого рода.

Сложность вопроса заключается также в том, что распространенность вышеперечисленных методов различна среди разных групп населения, а также у одной и той же женщины в различные периоды ее жизни.

Соотношение пользы к риску в рамках использования одного и того же метода контрацепции может ко-

лежаться в широких пределах в зависимости от возраста женщины, ее репродуктивного анамнеза, сопутствующих гинекологических или соматических заболеваний.

Характер обратной зависимости между эффективностью и безопасностью метода также может подвергаться значительным колебаниям в зависимости от функционального состояния репродуктивной системы женщины, правильности и тщательности использования метода, а также качества врачебной помощи. При этом надо иметь в виду, что безопасность традиционных методов может быть «кажущейся», так как половина женщин, использующих их, составляют группу «высокого риска» из-за осложнений, обусловленных абортom, которые могут быть серьезными и часто необратимыми.

Таким образом, применение метода контрацепции для ограничения числа беременностей на определенный период в конечном итоге дает возможность сохранить здоровье репродуктивной системы, что позволяет увеличивать рождаемость за счет повышения количества фертильных женщин. В то же время выбор метода регуляции генеративной функции весьма сложен, так как практически нет идеального противозачаточного средства со 100%-ной эффективностью, которое можно было бы рекомендовать всем женщинам.

Сегодня возникает необходимость индивидуального подхода врача к выбору противозачаточных средств для предупреждения нежелательной беременности у женщин.

Для сохранения здоровья женщин врач женской консультации должен выявлять женщин, составляющих группу «повышенного риска» в отношении развития возможных осложнений при этих трех состояниях, и своевременно проводить соответствующие профилактические и лечебные мероприятия, обеспечивающие сохранение репродуктивной системы и здоровья женщины.

Широкое использование планирования семьи путем внедрения современных методов контрацепции для регуляции рождаемости с учетом возраста женщины и ее репродуктивного анамнеза — неиспользованный резерв дальнейшего снижения гинекологической заболеваемости, сохранения здоровья женщины.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

В последние два десятилетия в клинической практике широко внедряются гормональные, или оральные, контрацептивы (ОК.). Ими в настоящее время пользуются свыше 100 млн. женщин нашей планеты.

Наибольшее распространение получили комбинированные эстроген-гестагенные препараты, которые представляют собой синтетические аналоги естественных половых женских гормонов — эстрадиола (фолликулин) и прогестерона.

25 лет назад американский ученый Г. Пинкус показал, что прием этих препаратов подавляет овуляцию — ежемесячное созревание фолликула у женщин, необходимое для выделения яйцеклетки и ее оплодотворения. Это и обуславливает противозачаточный эффект данного средства.

Выяснилось, что синтетические прогестины, близкие по химической структуре к прогестерону, биологически активнее его в 100—300 раз (благодаря их способности в меньшей степени подвергаться окислению). Это позволило использовать с целью контрацепции очень маленькие дозы синтетических аналогов женских половых гормонов.

В настоящее время эволюция гормональных контрацептивов позволила уменьшить содержание эстрогенного компонента в 3—5 раз (до 30—50 мкг в 1 таблетке) и гестагенного компонента в 5—20 раз в современных ОК (бисекурин, овидон, ригевидон). Появилась возможность значительно снизить частоту побочных реакций и осложнений при сохранении 100%-ной контрацептивной эффективности.

Гормональные контрацептивы в зависимости от состава и методики их применения подразделяют на следующие виды:

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Могут иметь следующие соотношения компонентов: 1:50, 1:25, 1:20, 1:10. Они применяются, начиная с 5-го дня цикла (в течение 21 дня).

2. Микродозы гестагенов (мини-пили). Содержат 300—500 мкг препарата в 1 таблетке. Прием таблеток начинают с 1-го дня менструации ежедневно в постоянном режиме.

3. Трехфазная контрацепция, состоящая из 3-х различных сочетаний этинилэстрадиола и гестагенов, имитирующих нормальный менструальный цикл по половым стероидам (триквилар, трисистон).

4. Последовательные, или циклические, препараты. Выпускают два типа таблеток: таблетки I типа состоят из 80—100 мкг местранола, их применяют в I фазу цикла в течение 10—15 дней. Таблетки II типа состоят из эстрогенов и гестагенов, их применяют во II фазу менструального цикла в течение 10 дней (препарат антэовин).

5. Посткоитальные препараты. Состоят из больших доз гестагенов (0,75 мг норгестрела (постинора). Эти таблетки применяют в первые 24—48 часов после полового сношения (лучше через 1 час).

6. Пролонгированные (депонированные) препараты состоят из 150 мг медроксипрогестерона капроната или 200 мг норэтистерона энантата. Инъекции этих препаратов делают 1 раз в 3—6 месяцев.

7. Подкожные имплантаты представляют собой 6 силиконовых капсул, содержащих мегестрол ацетат, которые имплантируют в подкожную жировую клетчатку на 5 лет.

ОК являются единственным средством предупреждения беременности со 100%-ной эффективностью. Уменьшение дозы эстрогенного компонента до 30 мкг и менее значительно снижает количество осложнений.

ОК защищают не только от рака матки и яичников, но также уменьшают частоту доброкачественных опухолей молочных желез, внематочной беременности, воспалений внутренних половых органов. Тем не менее, как подчеркивают зарубежные специалисты, общественное мнение склонно преувеличивать риск при приеме ОК и с недоверием относиться к полезному их действию.

Сегодня в большинстве капиталистических развитых стран (США, ФРГ, Финляндия, Великобритания, Швеция и др.) и многих социалистических странах (ВНР, ГДР и др.) гормональная контрацепция является наиболее популярной и ею пользуются 40,0—50,0% женщин. Механизм действия ОК связан с подавлением сек-

рении гонадотропинов, что приводит к отсутствию созревания фолликула и овуляции. При этом необходимо иметь в виду, что не каждая женщина может пользоваться ОК — этот вид контрацепции имеет и противопоказания. ОК должны назначаться всегда врачом с учетом индивидуального их подбора в зависимости от состояния здоровья женщины.

Не следует предписывать ОК с контрацептивной целью женщинам старше 35 лет, которые страдают ожирением, а также склонным к гипертензии. ОК нельзя использовать при диабете, желчно-каменной болезни, депрессии, мигрени.

В последние годы обнаружено, что при курении на фоне приема ОК риск развития инфаркта миокарда увеличивается в несколько раз. Так, если условно частоту инфаркта миокарда у не курящей и не принимающей ОК женщины принять за единицу, то частота инфаркта увеличивается в 2 раза при приеме ОК или курении, но если эти два фактора сочетаются, то риск развития инфаркта увеличивается в 11,5 раза.

К наиболее серьезным осложнениям относится тромбоз эмболия. Установлено, что у женщин, принимающих ОК, частота смертельной эмболии увеличивается в 4—8 раз по сравнению с контрольной группой. Смертность от тромбоза сосудов головного мозга, коронарных сосудов и легочной артерии у женщин, принимающих ОК, составляет 1,3:100 000 в возрасте 24—34 лет и 3,4:100 000 в возрасте 34—35 лет. Эти показатели в контрольной группе были равны соответственно 0,2 : 100 000 и 0,5 : 100 000.

Изучение смертности, связанной с беременностью и родами, показало, что у женщин в возрасте старше 40 лет смертность в 8 раз выше, чем у женщин в возрасте 20—24 лет. Смертность при искусственном аборте увеличивается у женщин старше 40 лет в 5 раз по сравнению с женщинами в возрасте 20—24 лет (10,1 и 1,9 на 100 000 соответственно). Смертность от гормональной контрацепции у женщин старше 40 лет в 5 раз выше, чем у женщин в возрасте 20—24 лет (6,9 и 1,3 на 100 000 соответственно).

При этом следует отметить, что смертность у женщин до 40 лет при искусственном аборте выше, чем при гормональной контрацепции (соответственно 1,9 и 1,3 на 100 000 женщин в возрасте 20—24 лет и 9,2 и 6,9 на

100 000 женщин в возрасте 35—39 лет). И только у женщин старше 40 лет смертность при применении оральных контрацептивов в 2,5 раза выше, чем при искусственном аборте (24,5 и 10,1 на 100 000 соответственно).

Установлено, что курение увеличивает смертность от тромбоэмболии у женщин, принимающих ОК, старше 30 лет в 5 раз, и старше 40 лет в 9 раз. Смертность от тромбоэмболии у курящих женщин в 2 раза выше, чем у принимающих оральные контрацептивы (2,6 и 1,3 на 100 000 соответственно).

К факторам, способствующим развитию тромбоза, следует отнести ожирение, диабет, нарушение углеводного и липидного обмена, гипертонию и тяжелые формы позднего токсикоза беременности. Сочетание нескольких факторов риска у женщин, принимающих ОК, увеличивает вероятность развития тромбоэмболии в 5—10 раз.

Все изложенное позволяет пересмотреть отношение к ОК как фактору, часто вызывающему такое осложнение, как тромбоэмболия. Риск развития тромбоэмболии, связанный с приемом ОК, в 5—10 раз меньше опасности, связанной с нормальной беременностью и родами (20 на 100 000).

Оптимальными ОК являются те препараты, составные части которых могут связываться с рецепторами половых гормонов, не подвергаясь предварительному метаболизму в печени. Кроме того, установлено, что характер метаболических изменений в печени находится в прямой зависимости от дозы эстрогенного компонента в ОК.

ОК, содержащий 30 мкг и 150 мкг норгестрела, — наиболее оптимальный из всех имеющихся препаратов, который вызывает наименьшее количество метаболических нарушений. Установлено, что характер метаболических (обменных) нарушений при приеме ОК аналогичен изменениям, происходящим во время беременности. Поэтому большинство побочных реакций и осложнений связано с метаболическим эффектом стероидов, входящих в ОК, которые вызывают нарушения углеводного и жирового обмена, увеличение в плазме уровня факторов коагуляции, инсулина, ангиотензина, ренина, альдостерона и др. Клинически это может проявляться появле-

нием тошноты, рвоты, головокружения, отеков, обильных менструальноподобных реакций.

Головная боль, гипертензия, нагрубание молочных желез могут появляться как следствие комбинации эстрогенного и гестагенного компонента.

Выраженность побочных реакций обуславливается как индивидуальными гормональными особенностями женщин, так и видом и дозой половых синтетических гормонов, входящих в ОК. Если учесть при этом, что такие факторы, как наследственность, отягощенная сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертензия, возраст старше 35 лет, нефропатия в анамнезе, избыточный вес, диабет, курение, гиперхолестеринемия, варикозное расширение вен, заболевание почек и печени, повышают риск развития побочных реакций и осложнений при приеме ОК, то, естественно, выбор оптимального метода гормональной контрацепции и возможную длительность ее применения может осуществить только врач-гинеколог.

Побочные реакции и осложнения при приеме ОК в основном связаны с нарушением эстроген-прогестеронового баланса. Они чаще всего наблюдаются в первые 2 месяца приема ОК (10—40%), а затем отмечаются только у 5—10% женщин. К наиболее частым побочным реакциям относятся нагрубание молочных желез, тошнота, головокружение, рвота, увеличение массы тела, снижение или повышение либидо, иногда депрессия, головная боль, зуд кожи и межменструальные кровянистые выделения.

Классификация побочных реакций при приеме ОК, обусловленных избыточным содержанием эстрогенного или гестагенного компонента, представлена в таблице 3.

При приеме ОК с чрезмерным содержанием прогестерона могут отмечаться нагрубание молочных желез, акне, судороги ног, депрессия и снижение либидо, желчнокаменная болезнь, цервицит, нейродермит. При применении ОК с превалированием эстрогенов могут наблюдаться меноррагин, кровотечения «прорыва», отечность, утомляемость, раздражительность, бели, желудочно-кишечные расстройства, гипертензия, тромбоэмболия.

Кроме того, ряд побочных реакций, такие, как головная боль, нагрубание молочных желез, хлоазма, уве-

Побочные реакции при приеме ОК, обусловленные эстрогенным и гестагенным компонентами

Эстрогензависимые	Гестагензависимые
Головная боль Гипертония Тошнота, рвота Головокружение Раздражительность Нагрубание молочных желез Тромбофлебит Лейкорейя Хлоазма Судороги ног Вздутие живота	Увеличение массы тела Повышенная утомляемость Депрессия Снижение либидо Акне Облысение Холестатическая желтуха Цервицит Головная боль между приемом ОК Скудные менструации Приливы Сыпь

личение массы тела и межменструальные кровянистые выделения, могут быть как эстроген-, так и гестагензависимыми. Иногда побочные реакции могут быть обусловлены не избытком, а недостатком эстрогенов или гестагенов (табл. 4).

Побочные реакции при приеме ОК, обусловленные недостатком половых гормонов

Недостатки эстрогена	Недостатки прогестерона
Раздражительность Нервозность Приливы Межменструальные кровянистые выделения в начале и середине цикла Скудные менструации Отсутствие менструальной реакции Снижение либидо Уменьшение в размерах молочных желез Сухость вагины Головная боль Депрессия	Межменструальные кровянистые выделения в конце цикла Обильные менструации со сгустками Задержка менструальноподобной реакции после приема ОК

При приеме ОК с преимущественным андрогенным эффектом может повышаться аппетит, либидо, увеличиваться масса тела и появляться гирсутизм, угри, холестетическая желтуха. Необходимо также отметить, что появлению ряда побочных реакций и осложнений предшествуют биохимические и гормональные нарушения,, возникающие под влиянием ОК. Установлено, что повышение уровня альдостерона, свертывающих факторов крови, кортизола, ренина, ангиотензина, белковосвязанного йода и транскортина, а также задержка соли и воды в организме женщины являются эстрогензависимыми факторами. i

В то же время повышение содержания холестерина, увеличение массы тела и анаболический эффект может появляться под действием гестагенного компонента. У 20% женщин, принимающих норэтистерон, отмечается увеличение массы тела на 2—3 кг в течение 2 лет. Имеются данные о том, что депрессия при приеме ОК связана с нарушением метаболизма моноаминоксидазы и катехоламинов в мозге, а эстрогены повышают чувствительность к солнцу, что может привести к появлению хлоазмы.

ОК могут вызвать острый психоз у женщин, у которых в анамнезе был послеродовой психоз.

Описывая побочные эффекты ОК, следует подчеркнуть, что один и тот же препарат на разных женщин действует далеко не одинаково.

Возникшие побочные реакции могут иметь различную длительность, интенсивность и время появления (ранние и поздние и реакции, развивающиеся после отмены ОК). К ранним побочным реакциям, которые обычно наблюдаются в течение первых 3 месяцев применения ОК, относятся тошнота, головокружение, нагрубание молочных желез, межменструальные кровянистые выделения, боли в животе, нарушения липидного и углеводного обмена. В эти же сроки повышается риск развития таких серьезных осложнений, как тромбофлебит и легочная эмболия. В дальнейшем приему ОК могут сопутствовать такие клинические симптомы, как головная боль, утомляемость, раздражительность, депрессия, склонность к задержке появления менструальноподобной реакции после отмены ОК или аменорея, акнэ, лейкорейя, снижение либидо и др. К более поздним осложнениям относятся инфаркт миокарда, гипертония,

желчнокаменная болезнь. Ряд побочных реакций может прогрессировать во время приема ОК. Головная боль, увеличение миомы, гирсутизм, скудные менструации, атрофические изменения в половой системе, алопеция, гипертензия. Такие осложнения, как аменорея, бесплодие и алопеция, могут появляться также после отмены ОК. Частота различных осложнений при приеме ОК представлена в таблице 5.

Таблица 5

Частота осложнений при приеме ОК

Осложнение	Частота
Аменорея в течение 90 дней и более	2,3%
Депрессия	1-5%
Гипертония	2-5%
Тромбофлебиты	1:2000
Желтуха	1 : 10000

Имеются данные, что предупреждение нежелательной беременности с помощью ОК, несмотря на их недостатки, сопровождается в 2 раза более низкой смертностью, чем использование влагиалищной диафрагмы, так как она вследствие недостаточной контрацептивной эффективности чаще приводит к беременности, наступление которой у многих женщин повышает риск развития тромбозов и других осложнений.

Правильный выбор препарата с учетом противопоказаний и гормональных особенностей организма женщины, а также ознакомление ее с ранними симптомами, предшествующими появлению осложнений, может свести риск их появления до минимума.

Анализируя осложнения, возникающие при приеме ОК, следует сказать, что при правильном назначении этих препаратов изменения в организме, как правило, незначительны и носят преходящий характер. Данные литературы показывают, что большинство описанных осложнений связано с неправильным, бесконтрольным, длительным (иногда в течение 10 лет и более) приемом препаратов, а также с назначением ОК, содержащих неадекватно высокие дозы стероидов, без учета индивидуальных гормональных особенностей организма жен-

Таблица

Риск смерти при использовании различных методов регуляции генеративной функции *

Метод контрацепции	Количество беременностей	Смертность		
		в результате беременности	в результате применения метода	Всего
Не использующие контрацептивы	880 000	200	0	200
ВМС	30 000	7	2	9
ОК	120 000	1	13	14
Диафрагма	5 000	27	0	27
Стерилизация	17 600	3	150	153

* На 1 000 000 женщин в возрасте 20—34 лет в течение 1 года.

шины и противопоказаний к назначению гормональных методов контрацепции. Кроме того, большинство осложнений связано с такими видами гормональной контрацепции, как пролонгированная и посткоитальная, которые в нашей стране применяются значительно реже, чем комбинированные эстроген-гестагенные препараты. При назначении ОК необходимо тщательно взвесить пользу и возможный вред ОК.

Имеется прямая зависимость между эффективностью противозачаточных средств и частотой побочных реакций и осложнений. Так, установлено, что современные наиболее эффективные методы контрацепции — ОК и ВМС — имеют значительно больше противопоказаний, чем малоэффективные «барьерные» методы. При выборе противозачаточного средства надо осуществлять комплексный подход с учетом желания женщины, ее возраста, состояния половой системы, репродуктивного анамнеза, сопутствующей экстрагенитальной патологии, побочных реакций и противопоказаний к применению данного метода.

К числу наиболее серьезных осложнений при приеме ОК относится венозная тромбоэмболия. В то же время частота развития этого осложнения находится в прямой зависимости от дозы эстрогенного компонента. В настоящее время при снижении эстрогенов в ОК до 30 мкг значительно снизился риск смертности от веноз-

ных тромбоэмболии, до 1 : 290 000 женщин/лет (риск попасть в автомобильную катастрофу составляет 3: 100 000). В то же время необходимо учитывать, что за 6 недель до оперативного вмешательства прием ОК следует прекратить и возобновлять их прием можно только через 4 недели после операции.

Другим серьезным осложнением является инфаркт миокарда, частота которого при приеме ОК увеличивается в 2,0—4,0 раза по сравнению с контрольной группой.

Установлено, что частота инфаркта миокарда зависит не от длительности приема ОК, а от возраста женщин. Так, смертность от инфаркта составляет в возрасте 20—29 лет 3 на 100 000 женщин в год (из них 2, принимающие ОК), а в возрасте 40—44 года 75 на 100 000 женщин в год. Надо отметить, что риск развития инфаркта миокарда увеличивается при гиперхолестеринемии в 5 раз, при сахарном диабете — в 6,4 раза, при гипертензии — в 2 раза, при курении в 8 раз.

При назначении гормональной контрацепции группу «повышенного риска» составляют женщины с ожирением, мигренью, депрессией, сахарным диабетом, нефропатией в анамнезе, гипертонией, заболеваниями почек и печени, хлоазмой при предшествующей беременности, эпилепсией, бронхиальной астмой и др. На выбор того или иного контрацептива большое влияние оказывает отношение супружеской пары к тому или иному методу.

Наряду с этим следует учитывать характер сопутствующих заболеваний, при которых контрацептивные средства могут дать лечебный эффект.

Целесообразно назначать ОК в тех случаях, когда они будут оказывать и лечебное, и одновременно контрацептивное действие. Речь идет о таких заболеваниях, как эндометриоз, альгодисменорея, а также при наличии в анамнезе полипоза и гиперплазии эндометрия, овуляторных болей, гиперполименореи, рецидивирующих воспалительных заболеваний половой системы, дисфункциональных маточных кровотечений, фиброзно-кистозной мастопатии (при исключении фиброаденомы молочных желез), железодефицитной анемии, предменструального синдрома. Применение гормональных контрацептивов прерывистыми курсами (на протяжении 3 месяцев, начиная с 5-го дня цикла в течение 21 дня, затем перерыв 2 месяца) — эффективный метод лечения

эндокринного бесплодия, обусловленного неполноценной лютеиновой фазой. Его можно применять в качестве функциональной пробы при оценке функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и выборе наиболее оптимального вида контрацепции, а также метода лечения при наличии нарушений в этой системе.

Женщинам с диабетом нежелательно назначать ОК, хотя риск от их приема меньше, чем риск от наступления нежелательной беременности и связанных с этим осложнений. Применение чистых гестагенов (500 мкг этинодиола диацетата) не оказывает неблагоприятного влияния на углеводный обмен.

Наряду с этим необходимо учитывать, что при длительном применении гормональных контрацептивов повышается уровень триглицеридов в крови, что способствует развитию атеросклероза, а также проявлению гипертензивного и диабетического эффекта. Следует подчеркнуть, что риск смертельной тромбоэмболии одинаков при применении гормональной контрацепции и производстве искусственного аборта каждый год.

Есть основания считать, что для женщин старше 35 лет курение является большим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем прием ОК.

Кстати говоря, при применении ОК снижается частота воспалительных заболеваний внутренних половых органов, уменьшается кровопотеря и ее продолжительность во время менструаций, предупреждается наступление внематочной беременности, наблюдается благоприятный эффект при овуляторных болях в середине менструального цикла, при болезненных менструациях и при предменструальном синдроме.

ОК принимаются в течение 21 дня по 1 таблетке в день, начиная с 5-го дня цикла (от 1 дня менструации) и с целью контрацепции, и с лечебной целью при фиброзно-кистозной мастопатии, при эндометриозе, при анемии и др. Прием ОК рекомендуется также при различных прогестерондефицитных состояниях (недостаток секреции прогестерона в II фазе цикла) для профилактики развития полипоза и других гиперпластических процессов в матке и молочных железах. ОК не оказывают неблагоприятного действия на плод, но при наступлении беременности их прием должен быть прекращен. Генеративная функция, как правило, восста-

навливается в течение первых 6 месяцев после прекращения приема препаратов.

Не следует назначать ОК при диабете, желчнокаменной болезни, при появлении галактореи (выделения из молочных желез типа молозива), ожирении, при приеме антибиотиков (ампициллин, тетрациклин, рифамицин), эффективность которых снижается, и при лактации, продолжительность которой уменьшается. Женщинам после 35—40 лет лучше назначать ОК, состоящие только из гестагенов (мини-пили). Молодым женщинам до 20 лет при неустановившемся менструальном цикле можно назначать прерывистые курсы (3 месяца прием ОК, затем 2 месяца отдых) в сочетании с витаминами (особенно В6) для регуляции менструального цикла. Нерожавшим женщинам с аменореей или нарушением менструального цикла по типу редких менструаций (олигоменорея) ОК назначать не следует.

К абсолютным противопоказаниям к назначению ОК следует отнести следующие заболевания: злокачественные заболевания, депрессия, мигрень, тромбэмболическая болезнь, гиперхолестеринемия, маточные кровотечения невыясненной этиологии.

Наряду с этим необходимо отметить, что ни одно лекарство так подробно не изучено, как ОК. Обнаружен защитный эффект ОК в отношении 4-х форм рака: прием ОК уменьшает риск развития рака яичника, рака матки, рака шейки матки и молочных желез в 2 раза.

В отношении последних двух форм рака благоприятный эффект ОК бывает менее выражен из-за присоединения других неблагоприятных факторов (ранний и длительный прием ОК до родов, наличие нескольких партнеров, начало половой жизни до 18 лет, искусственный аборт в возрасте 20—24 года, который увеличивает частоту развития рака молочных желез в последующем и др.).

Еще раз подчеркиваем: ОК не относятся к препаратам, которые можно назначать всем женщинам для предохранения от нежелательной беременности. При назначении ОК врач всегда должен учитывать не только вид ОК, возраст женщины, особенности репродуктивного анамнеза, но пользу и риск, которые появляются при их назначении с учетом индивидуального подбора в зависимости от их приемлемости.

Методом выбора является оральная контрацепция у

женщин с повторными абортами при наличии противопоказаний к применению ВМС.

К абсолютным противопоказаниям к назначению ОК относятся следующие заболевания, которые имеются у женщины в настоящее время или были в анамнезе: 1) тромбоемболические заболевания; 2) поражение сосудистой системы головного мозга; 3) злокачественные опухоли репродуктивной системы и молочных желез; 4) нарушение функции печени, цирроз.

Не следует назначать ОК женщинам, у которых в анамнезе были тяжелый токсикоз второй половины беременности, холестатическая желтуха или зуд во время беременности, депрессивные состояния, астма, эпилепсия, а также если имеется гипертензия (диастолическое давление более 90—100 мм рт. ст.), серповидно-клеточная анемия, гиперлипидемия, сахарный диабет, ревматический порок сердца, психозы, отосклероз.

Повышен риск развития осложнений у женщин с ожирением, преддиабетом, нарушением менструального цикла или ациклическими кровотечениями неясной этиологии, миомой тела матки, заболеваниями почек, мононуклеозом в анамнезе, полицитемией, варикозным расширением вен и рецидивирующим калькулезным холециститом, а также у курящих (особенно когда женщина выкуривает свыше 10—15 сигарет в день).

Несмотря на универсальный механизм действия ОК, ответная реакция организма женщины на их введение может быть различной в зависимости как от особенностей ее гормонального статуса, так и их дозы, вида и характера метаболизма синтетических эстрогенов и гестагенов. Кроме того, известно, что один и тот же препарат у женщин с разным исходным уровнем эндогенных эстрогенов может оказаться приемлемым или вызывать появление различных побочных реакций.

Женщины, которым назначено ОК, должны находиться под тщательным наблюдением (осмотр не реже 1 раза в 2—3 месяца).

При первом контрольном обследовании через 4—6 недель после начала приема ОК следует выяснить, не возникли ли какие-либо изменения в ее общем состоянии, не появились ли головная боль, нарушение зрения, боли в груди, ногах, животе, одышка. Надо измерить артериальное давление, определить содержание сахара, протромбина.

При появлении межменструальных кровянистых выделений следует объяснить женщине, что препарат нужно принимать в одно и то же время и что после 2—3 месяцев приема ОК они прекратятся.

Если кровянистые выделения продолжаются, следует добавить в дни, когда они наблюдаются, 0,5—1 таблетку этинилэстрадиола,

При увеличении массы тела в результате задержки жидкости или повышения аппетита следует заменить ОК на препарат, который не дает анаболического эффекта. Обычно назначение бисекурина дает хорошие результаты. При появлении гипертонии на фоне приема в течение 3—6 месяцев ОК, содержащего 50 мкг эстрогенного компонента, следует заменить препарат на содержащий 30 мкг или назначить тризистон, чистые гестагены (мини-пили), которые не вызывают повышение артериального давления. При появлении акнэ и увеличении жирности волос следует назначить ОК с большим содержанием эстрогенного компонента, что оказывает также положительное лечебное действие, или препарат с низкой андрогенной активностью (бисекурин).

При появлении депрессии, которая может быть обусловлена задержкой жидкости в организме вследствие высокого содержания эстрогенов и гестагенов, рекомендуется прием малых доз чистых гестагенов. В то же время необходимо отметить, что у некоторых женщин на фоне приема ОК депрессия уменьшается, а иногда исчезает. При отсутствии менструальноподобной реакции после отмены ОК следует назначить препарат, содержащий более сильный гестаген (норгестрел) и несколько увеличить дозу эстрогенного компонента. В случае отсутствия эффекта надо отказаться от ОК и предложить пациентке другой метод контрацепции.

Женщину, принимающую ОК, необходимо предупредить, что при появлении таких симптомов, как сильная головная боль, нарушение зрения, боли в груди или ногах, одышки, надо прекратить прием ОК и срочно обратиться к врачу за оказанием медицинской помощи, так как в противном случае могут появиться серьезные осложнения. Целесообразно одновременно с ОК назначать витамин В₆ (по 10 мг 2 раза в день) для нормализации нарушенного при приеме ОК обмена триптофана.

В настоящее время обнаружено снижение контрацептивной эффективности ОК при одновременном назначе-

нии некоторых антибиотиков (ампициллин), антигистаминных препаратов и барбитуратов. Это происходит потому, что эти лекарства активируют энзимную активность печени, что в свою очередь приводит к более быстрому метаболизму и экскреции стероидных гормонов, которые не успевают проявить свое биологическое действие. В результате увеличивается риск наступления беременности, особенно при приеме ОК с низким содержанием эстрогенов. Клинически это проявляется появлением межменструальных кровянистых выделений. После прекращения приема ОК отмечается повышенная частота наступления беременности как следствие «отраженного» эффекта ОК, сопровождающегося повышенным выбросом гонадотропинов. В этот период следует рекомендовать женщине другой вид контрацепции для предупреждения нежелательной беременности,

Трехфазная оральная контрацепция относится к новым видам гормонального предупреждения беременности. В ее основе лежит подбор разных доз эстрогенных и гестагенных препаратов в фолликулиновую фазу (6 дней), в перiovуляторный период (5 дней) и лютеиновую фазу (10 дней) таким образом, чтобы их сочетания вызывали бы изменения в содержании эстрадиола и прогестерона в плазме, характерные для нормального менструального цикла.

При трехфазной оральной контрацепции так же, как и при комбинированной гормональной контрацепции, ovуляция подавляется в результате ингибирующего действия синтетических половых стероидов на гипоталамическом уровне, что снижает циклическую секрецию гонадотропинов.

Достоинством трехфазной оральной контрацепции является снижение дозы эстрогенного и гестагенного компонента, что уменьшает ингибирующее действие на гипоталамо-гипофизарную систему. Включенный в качестве гестагенного компонента левоноргестрел (ЛН) оказывает прямое действие на яичник, подавляя синтез прогестерона, изменяет характер цервикальной слизи и вызывает изменения в эндометрии. Они препятствуют имплантации, а это в свою очередь усиливает контрацептивный эффект.

Трехфазные ОК являются более физиологичными препаратами по сравнению с комбинированными ОК, так как вызывают гормональные изменения уровня

эстрадиола и прогестерона, аналогичные тем, которые наблюдаются при нормальном менструальном цикле. Трехфазные ОК назначают также с 5-го дня менструального цикла в течение 21 дня.

При сравнительном исследовании установлено, что трехфазные ОК в отличие от комбинированных ОК не вызывают и практически не оказывают неблагоприятного влияния на систему гемостаза, что позволяет рекомендовать их женщинам старше 35 лет. Клиническое изучение трехфазной оральной контрацепции показало, что при 100%-ной контрацептивной эффективности трехфазного ОК не проявилось выраженных побочных реакций и серьезных осложнений.

Существенная польза для здоровья женщины доказана в отношении барьерных противозачаточных средств, которые предупреждают воспалительные и венерические заболевания, включая СПИД. Сведений о том, что ОК могут вызывать рак, не имеется, снижения деторождаемости после использования ОК и ВМС не отмечается. Оценка безопасности контрацептивных методов, в том числе и ОК, включает эффективность метода (при низкой эффективности метода имеется более высокий риск наступления нежелательной беременности, прерывание которой часто сопровождается осложнениями).

Эффективность, безопасность и соотношение пользы к риску при приеме ОК может существенно отличаться в разных регионах с учетом национальных особенностей, а также у одной и той же женщины в различные возрастные периоды ее жизни.

Все вышеизложенное указывает на то, что правильный подбор ОК при назначении их на определенный срок может не только избавить сотни тысяч женщин от искусственного аборта, но и ускорить реабилитацию женщин, страдающих воспалительными и эндокринными нарушениями, сохранив им здоровье.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Благодаря внедрению в клиническую практику внутриматочных контрацептивных средств (ВМС), обладающих почти 100%-ной эффективностью, клинические аспекты контрацепции значительно расширились. ВМС стали рекомендовать не только для предупреждения нежелательной беременности, но и для регуляции наступления беременности с учетом возраста матери, числа детей в семье, интервала между родами, состояния здоровья родителей и других факторов. Внутриматочная контрацепция является одним из распространенных методов предупреждения беременности, которым пользуется сегодня более 100 млн. женщин мира. Внутриматочные средства могут быть инертные, которые сделаны только из полиэтилена (петля Липпса), и медикаментозные, к которым добавляется медь или медь в сочетании с серебром.

Петля Липпса • — это контрацептив из полиэтилена в виде двойной латинской буквы «S». Существуют следующие размеры петли Липпса: № 1 (А) — 25 мм в диаметре, № 2 (В) — 27,5 мм, № 3 (С) — 30 мм. В 80—90% случаев подходящей оказываются петли Липпса № 2 и № 3.

Дальнейшее совершенствование ВМС происходит по пути создания медикаментозных ВМС; включения меди в ВМС — СиТ — 200 (второе поколение) или гормона прогестерона (третье поколение). В результате видоизменения ВМС перестает быть контрацептивом только локального действия и оказывает системное влияние на организм женщины. Основанием для создания ВМС с медью, например, явились экспериментальные данные, показавшие, что этот металл оказывает выраженное противозачаточное действие у кроликов. Медьсодержащие ВМС могут иметь форму буквы Т или цифры 7. Размеры их значительно меньше, чем петли Липпса, что создает преимущества для применения этих ВМС у нерожавших женщин, особенно ВМС Си-7.

К ВМС третьего поколения относится Т-образное приспособление, «ножка» которого наполнена гормоном

прогестероном, он медленно (65 мкг ежедневно) высвобождается в течение 1—2 лет, оказывая прямое локальное действие на эндометрий, маточные (фаллопиевы) трубы и слизистую оболочку шейки матки.

Имеются данные, что ВМС с прогестероном увеличивают частоту менструальной кровянистой «мазни» в первые 3 месяца их применения. Препараты значительно снижают кровопотерю при менструации и обладают наиболее высокой контрацептивной эффективностью.

Предпосылкой для создания нового вида ВМС послужило стремление комбинировать преимущества двух видов контрацепции — ОК и ВМС, уменьшив недостатки каждого из них.

Все ВМС имеют один-два тонких нейлоновых «хвоста», концы которых через цервикальный канал спускаются во влагалище и выходят за пределы шейки на 3—4 см. При нахождении ВМС в матке эти «хвосты» легко прощупываются при пальпации самой женщиной.

ВМС с серебром имеет внутри медной проволоки серебряный стержень, что замедляет коррозию металла и увеличивает длительность применения контрацептивов до 5 лет.

ВМС вводят на 4—6-й день менструального цикла, после искусственного аборта — сразу же или после очередной менструации, после родов — спустя 3 месяца.

В асептических условиях обнажают зеркалами шейку матки и захватывают пулевыми щипцами ее переднюю губу. После этого осторожно вводят в шейку матки маточный зонд, с помощью которого измеряют длину ее полости. Затем горизонтальные ветви внутриматочного контрацептива заправляют в специальный «проводник» (пластмассовая тонкая трубка), который вводят в полость матки до ее дна. С помощью поршня ВМС вталкивают таким образом, что оно снова принимает исходную форму в результате его эластичности, а горизонтальные ветви располагаются в дне матки. Затем «проводник» из полости матки извлекают, а в шейке матки остаются контрольные нити, которые выступают из нее на 3—4 см. После введения ВМС женщина должна отдохнуть 30—40 минут. У некоторых женщин сразу после введения ВМС может появиться боль внизу живота или тошнота. Трудности при введении ВМС встре-

чаются у 10,5% женщин, а у 8,6% ввести ВМС невозможно.

Первый врачебный осмотр назначают через 7—10 дней, после чего разрешают половую жизнь без использования какого-либо другого контрацептива. Повторные осмотры необходимо проводить каждые 3 месяца. ВМС следует извлекать через 3—4 года. При появлении жалоб на боли или кровотечения показано извлечение ВМС, ВМС с прогестероном извлекают через 1 год, так как к этому времени прогестерон перестает выделяться. Женщину надо информировать о том, что она должна обратиться к врачу в том случае, если перестает ощущать нити ВМС в шейке, появляются боль, сильные бели, лихорадка или кровянистые выделения из половых путей, и если менструация не появляется в срок.

ВМС следует удалять после обнажения шейки матки зеркалами и обработки влагалища и шейки водным раствором йода, медленно потягивая за нити, спускающиеся из цервикального канала. Если ВМС не продвигается, то следует ввести зонд или расширитель Гегара № 4 или № 5, что обычно облегчает извлечение ВМС. В некоторых случаях возникает необходимость в новокаиновой парацервикальной анестезии и назначении спазмолитиков.

В последние годы накопился опыт по введению ВМС на 7-й день после полового сношения, во время которого могла наступить беременность. Введение ВМС в этих случаях рассматривается как альтернатива посткоитальным методам контрацепции (прием не позже чем через 24—36 часов после полового акта больших доз этинил-эстрадиола 2,0—5,0 мг ежедневно в течение 5 дней или d-левоноргестрела по 0,75 мг немедленно после сношения и через 3—6 часов, что разрушает blastocyst и предотвращает наступление беременности). Прежде чем вводить ВМС, необходимо произвести гинекологическое исследование, при котором определяется положение матки и исключается наличие следующих противопоказаний для ВМС:

- 1) беременность;
- 2) миома тела матки, особенно с центрально-петальным ростом узлов;
- 3) врожденные аномалии матки, деформирующие полость матки;
- 4) острое или подострое воспаление гениталий;

- 5) острый кольпит, эрозия шейки матки;
- 6) рак шейки или тела матки;
- 7) хронически текущий рецидивирующий эндокардит или бронхит (из-за возможности обострения процесса);
- 8) дисфункциональные кровотечения;
- 9) аллергические состояния, особенно к меди;
- 10) анемия.

ВМС должно отвечать следующим требованиям: предупреждать наступление беременности, не вызывать какого-либо дискомфорта и оставаться в полости матки. Если какое-либо из требований нарушается, то ВМС подлежит извлечению. Эффективность ВМС принято вычислять по индексу Перля, который вычисляется путем определения числа беременностей на 100 женщин, применяющих ВМС в течение 12 месяцев по следующей формуле:

$$\frac{\text{число беременностей} \times 1200}{\text{число менструальных циклов}}$$

При оценке клинической эффективности учитывают не только частоту наступления беременности, но и частоту прекращения использования ВМС из-за самопроизвольного изгнания или удаления ВМС по медицинским показаниям (в 45% из-за появления кровянистых выделений или болей внизу живота).

Остановимся подробнее на наиболее частых осложнениях при использовании ВМС.

Боли. Незначительные боли могут появиться внизу после введения ВМС и прекратиться через несколько часов или дней без лечения. Боли в межменструальном периоде или во время менструации наблюдаются у 3,6% женщин, чаще у нерожавших. Схваткообразные боли обычно сопровождают самопроизвольное изгнание ВМС. Боли в сочетании с лихорадочным состоянием характерны для воспалительного процесса гениталий.

Кровотечения типа метроррагии или гиперполименореи — частое осложнение внутриматочной контрацепции: согласно данным разных авторов, частота их колеблется в широких пределах — от 1,5 до 24%. Гиперполименорея наблюдается у 3,7—9,6% женщин. Нормальной кровопотерей при менструации считается выделение не более 80 мл крови. При применении ВМС потеря крови при менструации увеличивается на 60—80%,

а межменструальные кровянистые выделения наблюдаются у 14% женщин.

Увеличение кровопотери во время менструации, которое нередко приводит к анемии, является одной из основных причин отказа от этого метода контрацепции. В последнее время в период первых трех менструаций на фоне применения ВМС для уменьшения кровопотери с успехом используют ингибиторы простагландина — напросин и индометацин. Основанием для этого послужили исследования, показавшие, что увеличение кровопотери происходит в результате повышения концентрации простагландина Е в эндометрии под влиянием ВМС. При появлении кровянистых выделений на фоне применения ВМС следует проводить дифференциальную диагностику между самопроизвольным выкидышем, для которого характерны задержка менструации, появления признаков беременности, схваткообразные боли внизу живота, и внематочной беременностью, при которой боль внизу живота возникает внезапно и может сопровождаться обморочным состоянием.

Воспалительные заболевания при ВМС обычно наблюдаются у женщин, в анамнезе которых отмечается частая смена партнеров или воспаление гениталий. Частота воспалительных заболеваний, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах, что, очевидно, связано с различным подходом к отбору женщин для внутриматочной контрацепции.

Извлечение ВМС по медицинским показаниям производят у 1,9—7,4% женщин, причем у половины из-за воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Перфорация матки относится к наиболее редким (1:5000), но серьезным осложнениям внутриматочной контрацепции. Перфорация может быть частичной (в мышцу матки) и полной (с перемещением ВМС в брюшную полость). Частичная перфорация может быть клинически бессимптомной, ВМС располагаются в области дна матки или боковых ее стенок. Такие методы, как гистерография, гистероскопия и ультразвуковое исследование, позволяют поставить правильный диагноз и уточнить расположение ВМС. Если ВМС частично располагается в мышце матки (I степень), то возможно ее удаление вагинальным путем; если ВМС полностью находится в мышце матки (II степень), то для ее

удаления рекомендуется абдоминальный путь. С помощью лапароскопии и биконтрастной гинекографии можно поставить диагноз полной перфорации матки (III степень) с частичным или полным выходом ВМС в брюшную полость.

ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

В течение многих десятилетий противозачаточные методы состоят из механических и химических средств с локальным действием (презерватив, влагиалищная диафрагма, спермициды), а также включают метод периодического воздержания в середине менструального цикла в периовуляторный период (ритмический метод Огино-Кнаус) или прерванного полового сношения (который нельзя считать физиологическим как для мужчин, так и для женщин). Применение традиционных методов контрацепции позволяет предупреждать нежелательную беременность только у каждой 3—5-й женщины. В то же время следует иметь в виду, что максимальная рождаемость наблюдается в возрасте 20—24 года, а после 34 лет начинает снижаться. Так, у молодых женщин она составляет 80—90 беременностей на 100 женщин/лет, в возрасте 40 лет — 40—50, в возрасте 45 лет — 10—20, а в возрасте 50 лет — 0—5 беременностей на 100 женщин/лет.

Научные исследования показывают, что традиционные методы контрацепции у нас в стране использует половина женщин, а если учесть, что каждая 5-я женщина не применяет противозачаточных средств и рассчитывает на «авось», то риск наступления нежелательной беременности, которая заканчивается искусственным абортом, еще выше. Все вышеизложенное указывает на то, что безопасность традиционных методов контрацепции является кажущейся, так как половина женщин, использующих их, составляет группу «высокого риска» из-за осложнений, обусловленных искусственным абортом.

В то же время в последние годы интерес к механическим методам контрацепции локального действия повысился из-за того, что, во-первых, доказана их профилактическая роль в отношении заражения венерическими заболеваниями, и в том числе и СПИДом, а во-вторых, показано, что правильное их использование может значительно повысить эффективность метода. Основной функцией всех механических контрацептивных средств является предупреждение проникновения спермы в цервикальный канал, в слизи которой сперматозоиды могут сохраняться несколько дней.

Влагалищная диафрагма представляет собой металлическое кольцо, соединенное с резиновым колпачком, имеющим форму полушария. Диафрагму вводят во влагалище таким образом, чтобы покрыть шейку матки и создать механическое препятствие для прохождения сперматозоидов в шейку. Врач должен подобрать размер диафрагмы и обучить женщину введению ее во влагалище.

Техника введения диафрагмы: двумя пальцами правой руки женщина сидя на корточках, вводит во влагалище диафрагму (после предварительного разведения половой щели левой рукой) в сжатом виде сводом кверху и продвигает ее по задней стенке влагалища, пока не достигнет заднего свода. После этого женщина пальпаторно должна проверить расположение диафрагмы, покрывающей шейку матки.

Диафрагму вводят до полового сношения, предварительно смазав спермицидами с двух сторон, и оставляют в вагине в течение 8 часов. Диафрагмы бывают разных размеров — от 50 до 105 мм (нерожавшим женщинам обычно подходит диафрагма размером 60—65 мм).

Шеечный колпачок делается из плотной каучуковой резины, имеет полукруглую форму с плотным краем и одевается на шейку матки врачом или самой женщиной после обучения. Колпачок имеет 4 размера по внутреннему диаметру (22, 25, 28 и 31 мм) и держится на шейке благодаря создающемуся отрицательному давлению. В последнее время получил распространение более плоский и широкий колпачок (наружный диаметр 50—75 мм) «Dumas», который вставляется в своды влагалища. Колпачок «Dumas» оказался более приемлемым при короткой или большой шейке, а также

при различных деформациях шейки. Он покрывает не только шейку, но и своды и верхнюю часть вагины. Колпачок смазывается с двух сторон спермицидами и может оставаться в вагине в течение 24 часов — 3 дней. Применяется он обычно в тех случаях, когда у женщины имеются трудности с введением влагалищной диафрагмы. Имеются данные, что ряд домашних средств также обладают спермицидными свойствами (лимон, раствор уксуса, мыла, гипертонический раствор и др.).

Кондом, или презерватив (изделие № 2), — единственное механическое противозачаточное средство, применяемое мужчинами. Кондом представляет собой мешотчатое образование из тонкой эластичной резины толщиной меньше 1 мм, в результате чего обеспечивается возможность увеличения кондома в зависимости от размеров полового члена. Длина кондома 10 см, ширина 2,5 см.

Кондом, надетый на половой член, создает механическое препятствие для попадания сперматозоидов в полость матки. Основным недостатком этого метода является разрыв презерватива, который происходит с частотой 1:150—1:300. В этих случаях следует немедленно применить спермицидную пасту или спринцевание.

Техника: скрученный кондом надевают на половой член, находящийся в состоянии эрекции, когда головка не покрыта крайней плотью. Кондом следует надевать до, а не в процессе полового сношения. При сухости влагалища следует смазать кондом противозачаточным желе, но не маслом или вазелином, которые разрыхляют резину.

Установлено, что наибольшее количество сперматозоидов находится в первой порции эякулята. Уменьшение количества их проникновения в шейку матки в результате механически-химической блокады при применении влагалищной диафрагмы или шейчного колпачка со спермицидами — важный фактор снижения частоты оплодотворения. В настоящее время имеются данные о преимуществе комбинированного применения влагалищной диафрагмы, влагалищного колпачка и даже презерватива со спермицидами, которые разрушают оболочку сперматозоидов, подавляют миграцию и убивают их. Это дало основание рассматривать

влагалищную диафрагму и шеечный колпачок не только как механический барьер, но и как средство, позволяющее спермицидам оказывать более длительное разрушающее воздействие на сперматозоиды.

Преимуществами барьерных контрацептивов является их безопасность, отсутствие системных влияний, простота использования, а также возможность применения в тех случаях, когда современные виды контрацепции (ОК и ВМС) не могут использоваться из-за наличия медицинских противопоказаний. В то же время некоторые супружеские пары не могут пользоваться барьерными методами из-за повышенной чувствительности к спермицидам или резине, что иногда вызывает раздражение, дерматит или зуд в области наружных половых органов женщины или мужчины. Кроме того, механические методы контрацепции могут вызывать дискомфорт, травму в области влагалища или полового члена мужчины или являются неподходящими для некоторых супружеских пар из-за причин психологического характера. У женщин, использующих влагалищную диафрагму, может развиваться воспаление мочевого пузыря или уретры, особенно если женщина не извлекает диафрагму через 8 часов после полового акта. Дискомфорт нередко возникает при использовании влагалищной диафрагмы у женщин с выраженным отклонением матки кпереди или кзади, в результате чего диафрагма располагается неправильно и не покрывает шейку матки. Эффективность использования шеечного колпачка презерватива, влагалищной диафрагмы колеблется, в широких пределах (от 2 беременностей для постоянно их использующих до 10 беременностей в среднем на 100 женщин/лет). Вот почему, если беременность противопоказана по медицинским причинам и искусственный аборт при наступлении нежелательной беременности представляет высокий риск, если имеются определенные анатомические изменения в положении матки, опущение стенок влагалища, повышенная чувствительность к спермицидам или резине, то этими методами пользоваться не следует.

Ритмический метод (РМ) контрацепции, или метод периодического воздержания, основан на определении времени овуляции, которая наблюдается на 14(\pm 2)-й день цикла, и ограничении количества половых сношений в периовуляторный период. Учитывая жизнеспособ-

способность яйцеклетки и сперматозоидов, следует избегать полового сношения с 10-го по 17-й день цикла. В литературу этот метод вошел под названием календарного метода. Ogino-Knaus предложил для определения начала (фертильного периода, когда может наступить зачатие) вычитать 18 из самого короткого цикла, а для выяснения конца фертильного периода вычитать 11 из самого длинного цикла за последние 6—12 месяцев. Эффективность календарного метода составляет 14,4—47 беременностей на 100 женщин/лет. Исследования, проведенные в течение года у 30 000 женщин, показали, что продолжительность $\frac{2}{3}$ циклов колеблется в пределах более чем 8 дней, что послужило основанием для видоизменения календарного метода и использования температурного и цервикального методов для определения фертильного периода.

Температурный метод основан на определении времени подъема базальной температуры путем ежедневного ее измерения и воздержания от полового сношения в 1 фазе менструального цикла, включая первые 3 дня подъема базальной температуры после овуляции.

В результате того, что в момент овуляции базальная температура снижается на несколько десятых градуса, на кривой базальной температуры образуется зубец, обращенный книзу, после чего начинается подъем, характерный для лютеиновой фазы. Учитывая, что яйцеклетка через 24 часа, а сперматозоид через 72 часа после овуляции теряют способность к оплодотворению, опасность появления беременности исчезает и последующие дни лютеиновой фазы становятся безопасными.

Хотя температурный метод имеет определенные неудобства в связи с необходимостью ежедневного измерения температуры и довольно длительным воздержанием, что ограничивает его распространенность (20%), тем не менее эффективность метода достаточно высока — 0,3—6,6 беременностей на 100 женщин/лет.

Цервикальный метод основан на увеличении количества слизи в цервикальном канале и изменении ее характера под влиянием пика в содержании эстрогенов, предшествующего овуляции, что определяет сама женщина (после соответствующего обучения). Жен-

щина должна научиться ощущать появление клейкости и влажности вульвы в перiovуляторный период в результате скопления в цервикальном канале в этот период большого количества водянистой растягивающейся (эстрогенной) слизи, похожей на сырой яичный белок. Начиная с 18-го дня цикла до наступления менструации и с 6-го по 10-й день цикла вульва бывает сухой. В цервикальном эпителии после овуляции продуцируется густая, вязкая слизь (гестагенная), ее макромолекулы имеют хаотическое распределение. В связи с тем, что симптомы, на которых основывается применение метода, могут иметь разную выраженность, а субъективное их восприятие также может быть различным у отдельных женщин, распространенность цервикального метода оказалась невысокой, а эффективность колеблется в широких пределах — от 6 до 39,7 беременностей на 100 женщин/лет. При этом необходимо иметь в виду, что в 19% циклов женщине не удастся различить максимальную выраженность симптомов, характерных для овуляции. При наличии цервицита или кольпита этим методом контрацепции пользоваться нельзя.

Симптотермальный метод является новым видом ритмического метода и сочетает в себе элементы календарного, цервикального, температурного метода и основан на таких симптомах, как появление более внизу живота и скудных кровянистых выделений во время овуляции. Этот метод технически более сложен, но в 2 раза эффективнее, чем цервикальный метод (в среднем 16 беременностей на 100 женщин/лет). Половые сношения при симптотермальном методе допускаются не только через 3 дня после овуляции, но и в раннюю фолликулиновую фазу. Изучение эффективности симптотермального метода показало, что если половые сношения происходят только после овуляции, то частота беременности составляет 2 на 100 женщин/лет, а если до и после овуляции, то эффективность этого метода снижается и равна 12 беременностям на 100 женщин/лет.

В заключение можно сказать, что ритмический метод контрацепции, предложенный 50 лет назад, теперь значительно усовершенствован. В результате появились его новые варианты, эффективность которых значительно выше. К достоинствам метода следует отнести его без-

вредность, отсутствие побочных реакций и большую приемлемость по сравнению с кондомом, прерванным половым сношением и спермицидами. Наряду с этим комбинация ритмического метода с барьерными в периодовульторный период значительно повышает эффективность различных видов ритмического метода. Распространенность его в различных странах колеблется от 15 до 20%. Пользоваться этим методом могут 30—50% женщин с регулярным менструальным циклом. Следует также запомнить, что если продолжительность менструальных циклов отличается в течение последнего года больше, чем на 10 дней, то ритмический метод применять не следует. Он также не рекомендуется в случае какого-либо заболевания, эмоциональных или физических перегрузок, смены климата, искусственного аборта или нерегулярного менструального цикла.

ФЕРТИЛЬНОСТЬ, ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Фертильный, или репродуктивный, период жизни женщины исчисляется возрастом от 15 до 49 лет, когда в яичниках ежемесячно созревает фолликул, происходит овуляция с выходом яйцеклетки в брюшную полость и образовывается желтое тело на месте лопнувшего фолликула (ежемесячная цикличность этих изменений в яичнике является специфической функцией женских гонад). Созревание фолликула происходит в первые 2 недели от начала менструации и сопровождается постепенно увеличивающейся секрецией эстрогенов, пик которой достигается к моменту овуляции (разрыв фолликула). Под влиянием эстрогенов происходит пролиферация эпителия молочных желез, пролиферация и рост эндометрия в матке, увеличение количества и уменьшение вязкости слизистой цервикального канала, изменение в метаболизме электролитов, белка, жиров, воздействие на гипоталамические центры, регулирующие секрецию эстрогенов. Под влиянием прогестерона, син-

тезирующегося в яичнике, происходят секреторные изменения в пролиферированном эндометрии в матке, изменения вязкости слизистой шейки матки, что препятствует прохождению сперматозоидов через цервикальный канал, повышается оральная и ректальная температура, оказывается влияние на метаболизм электролитов, белков и углеводов, а также гипоталамо-гипофизарную систему по принципу обратной связи. Продолжительность жизни желтого тела составляет 12—14 дней, после чего происходит снижение секреции эстрогенов и прогестерона. Клинически это проявляется появлением кровянистых выделений (менструаций) в результате отторжения функционального слоя слизистой тела матки. Секреция этих двух половых стероидов стимулируется секрецией гонадотропинов (ФСГ и ЛГ) из гипофиза под влиянием релизинг-гормонов гипоталамуса.

Оплодотворение яйцеклетки может произойти только в течение 6—8 дней перiovуляторного периода с учетом длительности жизнедеятельности яйцеклетки (1 сутки) и сперматозоидов (3 суток), а в остальные дни отмечается стерильность. Овуляции предшествует увеличение секреции слизи из шейки матки, что многие женщины ощущают в виде появления влажности в области вульвы. В некоторых случаях длина натяжения слизи цервикального канала достигает 8—10 см. Гинеколог характеризует это цервикальным числом, равным 10. Овуляция появляется до или во время подъема базальной температуры свыше 37,0°, который наблюдается в течение 48 часов. Температура должна измеряться утром в постели в течение 5—6 мин в прямой кишке или в полости рта.

Через 3 дня подъема базальной температуры свыше 37°C после овуляции имеется 100%-ная гарантия отсутствия возможности зачатия. С учетом этих физиологических особенностей воздержание от полового сношения в перiovуляторный фертильный период можно использовать как метод контрацепции, который принято называть ритмическим, календарным или физиологическим методом.

После 45 лет в результате возрастных изменений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе происходит нарушение секреции циклического пика ЛГ, необходимого для овуляции. В результате возникает персистенция фолликула или атрезия его, что сопровождается

ся ановуляцией и появлением прогестерон-дефицитного состояния. Желтое тело в яичнике больше не образуется, секреция прогестерона прекращается. Иногда недостаточность желтого тела появляется в более молодом возрасте. Это — следствие нарушения функции яичников, аборта, физических и эмоциональных перегрузок, воспаления придатков или различных хронических соматических заболеваний.

Для сохранения здоровья и профилактики развития патологических состояний необходимо рекомендовать женщине измерение базальной (ректальной) температуры и в случае обнаружения неполноценности лютеиновой фазы назначать гестагены (норколют 5,0 мг или лннэстренол 10,0 мг) ежедневно в течение 7—8 дней за 10 дней до ожидаемой менструации в течение 4—6 месяцев. Защитный эффект прогестерона или синтетических гестагенов связан с тем, что они обладают способностью вызывать секреторные изменения в пролиферированном эпителии органов-мишеней — матке и молочных железах и тем самым останавливают дальнейшее развитие пролиферативных процессов, ведущих к развитию гиперплазии. Если при дальнейшем диспансерном наблюдении снова будет выявлена неполноценная лютеиновая фаза, то курсы лечения гестагенами следует повторять: заместительная терапия является эффективной профилактикой роста гормональнозависимых опухолей. При плохой переносимости гестагенов (у некоторых больных может возникнуть депрессия) следует назначать витамин В₆ по 2 табл. 2—3 раза в день.

Целесообразно также назначение растворов йода 0,25% по 1 чайной ложке 1—2 раза в день, что способствует нормализации секреции эндогенного ЛГ. Если в этот перименопаузальный период появляются беспорядочные дисфункциональные кровотечения, то лечение следует назначать с диагностического выскабливания, после чего при подтверждении лютеиновой недостаточности надо назначать гестагены по вышеуказанной схеме. При отсутствии появления кровянистых выделений через 2—4 дня после окончания приема гестагенов (отрицательная прогестероновая проба) для регуляции менструального цикла и ускорения наступления менопаузы можно назначать комбинированные эстроген-гестагенные препараты желателно с высоким содержанием

гестагенного компонента (ановлар, инфекундин, по обычной схеме в течение 21 дня) на 3—4 мес.

Лечение комбинированными эстроген-гестагенными препаратами женщин в возрасте старше 40 лет следует проводить под контролем свертываемости крови, показателей протромбинового индекса, при отсутствии противопоказаний (варикозное расширение вен, посттромбофлебитический синдром). Одновременно назначают эскузан, трентал, малые дозы аспирина по 0,3 г 1 раз в 3 дня, витамин В₆.

Выявление неполноценной лютеиновой фазы важно еще и потому, что при этом часто наблюдается фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ), которая наблюдается почти у каждой 5-й женщины. При отсутствии показаний для оперативного вмешательства больные с ФКМ должны быть обследованы гинекологом-эндокринологом, после чего получить соответствующее консервативное лечение, что значительно снижает необходимость дальнейшего хирургического лечения.

Лечение больных ФКМ может проводиться:

1) комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (линэстренол, ановлар, инфекундин, ноновлон) или гестагенами во II фазу 10 дней, что снижает частоту этой патологии в 2 раза. Имеются данные, что прием ОК в течение 2 лет снижает случаи оперативного лечения ФКМ в 4 раза;

2) парлоделом по 5,0 мг — 7,5 мг ежедневно в течение 3 месяцев. Этот вид лечения дает субъективное и объективное улучшение у 70—80 процентов больных.

Парлодел может увеличивать секрецию прогестерона у больных с неполноценной лютеиновой фазой. Механизм этого остается не ясным. Возможно, что парлодел влияет на секрецию гонадотропинов благодаря изменениям в гипоталамической допаминергической активности, а может быть, вовлекаются периферические механизмы яичникового стероидогенеза.

Нормализация уровня прогестерона у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией и НЛФ наблюдается не только во время лечения парлоделом, но и через несколько месяцев после его окончания.

Эффективность лечения рака молочной железы мед-роксипрогестеронацетатом повышается при добавлений парлодела;

3) андрогенами в виде ежедневного приема метилтестостерона (0,5 мгх3 раза в день) в течение 3 месяцев. Метод этот нашел широкое применение для лечения ФКМ, но эффект его бывает кратковременным. В настоящее время установлено, что даназол в дозе 200—400 мг в день не оказывает влияния на базальный уровень гонадотропинов в течение менструального цикла, но обладает выраженным ингибирующим действием на преовуляторный пик ЛГ. Наряду с этим даназол оказывает прямое подавляющее действие на определенные ферменты в яичниках, что изменяет их стероидогенез. Исследования американских ученых показали, что лечение даназолом в дозе 200—400 мг/день в течение 3—6 месяцев эффективно у 75—80% больных с ФКМ. Однако при этом лечении могут появляться побочные реакции, связанные с андрогенным эффектом (аменорея, уменьшение размеров молочных желез, прибавка в весе, гипертрихоз, акне) у 30—50% больных;

4) тамоксифеном, который, блокирует рецепторы эстрадиола. Для лечения ФКМ назначают по 10 мг ежедневно с 5 по 25-й день цикла в течение 3 месяцев.

Комплексное лечение больных с ФКМ бесспорно способствует снижению частоты определенных форм рака молочных желез.

Выявление роли прогестероновой недостаточности и целесообразности своевременной ее коррекции особенно отчетливо проявляется при профилактике рака тела матки у женщин в перименопаузальный период. При ретроспективном исследовании было обнаружено, что частота рака тела матки среди женщин, использующих длительно эстрогенные препараты по поводу приливов, увеличивается в 1,7 — 20 раз. Однако добавление гестагенов к терапии эстрогенами позволило, например, снизить частоту рака тела матки с 248,1: 100 000 в 1975 г. до 164,2 : 100 000 в 1979 г.

У половины женщин старше 45 лет развивается климактерический синдром, характеризующийся появлением выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, которые клинически могут проявляться приливами, головной болью, головокружением, сердцебиением, ознобом, болями в сердце, потливостью и др., а также нервно-психическими нарушениями (раздражительность, бессонница, астенизация, депрессия, нарушение памяти и др.). У другой половины женщин эти симптомы не

появляются несмотря на то, что у всех женщин в перименопаузальный период происходит снижение секреции эстрогенов и повышение уровня гонадотропинов. Сравнительное гормональное обследование этих двух групп женщин показало, что климактерический синдром является нейроэндокринным синдромом, который развивается у женщин с отсутствием гомеостаза в эндокринной системе на фоне снижения функции коры надпочечников, гипертиреозе, преобладания бэта-волн и нарушении синхронизации в электроэнцефалограммах (иначе говоря, в организме женщин отмечаются процессы дидзадаптации). Вот почему лечение климактерического синдрома следует начинать с общеукрепляющей терапии, назначения витаминов С, В, В₆, РР, нейролептиков или транквилизаторов. Отсутствие эффекта от проводимой терапии обычно наблюдается у женщин с истощением функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы какими-либо хрониче*скими заболеваниями, стрессовыми ситуациями. В этих случаях восстановление работоспособности происходит после назначения небольших доз комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (ноновлон или бисекурин по 7г таблетки ежедневно в течение 5—7 дней, а затем по *Д таблетки еще 2 недели) в течение 3 недель с последующим перерывом в течение 2—6 недель в зависимости от состояния больной.

Перименопаузальный период жизни женщины характеризуется большой вариабельностью по степени выраженности климактерического синдрома, что в значительной степени определяется общим соматическим состоянием. Отмечается различная степень выраженности угасания функции яичников, неодинаковый характер нарушения менструального цикла в зависимости он индивидуальных гормональных метаболических особенностей. Исходя из того, что женщины в перименопаузальный период имеют повышенный риск в отношении развития различных гиперпластических процессов и гормональнозависимых опухолей, следует считать целесообразным проведение пробы с гестагенами (норколют 5 мг ежедневно 8—10 дней). Отрицательная прогестероновая проба — отсутствие кровянистых выделений через 2—4 дня после окончания приема гестагенов — говорит о низком эндогенном уровне эстрогенов, что не требует назначения какой-либо терапии. А вот положи-

тельная прогестероновая проба — • появление кровянистых выделений через 2—4 дня после окончания приема препарата — указывает на необходимость дальнейшего наблюдения за женщиной и повторения прогестероновой пробы. Если патологический процесс затягивается у женщины старше 50—55 лет, то необходимы дополнительные методы исследования (ультразвук, диагностическое выскабливание, определение в крови содержания эстрадиола) для исключения гормональноактивной опухоли яичника.

Различие в клинической симптоматике у женщин в постменопаузальном периоде может быть связано с тем, что эстрон в этот период образуется не из яичников, а из андростендиона, секреция которого надпочечником увеличивается в 1,5 раза, несмотря на возрастное снижение функции коры надпочечников. Такие факторы, как голодание, ожирение, болезни печени, гипертиреоз увеличивают тканевой периферический метаболизм андростендиона в эстрон.

Различие в периферическом метаболизме эстронов, обусловленном различными соматическими заболеваниями у женщин, могут у одних женщин вызывать развитие гиперэстрогении и связанной с ней патологией, а у других приводить к развитию остеопороза и атрофического сенильного кольпита.

Общеукрепляющая терапия, физические нагрузки, витаминотерапия, различные курортные факторы, разгрузочная диета, направленная на активацию адаптационных реакций организма, являются большим резервом в профилактике развития различных иммунодефицитных состояний, гормональнозависимых опухолей и сохранении здоровья женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Алинов В. И., Корхов В. В. Современные противозачаточные средства. — Л.: Медицина, 1985.

Бобрик Т. Н., Каминская В. Т., Пухольская К. П. Функциональное состояние яичников, эндометрия, осложнения и детородная функция у женщин при применении внутриматочных контрацептивов / В кн.: Тезисы 3-го съезда акушеров-гинекологов Белорусской ССР. — Минск, 1979. — С. 105—106.

Грищенко В. М., Яковцева А. Ф., Лисе Н. Л., и др. Морфологические изменения в эндометрии женщин при применении ВМС // Акушерство и гинекология. — 1980. — № 3. — С. 41—42.

Железное Б. И., Ежова Л. С., Антипова Н. Б. Структурные и гистохимические особенности эндометрия женщин при применении внутриматочных контрацептивов различного типа // Акуш. и гин. — 1979. — № 7. — С. 43—46.

Корхов В. В. Фармакология новых стероидных контрацептивов. // Акуш. и гин. ••• 1979. — № 2. — С. 5—7.

Либензон Л. А. О продолжительности непрерывного пользования внутриматочными контрацептивами. // Акуш. и гин. •• 1976. — № 11. — С. 66—68.

Либензон Л. А. Патогенез некоторых осложнений при внутриматочной контрацепции и их профилактика. // Вопр. охр. мат., 1974. — М> 12. — С. 54—56.

Мануйлова И. А., Антипова Н. Б. О внутриматочной контрацепции. // Акушерство и гинекология. •— 1976. — № 2. — С. 66—69.

Мануйлова И. А., Трутко Н. С., Герчиков Л. Н. Осложнения при комбинированной гормональной контрацепции. // Мед. ред. журн., 1977, X, № 1, С. 3—9.

Мануйлова И. А. Современные методы контрацепции. // Медицина, 1983.

Мануйлова И. А. Современные принципы регуляции генеративной функции женщины. — Акушерство и гинекология. — 1985. — № 7.

Мануйлова И. А., Трутко Н. С., Соколова З. П. Влияние инфекундина, бисекурина и континуина на гипоталамо-гипофизарную систему женщины / В кн.: Новые терапевтические возможности в акушерско-гинекологической практике. — М., 1976. — С. 44—44—54.

Мануйлова И. А., Дубницкая Л. В., Александровская Т. Н., Шалдаева В. В. Состояние липидного обмена при гормональной контрацепции. // Акушерство и гинекология. — 1985, № 9, 51.

Петров-Маслаков М. А., Деранкова Е. Б., Майзель Е. Н., Поскаленко А. Н. Современные противозачаточные средства. — Л.: Медицина, 1973.

Регуляция генеративной функции человека / В кн.: Симпозиум ВОЗ / Под ред. Е. Дисфалюзи, Л. С. Персианинова, И. А. Мануйловой. М., 1976.

В ЗАПИСНУЮ КНИЖКУ ЛЕКТОРА

Злейшие враги матери и ребенка

Женщина и... алкоголизм. Такому не хочется верить. На протяжении столетий и даже тысячелетий лучшие поэты воспевали прекрасный женский образ. Возвышение женщины, преклонение перед ней — древнейшая традиция живописи, скульптуры, всего искусства. Но, как это ни прискорбно, приходится констатировать, что и пьянство, и хронический алкоголизм среди женщин за последние десятилетия значительно распространились во всем мире. Прогрессивно сокращается статистический разрыв между мужским и женским алкоголизмом. Если в XIX в. соотношение пьющих женщин и злоупотребляющих спиртными напитками мужчин составляло приблизительно 1 : 10, то нынче оно составляет в развитых странах в среднем 1 : 5,5.

Если зрелому мужчине для формирования симптоматики хронического алкоголизма требуется по крайней мере 7 лет систематического пьянства (часто и гораздо больше, в среднем около 11 лет), то женщина, особенно молодая, заболевает алкоголизмом гораздо раньше. От начала систематического пьянства до появления стремления опохмелиться (а это свидетельствует о развитии уже второй стадии хронического алкоголизма!) у пьющих женщин проходит всего лишь от 3 до 5 лет. От начала второй стадии алкоголизма до появления признаков третьей стадии болезни у мужчин проходит обычно 8—10 (нередко и 20) лет. У женщин этот этап длится менее 5 лет (у 90% алкоголичек). Все стадии алкогольной болезни, довольно четко выраженные у зрелых мужчин, у женщин теряют свою строгую очерченность, как бы наползают одна на другую.

Французские ученые подсчитали, что при хроническом алкоголизме мужчин преждевременные роды у их жен имели место в 17%, а если алкоголизмом страдала сама мать — в 32% случаев. Таким образом, пьянство матери становится причиной преждевременных родов почти в 2 раза чаще, чем пьянство отца. Ретардация (запаздывание, замедление) физического развития детей при алкоголизме отца констатирована в 37, а при алкоголизме матери — в 66% случаев.

В наше время С. З. Пашенков обследовал 65 больных хроническим алкоголизмом женщин. У них было 318 беременностей, из которых 59,6% закончились медицинскими абортами, 12% — выкидышами и мертворождениями. Живых детей осталось 78. Из них здоровыми оказались 54, а у 24 (30,8%) отмечались умственное недоразвитие, судорожные припадки, психопатии и другие нервно-психические расстройства. Среди пациенток С. З. Пашенкова встречались такие женщины, как, например, больная П., которая имела 22 беременности и ни одних родов; беременности заканчивались либо спонтанными (самопроизвольными) абортами, либо абортами по медицинским показаниям. Больная Ш., много лет злоупотреблявшая алкоголем, имела 5 беременностей, из них 3 аборта и двое родов. Дочь и сын отстают в физическом и психическом развитии, учатся в школе для умственно отсталых детей.

Употребление алкоголя в день зачатия оказывает острое отравляющее влияние на половые клетки мужчины (сперматозоиды) и женщины (яйцеклетки). Еще более тяжелые изменения в яйцеклетках вызывает хронический алкоголизм. Этанол способен отрицательно влиять на репродуктивную функцию еще задолго до оплодотворения. Яичники (половые железы женщины) под влиянием спиртопотребления перерождаются, их ткань гибнет, постепенно замещаясь жировой тканью. Пьянство приводит женщину к раннему климаксу. И это понятно. Ведь алкоголь можно обнаружить в яичниках уже через час после приема спиртных напитков. Но еще до наступления раннего климакса функция

яичников нарушается, в них продуцируются неполноценные яйцеклетки. Дисфункция яичников усугубляется еще тем, что большинство алкоголиков курят. Содержащиеся в табачном дыме токсические вещества, поступая в организм курящей, проникают и в яичники, накапливаются там, вызывают серьезные деструктивные изменения в яичниках.

Давно доказано, что частота спонтанных и медицинских абортс у пьющих женщин гораздо выше, чем у трезвенниц. Аборты же, бесспорно, приводят к многочисленным патологическим изменениям в плаценте. Речь может идти о патологических формах плаценты — отклонениях как в величине детского места, так и в его форме (подковообразная, поясообразная, разделенная на две части плацента), об атрофических изменениях (плацента большая, но тонкая), о неправильных прикреплениях и приращении плаценты к внутренней поверхности стенки матки, о преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты, об инфарктах (возникновения участков отмирания), обызвествлении (отложение солей кальция, когда плацента, если по ее поверхности провести рукой, напоминает наждачную бумагу) и других отклонениях от нормы. Все эти патологические изменения чреваты опасностью как для плода, так и для самой матери. Связанные с абортами аномалии плаценты значительно усугубляются у пьющих женщин отравляющим воздействием этанола. Достаточно сказать, что только частичная отслойка плаценты (на треть) ведет к асфиксии (кислородному голоданию) плода, а отслойка наполовину — к его неминуемой гибели. При полной отслойке плаценты гибель плода отмечается в 100% случаев, а смертность среди матерей — в 10—20%. Некоторые виды патологии плаценты вынуждают врачей прибегать к срочной ампутации матки. Но и это не всегда спасает роженицу, она может погибнуть.

При воздействии тех или иных патологических факторов (различные яды, алкоголь, никотин, окись угле-

рода, т. е. угарный газ, и т. д.) барьерная функция плаценты нарушается, и она становится проницаемой для таких субстанций, которые в нормальных условиях через плаценту не проходят. Таким образом, этанол не только сам по себе оказывает тяжелое отравляющее действие на плод (спирт проникает через детское место в околоплодную жидкость, где задерживается не менее двух часов, распространяясь в тканях плода), но и способствует проникновению в организм будущего младенца других ядовитых веществ.

Особенно раним по отношению к токсическому влиянию спирта зародыш в первые недели беременности (период эмбриогенеза), поскольку именно на этом этапе происходит закладка различных органов и систем. Однако и позже плод беззащитен перед этанолом, ибо все его органы еще крайне незрелы, защитные механизмы действуют слабо. Установлено, что у плода уровень фермента, который нейтрализует, расщепляет алкоголь, составляет всего лишь 10% от нормального уровня содержания его в тканях взрослого человека. Вот почему в органах плода, вынашиваемого пьющей женщиной, накапливается промежуточный продукт распада алкоголя ацетальдегид, который обладает способностью отрицательно влиять на формирование органов и тканей плода.

Английские врачи проанализировали результаты винопотребления у 386 беременных женщин. У 272 из них были выкидыши, преждевременные роды, а если дети рождались в срок, то либо мертвыми, либо умирали на первом же месяце жизни. Из 114 детей, оставшихся в живых, 62 (более половины) попали в приюты для умственно отсталых, страдающих эпилепсией и другими психоневрологическими заболеваниями. С этими данными перекликаются результаты, полученные французскими исследователями. Они обследовали 201 ребенка матерей, злоупотреблявших спиртными напитками. Оказалось, что 138 из них умерли в раннем детстве, из оставшихся 63 детей 37 (более 58%) страдали различными нервными и психическими недугами.

СОДЕРЖАНИЕ

Несколько предварительных слов	3
Планирование семьи сохраняет здоровье женщины	5
Регуляция генеративной функции	10
Гормональная контрацепция	25
Внутриматочная контрацепция	41
Традиционные методы контрацепции	46
Фертильность, возрастные изменения и здоровье женщины	52
Список литературы	59
В записную книжку лектора	60

Составитель библиотечки —

Ю. Ф. Крылов, доктор медицинских наук

Мануйлова Ирина Александровна

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Редактор *А. И. Поликарпов*

Младший редактор *Н. Т. Карячкина*

Художественный редактор *М. А. Бабичева*

Технический редактор *И. Е. Белкина*

Корректор *А. М. Ратина*

Сдано в набор 11.07.88. Подписано к печати 02.09.88. А-13S03.
Формат бумаги 8)4XШ8'/з2. Бумага тип. № 2. Гарнитура
литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 3,36. Усл. кр.-отт. 3,57.
Уч.-изд. л. 3,47. Тираж 40000 экз. Заказ 1744. Цена 15 коп.
Издательство «Знание». 101835. ГСП, Москва, Центр, проезд Серова,
д. 4. Индекс заказа 886805.

г. Калинин. Областная типография.