

Консультирование – залог правильного выбора метода контрацепции

Г.Е.Чернуха

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва

Резюме

Высокая частота незапланированных беременностей остается значимой проблемой во многих странах мира, включая Россию. Этот показатель мог бы быть существенно снижен благодаря применению обратимых контрацептивных методов длительного действия (Long-Acting Reversible Contraception – LARC), к которым относятся внутриматочные системы. Они признаны высокоэффективными, характеризуются малым числом противопоказаний и побочных эффектов, экономически рентабельны при длительном применении. Особое внимание уделено преимуществам левоноргестрел-релизинг-системы, которая при рациональном консультировании может быть хорошим выбором для большинства женщин.

Ключевые слова: контрацепция, обратимые контрацептивные методы длительного действия, левоноргестрел-релизинг-система, Мирена.

Counseling as the guarantee of the correct contraception method selection

G.E.Chernukha

Summary

High frequency of unplanned pregnancies remains a significant problem in many countries, including Russia. This figure can be significantly reduced when the reversible contraceptive long-acting methods are used (Long-Acting Reversible Contraception – LARC), including intrauterine system (IUS). LARC-methods are highly effective, and are mainly characterized by small number of contraindications and side effects, thus being economically profitable along the application. Particular attention is paid to the benefits of levonorgestrel-releasing system, which, if timely advised can be a good choice for most women.

Key words: contraception, reversible contraceptive methods of long-acting, levonorgestrel-releasing system, Mirena.

Сведения об авторе

Чернуха Галина Евгеньевна – д-р мед. наук, рук. отд-ния гинекологической эндокринологии ФГБУНЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова

Введение

В настоящее время существует много доступных средств и методов контрацепции. Это комбинированные оральные контрацептивы (КОК), влагалищные кольца, пластыри, внутриматочные системы (ВМС), подкожные имплантаты и барьерные методы. Несмотря на это, частота незапланированных беременностей во многих странах мира, включая Россию, остается высокой. В мире ежегодно регистрируется около 80 млн нежелательных беременностей, что составляет около 40% общего числа беременностей. В США и некоторых странах Латинской Америки этот показатель достигает 50% и более. Важным представляется тот факт, что 3/4 всех нежелательных беременностей приходится на возраст до 29 лет [1, 2]. Стоит также отметить, что каждая вторая незапланированная беременность заканчивается абортom. Это крайне негативно сказывается на репродуктивном здоровье женщин [3].

Наиболее распространенным методом предохранения от беременности во всем мире является прием КОК. В США на их долю приходится 1/3 всех используемых методов контрацепции (≈11,6 млн женщин) [4]. Однако, отметив 50-й «юбилей» КОК, врачи видят, что незапланированные беременности ежегодно наступают примерно у 1 млн женщин, использующих данный метод контрацепции. Видимо, основные причины контрацептивных неудач определяются снижением приверженности лечению, так называемой комплаентности, несоблюдением предписанного режима приема препарата и/или наличием побочных эффектов [5]. Общеизвестно, что среди женщин моложе 21 года, использующих таблетки, пластыри, вагинальные кольца, риск наступления нежелательной беременности в 2 раза выше, чем среди женщин более старшей возрастной категории [6]. Подобные проблемы могут быть устранены или минимизированы при применении обратимых контрацептивных методов длительного действия (Long-Acting Reversible Contraception – LARC), к которым относятся ВМС, а также инъекционные препараты и подкожные имплантаты с прогестагеном. Эти методы высокоэффективны, потому что не зависят от ежедневного использования и привер-

женности лечению. Хотя в последние годы интерес к использованию этих методов растет, их популярность все же несравнима с КОК. Согласно данным, представленным NICE, в Великобритании в 2003–2004 гг. лишь 8% женщин в возрасте 16–45 лет использовали те или иные LARC-методы в сравнении с 25% приемом КОК [7]. Во Франции более 16% женщин остановили свой выбор на ВМС [8], в США – только 5,5% женщин [4].

Факторы, влияющие на недостаточную распространенность LARC-методов, в том числе ВМС, подразделяют на 3 категории: 1) связана с системой здравоохранения; 2) с деятельностью врачей (с недооценкой безопасности ВМС, возможностью их применения у женщин разного возраста, с отсутствием или недостаточными практическими навыками по введению этих средств); 3) с недостаточной информированностью женщин и как следствие – неправильной оценкой их эффективности и безопасности. Помимо недостатка знаний, отказ от выбора внутриматочных методов контрацепции может быть связан с религиозными и культуральными взглядами на изменение характера кровотечений в отдельных популяциях женщин и восприятием ВМС как «инородного тела» в матке, оказывающего abortивный эффект [6].

В публикациях можно встретить схожие воззрения на причины незаслуженно низкого применения удобных, надежных и безопасных LARC-методов. Это ограниченный доступ, более высокая начальная стоимость (по мере использования экономическая рентабельность растет), нежелание врачей применять их ввиду отсутствия необходимых навыков, миф о невозможности применения этих средств у нерожавших женщин, неправильное восприятие возможных изменений профиля кровотечений, отсутствие адекватного консультирования и недостаточное информирование женщин об их преимуществах [9, 10].

Ахиллесова пята КОК и преимущества LARC-методов

Как это ни удивительно, на сегодняшний день основная проблема, связанная с использованием гормональной

контрацепции, состоит не в «боязни гормонов» как таковых, а в человеческой природе. Для многих лиц, которые чувствуют себя хорошо и не имеют явных проблем со здоровьем, непрерывный прием лекарственных препаратов с профилактической целью может представлять значительные трудности. Это в полной мере касается КОК, направленных на предупреждение незапланированной беременности. Комплаентность – это ахиллесова пята контрацепции, требующей ежедневного приема. Контрацептивная надежность КОК всецело зависит от тщательного соблюдения режима приема препарата и продолжительности непрерывного использования. Стоит заметить, что одна из семи женщин, обращающихся в клиники США для прерывания беременности, применяла КОК в том месяце, когда наступила беременность [11]. Основная причина снижения эффективности КОК – пропуск приема таблеток, который хотя бы 1 раз случается примерно у каждой второй женщины в течение цикла [12, 13]. К числу наиболее распространенных причин пропуска таблеток относятся следующие факторы: нахождение женщины вне дома, забывчивость или отсутствие новой упаковки препарата в момент, когда следует начать новый цикл лечения.

Приведенные данные заставляют задуматься о методах контрацепции, эффективность которых не зависит от ежедневного приема таблеток и характерологических особенностей пользователя. Этим требованиям в полной мере отвечают контрацептивные методы длительного действия, так как они обратимы, имеют очень низкий показатель контрацептивных неудач, их эффективность сопоставима с трубной стерилизацией – без рисков, сопутствующих проведению этой операции [14]. В масштабном исследовании CHOICE (результаты которого освещены ниже) показано, что число беременностей при применении методов контрацепции, зависящих от пользователя, было несоизмеримо больше, чем на фоне LARC-методов [15]. Анализ репрезентативной базы данных Франции (n=11 400) показал: 61,5% аборт вследствие контрацептивных неудач были зафиксированы у женщин, принимавших лекарственные препараты, и менее 2% – у женщин, выбравших LARC-методы [16].

Женщины, сделавшие свой выбор в пользу LARC-методов, сразу после родов или искусственного прерывания беременности имеют ряд потенциальных преимуществ. Во-первых, они могут быть уверены в том, что нежелательная беременность не наступит в течение всего периода их использования; во-вторых, появляется мотивация к применению надежной контрацепции до момента планируемой беременности, это будет способствовать сохранению их репродуктивного здоровья. Женщины, выполнившие свою репродуктивную функцию, еще в большей степени могут остановить свой выбор на LARC-методах, которые сопоставимы по своей эффективности с трубной стерилизацией и экономически рентабельны при долговременном применении [17, 18].

Недостаточное использование LARC-методов признано многими профессиональными сообществами [19, 20]. В заключении практических рекомендаций Американской коллегии акушеров и гинекологов (ACOG) по контрацепции указывается: «Более широкое использование LARC-методов может способствовать снижению частоты незапланированных беременностей в США, потому что интервалы в использовании средств более короткого действия или прекращение их приема связаны с повышенным риском наступления беременности. Анализ стоимости обоих типов ВМС (*прим. перевод:* эксперты ACOG имеют в виду медьсодержащие ВМС и левоноргестрел-релизинг-систему – ЛНГ-ВМС) показал, что они входят в группу наименее дорогостоящих контрацептивных методов при расчете на 5-летний период использования [21]. Число противопоказаний к применению LARC-методов невелико, почти всем женщинам могут быть рекомендованы имплантаты или ВМС, в том числе нерожавшим и подросткам». Возможность использования LARC-методов при наличии противопоказаний к приему эстрогенов является важным дополнительным преимуществом по сравнению с КОК.

Обратимые контрацептивные методы длительного действия – хороший выбор

В 2012 г. были опубликованы результаты крупномасштабного проспективного когортного исследования CHOICE (август 2007 – сентябрь 2011 г.) с участием 9256 женщин в возрасте от 14 до 45 лет [15]. После консультации с получением полной и объективной информации об эффективности и безопасности всех предлагаемых контрацептивных методов участницы имели возможность выбрать наиболее подходящий метод и бесплатно его получить. Представляется крайне важным, что после рассмотрения всех преимуществ LARC-методов (ВМС и подкожные имплантаты) и снятия финансового барьера 75% женщин выбрали именно их, в том числе 46% – ЛНГ-ВМС (Мирена®). Авторы провели сравнительный анализ контрацептивных неудач LARC-методов и обратимых контрацептивных методов короткого действия (КОК, пластыри, влагалищные кольца и инъекции депо медроксипрогестерона ацетата в течение 1 года их использования). За этот период незапланированная беременность наступила в 334 случаях, причем число контрацептивных неудач среди пользователей КОК, пластырей и влагалищных колец составило 4,55 на 100 женщин-лет, среди пользователей LARC-методов – 0,27. Следует отметить, что среди женщин моложе 21 года, использовавших обратимые контрацептивные методы короткого действия, риск незапланированных беременностей был почти в 2 раза выше по сравнению с женщинами более старшего возраста. Авторы сделали заключение: эффективность LARC-методов существенно превосходит эффективность КОК, пластырей и влагалищных колец вне зависимости от возраста женщин. Кажется закономерным, что через 12 мес среди участниц исследования CHOICE отмечена более высокая продолжительность использования выбранного метода контрацепции из категории LARC (более 80%) по сравнению с обратимыми средствами короткого действия (диапазон от 49 до 57%) [15]. Многие эксперты полагают, что по мере более широкого использования LARC-методов можно наконец-то ожидать снижения частоты наступления незапланированных беременностей, потому что они более надежны и, как правило, дольше используются [22, 23].

Хотя высокая эффективность LARC-методов не вызывает сомнений, для более широкого их использования необходимо развеять ряд мифов. Врач должен владеть достаточной информацией, которую необходимо обсудить с пациенткой в ходе консультирования, а именно:

- 1) механизм действия LARC-методов, обеспечивающий их высокую контрацептивную надежность;
- 2) возможность их применения у женщин разного возраста, в том числе у нерожавших;
- 3) изменение характера менструальных кровотечений/потенциальное развитие аменореи;
- 4) влияние на риск воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ);
- 5) обратимость и быстрое восстановление фертильности;
- 6) долговременная экономическая выгода;
- 7) повышение качества жизни, особенно у женщин с обильными менструациями, и т.п.

Причины высокой эффективности LARC-методов

Особую важность имеет правильное консультирование по поводу LARC-методов, поскольку осведомленность женщин о них обычно невысока. Большинство женщин склонны рассматривать эти методы в качестве потенциально приемлемых при получении адекватной информации. Например, следует хотя бы кратко остановиться на механизмах действия LARC-методов. Удивительно, что спустя 20 лет после появления на рынке ЛНГ-ВМС способ ее контрацептивного воздействия еще остается предметом изучения, вероятно, потому, что оно комплексное.

ЛНГ-ВМС представляет собой гормональную релизинг-систему, которая ежедневно высвобождает 20 мкг ЛНГ в полость матки. К основным механизмам ее действия можно отнести уплотнение цервикальной слизи, снижение по-

движности и функционирования сперматозоидов, а также атрофию эндометрия [24, 25]. R.Lewis и соавт. провели исследование *in vitro*, в котором с помощью надежных современных тестов слепым методом оценивали качество цервикальной слизи и пенетрационной способности сперматозоидов в середине цикла у пользователей ЛНГ-ВМС [26]. Авторы заключили, что в этот «критический» момент времени изменение характеристик цервикальной слизи у пользователей ЛНГ-ВМС надежно ингибирует трансцервикальный транспорт спермы. Важно, что ни в одном исследовании чувствительные тесты не выявили биохимических признаков беременности, предшествующей имплантации плодного яйца, что свидетельствует о раннем подавлении процессов фертилизации среди пользователей ЛНГ-ВМС [24, 27]. Это может иметь существенное значение, так как до сих пор бытует мнение, что контрацептивное действие ВМС связано с прерыванием беременности на ранних сроках.

ВМС могут быть рекомендованы женщинам вне зависимости от наличия родов в анамнезе

Другое часто упоминаемое опасение связано с устоявшимся не соответствующим истине мнением, что ВМС не подходят нерожавшим женщинам. В клиническом руководстве Общества планирования семьи США приводятся убедительные данные относительно возможности использования разных методов внутриматочной контрацепции у нерожавших женщин [28]:

- ВМС являются эффективными и безопасными контрацептивными средствами для нерожавших женщин.
- По сравнению с другими методами контрацепции ВМС имеют сопоставимый или более высокий показатель длительности использования у нерожавших женщин.
- ВМС не увеличивают риск ВЗОМТ или бесплодия. ЛНГ-ВМС (Мирена®) снижает риск инфекции органов малого таза.
- ЛНГ-ВМС (Мирена®) имеет преимущества по сравнению с Paragard™ CuT380A у нерожавших женщин в отношении профиля кровотечений и частоты expulsий.

В 2007 г. комитет ACOG впервые опубликовал документ о возможном применении ВМС у подростков [29]. В последние годы появилось много работ о правомочности и высокой эффективности применения ВМС у молодых нерожавших женщин, в том числе у подростков [30, 31]. Хотелось бы обратить внимание на факт, что только 50% уже беременных подростков слышали о ВМС, а из тех, кто знал о них, 71% были не уверены в их безопасности, 58% – в эффективности [32]. В одной из публикаций приводятся обнадеживающие данные, что даже короткая трехминутная беседа с врачом может улучшить отношение к ВМС в этой группе женщин [33].

Во время консультирования целесообразно обсудить вопрос о технике введения ВМС и возможных болевых ощущениях, которых, как правило, опасаются многие женщины. Представляют интерес данные нескольких исследований, показавшие, что ВМС является контрацептивным методом, отличающимся высокой приемлемостью, в том числе среди молодых и нерожавших женщин. В скандинавском исследовании (n=224, нерожавшие женщины) большинство (72%) участниц сообщили об умеренной боли в момент введения ЛНГ-ВМС, 17% оценили ее как тяжелую, 9% вообще не испытывали никаких болевых ощущений [34]. При последующем трехмесячном наблюдении только 5% женщин не были удовлетворены выбранным методом контрацепции. Таким образом, боль, которую испытывают женщины в момент введения ВМС, является кратковременной и не оказывает значимого влияния на дальнейшее самочувствие.

В другом исследовании были получены данные об отсутствии существенных различий в болевых ощущениях во время введения ВМС и длительности ее использования у молодых нерожавших участниц в возрасте 18–25 лет, при этом примерно 80% из их числа сообщили о слабой/умеренной боли или о ее отсутствии [35]. Следовательно, боль, которую испытывают женщины в момент введения ВМС,

является кратковременной и не оказывает значимого влияния на дальнейшее самочувствие. Есть сведения, что через 6 мес после введения ЛНГ-ВМС ее продолжают использовать 75% подростков, а медьсодержащие ВМС – только 45% [36].

Профиль кровотечений на фоне LARC-методов: что говорят исследования?

Еще один миф: при использовании внутриматочной контрацепции менструации становятся более обильными, продолжительными и болезненными. Действительно, на фоне медьсодержащих ВМС (II поколения) возможно увеличение менструальной кровопотери, что является одной из самых частых причин их удаления. Важной вехой в развитии внутриматочной контрацепции стало создание III поколения – гормонвысвобождающих ВМС. Уже отмечалось, ЛНГ-ВМС ежедневно выделяет всего 20 мкг прогестерона непосредственно в матку. Это приводит к постепенной атрофии эндометрия и снижению плотности сосудистой сетки [24, 25]. В общий кровоток попадают минимальные концентрации ЛНГ (от 0,4 до 0,6 нмоль/л), значительно снижается вероятность системных гормональных эффектов.

Нерегулярные кровотечения после введения ВМС достаточно распространены, но их негативное влияние на качество жизни значительно снижается, если женщины предвзительно получили правильное консультирование. Частота нерегулярных продолжительных (более 8 дней) кровотечений уменьшается с 20% в 1-й месяц после введения ЛНГ-ВМС до 3% после 3 мес воздействия [37]. Следует настоятельно советовать пациенткам не прибегать к извлечению ЛНГ-ВМС, по крайней мере в течение 6 циклов, чтобы оценить эффективность ее воздействия. В случаях кровотечений «прорыва» успешным может быть применение антифибринолитических или нестероидных противовоспалительных препаратов, которые снижают объем кровопотери и/или дисменорею. Толерантность к кровотечениям очень индивидуальна и во многом зависит от приобретенного контрацептивного опыта. Например, пациентки, ранее использовавшие инъекционные средства или подкожные имплантаты, вполне приемлемыми сочтут прорывные кровотечения в течение первых 3–6 мес после введения ЛНГ-ВМС. Женщины, применявшие ранее КОК, на фоне которых, как правило, объем менструальной кровопотери снижается, могут негативно отнестись к появлению даже незначительных прорывных кровотечений.

Эксперты советуют измерять исходный уровень гемоглобина до введения ВМС, что поможет заверить пациентку в том, что этот показатель остается в нормальных пределах. Надо объяснить женщине, что каждый метод контрацепции, включая ЛНГ-ВМС, требует определенного периода адаптации. Это позволит избежать ненужных визитов и тем более отказа от выбранного метода. Некоторые эксперты советуют: «Переведите разговор с ожидания более тяжелого кровотечения на то, что на первых порах может понадобиться несколько дополнительных прокладок или тампонов в течение цикла, что женщины, как правило, воспринимают более легко» [38].

Женщина нуждается в информировании о том, что ЛНГ-ВМС относится к одному из наиболее эффективных средств лечения маточных кровотечений в отсутствие органической патологии в матке. Поэтому удовлетворенность ЛНГ-ВМС особенно велика при обильных менструальных кровотечениях, значительно снижающих качество жизни. Во многих работах показано, что улучшение качества жизни при использовании ЛНГ-ВМС сходно с таковым после гистерэктомии, в отличие от которой ЛНГ-ВМС является обратимым методом контрацепции [39]. Некоторые женщины настороженно относятся к развивающейся на фоне ЛНГ-ВМС аменорее (по разным данным, в 20–80%), они рассматривают ее как результат «снижения функции яичников» и предпочитают «контролировать» контрацепцию, однако таких женщин меньшинство.

В Центральной Европе проведено одномоментное исследование с участием 1825 женщин в возрасте 18–60 лет, из них 415 имели опыт использования ЛНГ-ВМС [40]. Из числа опрошенных 266 (65,7%) женщин были очень до-

вольны эффектом ЛНГ-ВМС, 83 (20,5%) – вполне довольны, 18 (4,4%) – в целом довольны, при этом женщины с аменореей значительно чаще были очень довольны, чем женщины с регулярными менструальноподобными кровотечениями (67,9% против 1,1%; $p < 0,001$). Интересно, что среди женщин с нормальными и низкими показателями индекса массы тела отмечалась тенденция к более частому развитию аменореи как в начале использования ЛНГ-ВМС, так и после 4–5 лет, в отличие от женщин с избыточной массой тела и ожирением. Таким образом, величину индекса массы тела следует учитывать при консультировании женщины и прогнозировании изменений характера менструального цикла.

Риск ВЗОМТ

Наряду с другими существует миф о росте частоты инфекций, передаваемых половым путем, и развитии ВЗОМТ при использовании ВМС. Действительно, такой риск существует на момент введения ВМС, но он снижается при адекватном обследовании женщины и нивелируется в течение последующих 20 дней. Результаты крупного исследования (22 908 введений ВМС; наблюдение 51 399 женщино-лет) выявили только 1,6 случая ВЗОМТ на 1 тыс. женщино-лет использования ВМС [41].

Женщину целесообразно информировать о том, что наличие ВЗОМТ в анамнезе не является противопоказанием для применения внутриматочного метода контрацепции. Согласно медицинским критериям приемлемости методов контрацепции Всемирной организации здравоохранения введение ВМС противопоказано только женщинам с текущим ВЗОМТ или пациенткам с очень высоким риском рецидивирующих инфекций, передаваемых половым путем [42].

Высокая экономическая рентабельность

В США проведено исследование, в котором оценивалась стоимость 16 разных методов контрацепции за пятилетний период [43]. Факторы, определяющие полную стоимость и экономическую выгоду от применения каждого контрацептивного метода, складываются из стоимости самого метода и затрат в случае наступления незапланированной беременности. Тремя наименее дорогостоящими методами были признаны медьсодержащая ВМС (647 дол. США), вазэктомия (713 дол. США) и ЛНГ-ВМС (930 дол. США).

Обратимость контрацепции – важнейшее преимущество LARC-методов

Необходимо информировать женщину, что контрацептивный эффект LARC-методов, в том числе ЛНГ-ВМС, полностью обратим. После их удаления частота наступления беременности в течение 1-го года составляет 79,1–96,4% [44], что сопоставимо с другими методами контрацепции [45, 46].

Рекомендации

Повышение приверженности выбранному методу контрацепции снижает риск наступления незапланированной беременности и аборт, которые в 1/2 случаев отмечаются в течение 6 мес, когда женщины меняют один метод контрацепции на другой [47]. В последнее время в англоязычной литературе предпочтение отдается термину «adherence», а не «compliance», различие между которыми

трудно уловить при переводе на русский язык. Первый термин в большей мере означает пассивное следование врачебным инструкциям, в то время как второй характеризует приверженность лечению, основанную на договоренности между врачом и пациентом и их полном взаимопонимании. Правильное консультирование, а именно снабжение женщины всей необходимой информацией, максимальное вовлечение ее в обсуждение и поддержка в правильности выбора являются ключевыми факторами, определяющими будущую приверженность конкретному методу контрацепции.

Заключение

Несмотря на убедительные доказательства, демонстрирующие многие преимущества внутриматочных средств контрацепции по сравнению с другими LARC-методами, малая осведомленность врачей и пациенток, необоснованные страхи в отношении неблагоприятных побочных эффектов и «сопротивление» отдельных клиницистов способствуют недостаточному использованию этих контрацептивных средств 1-го выбора, чрезвычайно эффективных и удобных в применении [18, 48].

Наряду с правильным консультированием нуждающихся в контрацепции женщин привлечение внимания средствами массовой информации к этой проблеме и расширение



Новый взгляд на введение Мирены®



- Мирена® помещается внутрь проводника просто при передвижении бегунка по направлению стрелки
- Мирена® расположена в упаковке в горизонтальном положении
- Нити уже зафиксированы в проводнике, нет необходимости их фиксировать дополнительно
- Форма бегунка и рукоятки стала более эргономичной
- Сантиметровая шкала теперь расположена с двух сторон

Мирена® с EvoИнserterом™

Мирена® (MIRENA®), Лекарственная форма: Внутриматочная терапевтическая система (ВМС) 20 мкг/24 часа. Одна внутриматочная терапевтическая система содержит 52 мг левоноргестрела, скорость высвобождения равна 20 мкг в сутки. **Показания к применению:** Контрацепция, идиопатическая менопауза, профилактика гиперплазии эндометрия при проведении заместительной терапии эстрогенами. **Противопоказания:** Беременность или подозрение на нее, имеющаяся или рецидивирующая воспалительная болезнь органов малого таза, инфекции нижних отделов мочеполового тракта, последовательный аборт, септический аборт в течение трех последних месяцев, цервицит, заболевания, сопровождающиеся повышенной восприимчивостью к инфекциям, дисплазия шейки матки, злокачественные новообразования матки или шейки матки, прогестерон-зависимые опухоли, в том числе рак молочной железы, патологическое маточное кровотечение неясной этиологии, врожденные или приобретенные аномалии матки, в том числе фибромиома, выходящая за пределы полости матки, острые заболевания или опухоли печени, повышенная чувствительность к компонентам препарата. **Побочное действие:** к наиболее часто встречающимся нежелательным эффектам относятся изменение объема кровотока (включая увеличение и уменьшение интенсивности кровотечений), мажущие кровянистые выделения, олигоменорея, аменорея, вульвовагинит, выделения из половых путей, инфекции органов малого таза, кисты яичников, дисменорея, боль в молочных железах, экспульсия ВМС (полная или частичная), кисты яичников, головная боль, боли в животе/боли в области малого таза, мигрень, боль в спине, подавленное настроение, депрессия, тошнота, акне, гирсутизм. **С осторожностью:** При перечисленных ниже состояниях Мирену следует применять с осторожностью, после консультации со специалистом. Следует обсудить целесообразность удаления системы при наличии или первом возникновении любого из перечисленных ниже состояний: мигрень, омега-ва мигрень с асимметричной потерей зрения или другими симптомами, указывающими на прокладку ишемии головного мозга, необычно сильная головная боль, желтуха; выраженная артериальная гипертензия; тяжелые нарушения кровообращения, в том числе инсульт и инфаркт миокарда. **Способ применения и дозы:** Мирена вводится в полость матки и остается эффективной в течение пяти лет. Мирену можно применять у женщин, получающих гормональную заместительную терапию, в сочетании с пероральными или трансдермальными препаратами эстрогена, не содержащими гестагенов. **Установка, удаление и замена внутриматочной системы:** Перед установкой Мирены женщину следует проинформировать об эффективности, рисках и побочных эффектах этой ВМС. Необходимо провести общее и гинекологическое обследование, включающее исследование органов малого таза и молочных желез, а также исследование мазка из шейки матки. Следует тщательно выполнять требования инструкции по установке Мирены. Женщину нужно повторно обследовать через 4–22 неделю после установки, а затем 1 раз в год или чаще при наличии клинических показаний. **Регистрационный номер:** П № 014834/01. Актуальная версия инструкции от 13.06.2013. **Производитель:** Байер ОА, Финляндия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

АО «Байер» 107113, Россия, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2
 Москва (495) 2311200 Санкт-Петербург (812) 3313600 Казань (843) 267 6127 Новосибирск (383) 222 1827 Ростов-на-Дону (863) 206 2047 Екатеринбург (343) 355 3176 Хабаровск (4212) 41 4229
Отдел оптовых продаж (495) 231 1210

Мирена®
Уверенность надолго

L.R.U. WH.12.2013.0318

ние работы с сайтами для пациенток и социальными сетями могут оказать существенную помощь в расширении числа пользователей LARC-методов. Это поможет снижению высокой частоты незапланированных беременностей и улучшению репродуктивного здоровья женщин [49]. Поскольку в США число незапланированных беременностей превышает показатели других развитых стран, ACOG разработала специальную программу по применению LARC-методов [50].

В последние годы наметилась четкая тенденция к росту числа женщин, сделавших свой выбор в пользу LARC-методов. Прогнозируется, что к 2020 г. их будут использовать около 57 млн женщин во всем мире [48]. Врачи нуждаются в достоверных сведениях, чтобы в ходе консультирования помочь пациенткам сделать правильный выбор метода контрацепции. А наилучший метод контрацепции – тот, который находится в гармонии с пожеланиями, предпочтениями и стилем жизни женщины. Надеемся, что такой метод с большей вероятностью будет использоваться наиболее корректно, длительно и успешно.

Литература

1. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38 (2): 90–6.
2. Kaye K, Suellentrop K, Sloup C. *The Fog Zone: how misperceptions, magical thinking, and ambivalence put young adults at risk for unplanned pregnancy*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy 2009.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2009*; <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2009/Main.html> 2010
4. Mosher WD, Martinez GM, Cbandra A et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982–2002. *Adv Data* 2004; 350: 1–36.
5. Nelson AL, Westhoff C, Schnare SM. Real-world patterns of prescription refills for branded hormonal contraceptives: a reflection of contraceptive discontinuation. *Obstet Gynecol* 2008; 112 (4): 782–7.
6. Wimmer B, Peipert JF, Zhao Q et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med* 2012; 366: 1998–2007.
7. NICE. *Implementation uptake report: Long-acting reversible contraception*. CG30 2010; guidance.nice.org.uk/cg30
8. Bajos N, Leridon H, Goulard H et al. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod* 2003; 18: 994–9.
9. Allen RH, Goldberg AB, Grimes DA. Expanding access to intrauterine contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201 (5): 456–61.
10. Leeman L. Medical barriers to effective contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34 (1): 19–29.
11. Jones R, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among US women having abortions in 2000–2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 294–303.
12. Smith JD, Oakley D. Why do women miss oral contraceptive pills? An analysis of women's self-described reasons for missed pills. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50: 380–5.
13. Grimes DA. Forgettable contraception. *Contraception* 2009; 80: 497–9.
14. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: *Hatcher RA, Nelson TJ, Guest F et al. Contraceptive technology*. 19th ed. NY: Ardent Media 2007; 747–826.
15. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1105–13.
16. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception* 2010; 82: 337–44.
17. Mavranezouli I. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. *Hum Reprod* 2008; 23: 1338–45.
18. Trussell J, Wynn LL. Reducing unintended pregnancy in the United States. *Contraception* 2008; 77: 1–5.
19. ACOG Committee on Gynecologic Practice; Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion No. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009; 114 (6): 1434–8
20. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update* 2010; 17 (1): 121–37.
21. ACOG Practice Bulletin No. 121: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 184–96.
22. Cleland K, Peipert JF, Westhoff C et al. Family planning as a cost-saving preventive health service. *N Engl J Med* 2011; 364 (18): e37.
23. Mansour D, Rosales C, Cox M. Women's awareness of long-acting, reversible contraceptive methods (LARCs) in community family planning clinics and general practice. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13: 396–9.

24. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007; 75 (Suppl. 6): S16–S30.
25. Hidalgo MM, Hidalgo-Regina C, Babamondes MV et al. Serum levonorgestrel levels and endometrial thick ness during extended use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2009; 80 (1): 84–9.
26. Lewis RA, Taylor D, Natavio MF et al. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cervical mucus quality and sperm penetrability. *Contraception* 2010; 82: 491–6.
27. Wilcox AJ, Weinberg CR, Armstrong EG, Canfield RE. Urinary human chorionic gonadotropin among intrauterine device users: detection with a highly specific and sensitive assay. *Fertil Steril* 1987; 47 (2): 265–9.
28. SPF Clinical guideline Use of the MirenaR LNG-IUS and Paragard™. CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010; 81: 367–71.
29. ACOG Committee opinion no. 392. December 2007: intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1493–5.
30. Yen S, Saab T, Hillard PJ. IUDs and adolescents – an under-utilized opportunity for pregnancy prevention. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23 (3): 123–8.
31. Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception* 2009; 79 (6): 418–23.
32. Stanwood NL, Bradley KA. Young pregnant women's knowledge of modern intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2006; 108 (6): 1417–22.
33. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 2008; 78 (3): 211–7.
34. Marions L, Lovkvist L, Taube A et al. Use of the levonorgestrel releasing intrauterine system in nulliparous women – a non-interventional study in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011; 16: 126–34.
35. Subonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception* 2004; 69 (5): 407–12.
36. Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A et al. Intrauterine contraception for adolescents aged 14–18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T380A. *Contraception* 2010; 81 (2): 123–7.
37. Heikinheimo O, Inki P, Schmelter T, Gemzell-Danielsson K. Bleeding pattern and user satisfaction in second consecutive levonorgestrel releasing intrauterine system users: results of a prospective 5-year study. *Hum Reprod* 2014; 29 (6): 1182–8.
38. Margolis MB, Ziemann M, Cohen J et al. The Myths and Facts of Intrauterine Contraception Bleeding Profiles. *OBG Management. The Female Patient* 2011 (Suppl. 1): 1–8.
39. Heliövaara-Peippo S, Hurskainen R, Teperi J et al. Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: a 10-year randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209 (6): 535–14.
40. Stoegerer-Hecher E, Kirchengast S, Huber JC, Hartmann B. Amenorrhea and BMI as independent determinants of patient satisfaction in LNG-IUD users: Cross-sectional study in a Central European district. *Gynecol Endocrinol* 2012; 28 (2): 119–24.
41. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; 339 (8796): 785–8.
42. World Health Organization, Department of Reproductive Health. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. (http://www.wbo.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html) 2010.
43. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes et al. Cost effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception* 2009; 79 (1): 5–14.
44. Sivin I, Stern J, Diaz S et al. Rates and outcomes of planned pregnancy after use of Norplant capsules, Norplant II rods, or levonorgestrel-releasing or copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166 (4): 1208–13.
45. Andersson K, Batar I, Rybo G. Return to fertility after removal of a levonorgestrel-releasing intrauterine device and Nova-T. *Contraception* 1992; 46 (6): 575–84.
46. Hov GG, Skjeldstad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility – follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception* 2007; 75 (2): 88–92.
47. Moreau C, Bouyer J, Bajos N et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009; 24 (6): 1387–92.
48. Cleland J. Contraception in historical and global perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23 (2): 165–76.
49. Kofinas JD, Varrey A, Sapra KJ et al. Adjunctive Social Media for More Effective Contraception Counseling A Randomized Controlled Trial *Obstet Gynecol* 2014; 123: 763–70.
50. Long Acting Reversible Contraception Program Welcome to the College's Long-Acting Reversible Contraception (LARC). Program web page; http://www.acog.org/About_ACOG/ACOG_Departments/Long_Acting_Reversible_Contraception