

Расширение использования внутриматочной системы Мирена: критерии приемлемости ВОЗ

И.С. Савельева, Ж.А. Городничева

ГУ Научный центр акушерства, гинекологии
и перинатологии РАМН, Москва

В 1994–1995. гг. Всемирной организацией здравоохранения был разработан новый подход к классификации приемлемости различных методов контрацепции. Этот подход позволил значительно укрепить и усовершенствовать доказательную базу для предоставления услуг и консультирования в области планирования семьи.

Предлагаемые критерии приемлемости по использованию различных методов контрацепции базируются на доказательных данных, суммирующих результаты множества исследований, проводимых по всему миру. Это, в свою очередь, помогает медицинским работникам квалифицированно оценивать возможности клиентов/пациентов использовать тот или иной метод контрацепции, улучшает качество медицинской помощи с точки зрения её безопасности, результативности и экономической эффективности.

Для большинства контрацептивов полученный набор доказательств классифицировался в соответствии с одним из трех типов:

- косвенные данные или теоретические предположения, основанные на исследованиях, проведенных на моделях животных, на лабораторных исследованиях у человека или на аналогичных клинических ситуациях;
- данные, полученные на основании изучения эффективности метода контрацепции для женщин, у которых отсутствует такое заболевание или состояние;
- данные, основанные на непосредственных исследованиях или наблюдениях при применении метода контрацепции женщинами с заболеванием или определённым состоянием.

Суть предлагаемой классификации заключается в оценке приемлемости конкретного метода/средства контрацепции в зависимости от наличия у женщин каких-либо специфических состояний. Категория приемлемости, в свою очередь, определяется путем оценки преимуществ или недостатков того или иного метода в конкретной ситуации. Медицинские критерии приемлемости основываются на этом подходе и преследуют цель создания определённого диапазона безопасности для защиты женщин от потенциального побочного действия контрацептивов.

Каждое заболевание/состояние определяется либо как набор индивидуальных характеристик (например, возраст, анамнез беременности), либо как ранее известное или диагностированное медицинское состояние (например, гипертензия, ИППП). Предложено классифицировать заболевания, влияющие на приемлемость использования

Таблица 1. Категории методов контрацепции

№ категории	Характеристика категории	Приемлемость метода
1	Заболевания/состояния, при которых нет ограничений к использованию метода	Метод может использоваться без ограничений
2	Заболевания/состояния, при которых преимущества от использования метода в целом превышают теоретический или подтвержденный риск	В целом метод применим
3	Заболевания/состояния, при которых теоретический или подтвержденный риск обычно превышает преимущества от использования метода	Применение метода обычно не рекомендуется, но возможно в тех случаях, когда этот метод наиболее подходящий
4	Заболевания/состояния, наличие которых делает применение метода недопустимо рискованным для здоровья	Метод не следует использовать

каждого метода контрацепции, по 4 категориям, представленным в табл. 1.

Благодаря появлению современных критериев многие из тех, кто ранее не пользовался тем или иным методом контрацепции, могут задуматься и пересмотреть свое отношение к нему. Принятые процедуры скрининга по контрацепции могут быть упрощены и сведены к минимуму, который необходим для гарантии безопасности предлагаемых услуг.

Результаты пересмотра действующих критериев приемлемости, с одной стороны, и полученные новые научные данные, с другой стороны, позволили сделать ряд выводов:

1. При многих заболеваниях не существует ограничений для применения любого из обсуждаемых методов контрацепции.

2. Многие критерии, которые раньше ограничивали применение ВМС, не применимы к современным типам и, в частности, к ЛНГ-ВМС Мирена.

3. Были пересмотрены возрастные категории. Если рассматривать только возрастной показатель, то преимущества, которые получает женщина, пользующаяся контрацепцией, в целом перевешивают гипотетический или уже доказанный риск.

4. Критерии приемлемости для женщин с различным характером вагинальных кровотечений были уточнены за счёт проведённой дифференциации между женщинами с нерегулярным менструальным циклом и женщинами, у которых вагинальные кровотечения имеют неясный характер. В целом, считается, что женщины с нерегулярным менструальным циклом могут пользоваться любым методом без ограничений. Женщины с нерегулярным циклом и обильными кровотечениями в основном могут применять методы контрацепции. Женщины с вагинальными кровотечениями неясной этиологии, которые можно связать с беременностью или патологией органов малого таза, например со злокачественными заболеваниями, в общем, не должны использовать методы контрацепции до тех пор, пока не будет установлена причина этих кровотечений.

5. Все методы проанализированы в свете существующей опасности передачи ИППП/ВИЧ. Особо отмечено, что лицам из группы риска ИППП всегда следует рекомендовать пользоваться презервативом в сочетании с другими методами контрацепции.

Таблица 2. Критерии приемлемости для использования ЛНГ-ВМС Мирена

Состояние	Категория		Комментарии
	начало	продолжение	
Персональные характеристики и репродуктивный анамнез			
Беременность	4		ВМС не должны применяться во время беременности из-за риска серьезных инфекций тазовых органов и септического самопроизвольного аборта
Возраст			
а) от менархе до 20 лет	2		
б) старше 20 лет	1		
Роды			
а) нерожавшие ранее	2		ДФ: Имеются противоречивые данные в отношении того, связано ли применение ВМС с бесплодием среди нерожавших женщин, хотя, по результатам последних тщательных исследований, увеличение риска бесплодия маловероятно
б) рожавшие	1		
После родов			
а) менее 48 часов	3		ДФ: Зафиксировано увеличение числа случаев выпадения ВМС при введении с некоторой задержкой после родов по сравнению с тем, когда ВМС вводятся сразу после родов, и при немедленном введении ВМС после родов по сравнению с тем, когда они вводятся через определённый интервал
б) от 48 часов до 4 недель	3		
с) более 4 недель	1		
д) послеродовой сепсис	4		
После аборта			
а) I триместр	1		ВМС можно вводить немедленно после самопроизвольного или индуцированного аборта I триместра. ДФ: Уровень риска развития осложнений не зависит от момента введения ВМС. Случаи выпадения наблюдались чаще, когда ВМС вводились после аборта во II триместре. Выбор вводимых после аборта ЛНГ-ВМС или Cu-ВМС не влияет на уровень безопасности или вероятности выпадения
б) II триместр	2		
с) сразу после септического аборта	4		
После внематочной беременности	1		
Хирургические вмешательства на органах малого таза в анамнезе	1		
Курение			
а) возраст менее 35 лет	1		
б) возраст старше 35 лет	1		
Ожирение			
Индекс массы тела более 30 кг/м²	1		
Невозможность определения АД	Н/П		Измерение АД не имеет прямого отношения к вопросам безопасности и эффективности применения ВМС
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)			
Множественные факторы риска развития ССЗ (немолодой возраст, курение, диабет и гипертония)	2		
Гипертония			
Для всех категорий гипертонии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития ССЗ. В случае, когда существует множество факторов риска, опасность ССЗ может существенно возрасти. Однократного измерения АД недостаточно для того, чтобы отнести женщину к категории гипертоников			
а) в анамнезе гипертония, при которой АД НЕ МОЖЕТ быть измерено	2		
б) адекватно контролируемая гипертония, когда АД МОЖНО измерить	1		
с) повышенное САД 140–159 и ДАД 90–99 мм рт. ст.	1		
САД > 160 или ДАД > 100	2		
д) заболевание сосудов	2		
Высокое АД во время беременности (в анамнезе)	1		
Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/Эмболия легочной артерии (ЛЭ)			
а) ТГВ/ЛЭ в анамнезе	2		
б) ТГВ/ЛЭ в настоящее время	3		
в) семейный анамнез ТГВ/ЛЭ	1		
д) радикальная хирургия с длительной иммобилизацией	2		
е) радикальная хирургия без длительной иммобилизации	1		
ж) «малая» хирургия без иммобилизации	1		
Выявленные тромбогенные мутации	2		Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры

Продолжение табл. 2			
Состояние	Категория		Комментарии
	начало	продолжение	
Тромбоз поверхностных вен			
а) варикоз вен	1		
б) поверхностный тромбофлебит	1		
Ишемическая болезнь сердца сейчас и ранее	2	3	
Инсульт (в анамнезе)	2		
Установленные гиперлипидемии	2		Регулярный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости процедуры
Поражение клапанов сердца			
а) без осложнений	1		При введении ВМС с целью профилактики эндокардита рекомендуются антибиотики
б) с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	2		
Неврологические состояния			
Головные боли			
а) немигренозные (средние или сильные)	Н	П	Следует выяснить причину любых новых головных болей или значительных изменений в характере прежних головных болей
б) мигрень без очаговой неврологической симптоматики	1	1	
в) мигрень, возраст до 35 лет	2	2	
г) мигрень, возраст старше 35 лет	2	2	
д) мигрень с очаговой неврологической симптоматикой в любом возрасте	2	3	
Эпилепсия	1		
Депрессивные расстройства	1		Классификация основывается на доказательных фактах, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по биполярному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Не исключена возможность лекарственного взаимодействия между определёнными антидепрессивными препаратами и гормональными контрацептивами
Инфекции и патология внутренних половых органов			
Характер вагинальных кровотечений			
а) нерегулярные, без больших кровопотерь	1	1	Необычайно сильные кровотечения должны вызывать подозрение на наличие серьёзной сопутствующей патологии. ДФ: Среди женщин с обильными или длительными кровотечениями применение ЛНГ-ВМС оказывало положительный эффект на лечение меноррагии
б) обильные или длительные кровотечения (регулярные и нерегулярные)	1	2	
Необъяснимые вагинальные кровотечения до обследования	4	2	Если подозревается беременность или другая патология (например, рак эндометрия), женщину необходимо обследовать, и категория должна быть определена после постановки диагноза. Перед обследованием нет необходимости удалять ВМС
Эндометриоз	1		ДФ: При применении ЛНГ-ВМС у женщин с эндометриозом отмечалось уменьшение дисменореи и болей в области малого таза
Доброкачественные опухоли яичников (включая кисты)	1		
Выраженная дисменорея	1		
Болезни трофобласта			
а) доброкачественные гестационные болезни трофобласта	3		
б) злокачественные гестационные болезни трофобласта	4		
Цервикальный эктропион	1		
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)	2		
Рак шейки матки (в ожидании лечения)	4	2	
Заболевания молочных желёз			
а) недиагностированное образование	2		
б) доброкачественная патология молочных желёз	1		
в) семейный анамнез рака	1		
д) рак молочной железы в настоящее время	4		
е) рак молочной железы в прошлом и без рецидивов в последние 5 лет	3		
Рак эндометрия	4	2	
Рак яичников	3	2	
Лейомиома матки			
а) без изменения полости матки	1		ДФ: У женщин с лейомиомой матки при применении ЛНГ-ВМС не отмечено признаков ухудшения состояния здоровья. Более того, у некоторых женщин наблюдалось ослабление симптомов и уменьшение размеров лейомиомы
б) с деформацией полости матки	4		

Продолжение табл. 2			
Состояние	Категория		Комментарии
	начало	продолжение	
Анатомические аномалии			
а) с деформацией полости матки (любая врождённая или приобретённая патология, несовместимая с введением ВМС)	4		
б) другие аномалии (стеноз или разрывы шейки матки), не деформирующие полость матки или не препятствующие введению ВМС	2		
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)			
а) ВЗОМТ в анамнезе с последующей беременностью	1	1	
б) ВЗОМТ в анамнезе без последующей беременности	2	2	
в) ВЗОМТ в настоящее время	4	2	Необходимо лечение ВЗОМТ с помощью антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их использование. Продолжение применения ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. ДФ: Среди использующих ВМС женщин, которые проходили лечение ВЗОМТ, в течении болезни не отмечено различий, обусловленных тем, удалены у них ВМС или оставлены
ИППП			
а) гнойный цервицит, хламидиоз или гонорея в настоящее время	4	2	Необходимо лечение ВЗОМТ с помощью антибиотиков. Как правило, нет необходимости в удалении ВМС, если пациентка желает продолжать их использование. Продолжение применения ВМС зависит от информированного выбора женщины, а также от факторов риска ИППП и ВЗОМТ, которым она подвержена в настоящее время. ДФ: Нет данных в отношении того, насколько введение ВМС женщинам с ИПП увеличивает риск ВЗОМТ, по сравнению с теми, которые ими не пользуются. Среди женщин, которым были введены ВМС, абсолютный риск последующего развития ВЗОМТ у женщин с ИППП на момент введения ВМС был невысоким, но выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения ВМС. Если женщина, в силу своих индивидуальных обстоятельств, имеет очень высокую вероятность подвергнуться заражению гонореей или хламидийной инфекцией, её состояние классифицируется как категория 3. ДФ: По результатам исследования с использованием алгоритма классификации уровней риска ИППП среди женщин, пользующихся ВМС, осложнения вследствие применения ВМС были отмечены у 11 % женщин, подверженных высокому риску ИППП, по сравнению с 5 % аналогичных случаев среди женщин, не отнесённых к категории повышенного риска
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатитов)	2	2	
в) вагинит (включая трихомониаз и бактериальный вагиноз)	2	2	
г) повышенный риск ИППП	2/3	2	
ВИЧ/СПИД			
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	2	2	ДФ: У женщин, подверженных высокому риску ВИЧ-инфекции, использование ВМС не повышает риск инфицирования. ДФ: В отношении использования ВМС имеются некоторые немногочисленные данные, свидетельствующие об отсутствии повышения риска общих осложнений или осложнений, связанных с инфекцией, при сравнении женщин, инфицированных и не инфицированных ВИЧ. Кроме того, у ВИЧ-инфицированных женщин применение ВМС не ведет к повышению риска передачи вируса половым партнёрам. Женщины, больные СПИД, при использовании ВМС должны быть полностью обследованы на наличие инфекционных заболеваний тазовых органов
ВИЧ-позитивные	2	2	
СПИД Эффективная антиретровирусная терапия	2	2	
Другие инфекции			
Шистоматоз			
а) без осложнений	1		
б) фиброз печени (если выраженный, см. цирроз)	1		
Туберкулёз			
а) не тазовый	1	1	
б) установленный тазовый	4	3	
Малярия	1		



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



Мирена

Внутриматочная гормональная система



- СОЧЕТАНИЕ
ПРЕИМУЩЕСТВ
НЕСКОЛЬКИХ МЕТОДОВ
КОНТРАЦЕПЦИИ
- МЕСТНОЕ ДЕЙСТВИЕ
ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛА,
МИНИМАЛЬНЫЕ
СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ
- УМЕНЬШЕНИЕ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ
И ИНТЕНСИВНОСТИ
МЕНСТРУАЦИЙ

К О Н Т Р А Ц Е П Ц И Я Х Х I В Е К А

- УДОБНАЯ
- ДОЛГОСРОЧНАЯ
- ОБРАТИМАЯ

www.mirena.ru



Горячая линия (495) 788 88 22
8 800 200 22 88 (звонок из регионов бесплатный)

ЗАО "АО ШЕРИНГ", полномочный представитель компании Bayer Schering Pharma в России www.schering.ru www.bayerscheringpharma.ru

Санкт-Петербург (812) 331 36 00	Екатеринбург (343) 355 31 76	Новосибирск (383) 222 18 97
Ростов-на-Дону (863) 295 05 14	Казань (843) 267 61 27	Хабаровск (4212) 41 42 29

Москва (495) 231 12 00 Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10 Аптечный склад ЗАО АО ШЕРИНГ (495) 231 49 56

Окончание табл. 2			
Состояние	Категория		Комментарии
	начало	продолжение	
Эндокринные заболевания			
Диабет			
а) во время беременности в анамнезе	1		
б) без поражения сосудов, инсулинонезависимые, инсулинозависимые	2		
в) нефропатия / ретинопатия / нейропатия	2		
г) другие сосудистые осложнения или длительность диабета более 20 лет	2		
Нарушения функции щитовидной железы			
а) простой зоб	1		
б) гипертиреоз	1		
в) гипотиреоз	1		
Желудочно-кишечные заболевания			
Болезни желчного пузыря			
а) с клиническими симптомами	2		
после холецистэктомии	2		
после медикаментозного лечения	2		
в настоящее время	2		
б) бессимптомные	2		
Холестаз в анамнезе			
а) связанный с беременностью	1		
б) связанный с применением КОК	2		
Вирусный гепатит			
а) активный	3		
б) носительство	1		
Цирроз			
а) легкий (компенсированный)	2		
б) тяжёлый (декомпенсированный)	3		
Опухоли печени			
а) доброкачественная (аденома)	3		
б) злокачественная (гепатома)	3		
Анемии			
Талассемия	1		
Серповидно-клеточная анемия	1		
Железодефицитная анемия	1		
Лекарственные взаимодействия			
Препараты, влияющие на ферменты печени			ДФ: По данным одного исследования, рифабутин, относящийся к тому же классу препаратов, что и рифампицин, не оказывает влияния на эффективность ЛНГ-ВМС
а) рифампицин	1		
б) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат)	1		
Антибиотики (исключая рифампицин)	1		
а) гризеофульвин	1		
б) другие антибиотики	1		
Антиретровирусная терапия (АРВ)	2/3	2	СПИД классифицируется как категория 3 при введении ВМС и как категория 2 при продолжении применения ВМС, если женщина не находится на продвинутой стадии АРВ-терапии, в случае чего и при введении, и при продолжении использования ВМС состояние классифицируется как категория 2

6. За исключением особо отмеченных в данном документе ситуаций, клинические и лабораторные диагностические тесты не считаются обязательными для безопасного использования методов контрацепции при условии, что правильно собран анамнез клиента.

Предлагаемые рекомендации (табл. 2) не являются жёсткими; они могут быть использованы и как справочное издание, и в качестве основы для оптимизации предоставления услуг по планированию семьи с учетом последних данных о безопасности ЛНГ-ВМС Мирена.

Дополнительные комментарии

Возраст
От менархе до 20 лет: не исключён риск выпадения ВМС у нерожавших, а также риск ИППП вследствие особенностей сексуального поведения молодежи.

Роды
Не рожавшие ранее имеют повышенный риск выпадения ВМС.

После родов
Менее 48 часов, от 48 часов до 4 недель, более 4 недель: вероятность того, что при использовании ЛНГ-ВМС новорождённый может подвергаться риску воздействия стероидных гормонов в течение первых 6 недель после родов, такая же, как и при применении других чисто прогестиновых контрацептивов. Послеродовой сепсис: введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

После аборта
Сразу после септического аборта введение ВМС может существенно ухудшить состояние.

После внематочной беременности
Абсолютный риск внематочной беременности очень низок в силу высокой эффективности ВМС.

Однако если при применении ВМС оплодотворение все-таки происходит, относительная вероятность внематочной беременности повышается.

Гипертензия

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела на липиды.

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) / лёгочная эмболия (ЛЭ)

Некоторые прогестины могут повышать риск развития венозного тромбоза, но в гораздо меньшей степени, чем при применении КОК.

Ишемическая болезнь сердца сейчас или ранее

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела на липиды.

Инсульт

Теоретически не исключено влияние левоноргестрела на липиды.

Головные боли

Аура является специфическим очаговым неврологическим симптомом.

Характер вагинальных кровотечений

Применение ЛНГ-ВМС нередко вызывает изменения в менструальных циклах. Со временем у женщин, пользующихся ЛНГ-ВМС, возрастает вероятность наступления аменореи, поэтому этот вид контрацепции иногда может быть показан для коррекции меноррагий.

Выраженная дисменорея

Применение ЛНГ-ВМС способствует уменьшению дисменореи.

Болезни трофобласта

Существует повышенный риск перфорации, поскольку для лечения таких заболеваний может потребоваться многократное проведение кюретажа матки.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН)

Теоретически существуют некоторые опасения, что применение ЛНГ-ВМС может стимулировать прогрессирование ЦИН.

Рекомендуемая литература

1. Cramer D.W. et al. Tubal infertility and the intrauterine device // *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941–7.
2. Daling J.R. et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device // *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937–41.
3. Daling J.R. et al. The intrauterine device and primary tubal infertility // *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203–4.
4. Delborge W. et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system // *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24–30.
5. Doll H., Vessey M., Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception // *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304–14.
6. Hubacher D. et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women // *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561–7.
7. Skjeldstad F.E., Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375) // *Advances in Contraception*, 1987, 3:139–45.
8. Urbach D.R. et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility // *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566–71.
9. Wilson J.C. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391–6.

10. Brenner P.F. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion // *Contraception*, 1983, 28:135–47.
11. Chi I.C., Wilkens L., Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D. and Copper T. IUDs and their counterpart Delta devices—an epidemiological analysis // *Contraception*, 1985, 32:119–34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital // *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253–62.
13. Grimes D. et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Systematic Reviews, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C. et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa // *Contraception*, 1996, 53:17–21.
15. Thiery M. et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands // *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51–3.
16. Thiery M., Delbeke L., Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion // *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27–35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloop 250 in two randomized multicentre trials // *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113–28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7 // *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99–108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7 // *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109–14.
20. El Tagy A. et al. Safety and acceptability of post-abortion IUD insertion and the importance of counseling // *Contraception*, 2003, 67:229–34.
21. Gillett P.G. et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion // *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121–4.
22. Grimes D., Schulz K., Stanwood N. Immediate postabortion insertion of intrauterine devices [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
23. Gupta I., Devi P.K. Studies on immediate post-abortion copper "T" device // *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736–9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women // *Contraception*, 2001, 63:315–7.
25. Pakarinen P., Toivonen J., Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up // *Contraception*, 2003, 68:31–4.
26. Stanwood N.L., Grimes D.A., Schulz K.F. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence // *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168–73.
27. Suvisaari J., Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortion insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system // *Contraception*, 1996, 54:201–8.
28. Timonen H., Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception* // 1974, 9:153–60.
29. Tuveng J.M., Skjeldstad F.E., Iversen T. Postabortion insertion of IUD // *Advances in Contraception*, 1986, 2:387–92.
30. Zhang P.Z. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai – 856 cases // *Contraception*, 1980, 22:561–71.
31. Barrington J.W., Arunkalaivanan A.S., Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia // *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2003, 108:72–4.
32. Hurskainen R. et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial // *Lancet*, 2001, 357:273–7.
33. Istre O., Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection // *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304–9.
34. Lethaby A.E., Cooke I., Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding // *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD002126.

35. Stewart A. et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review // BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001, 108:74–86.
36. Fedele L. et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis // Fertility & Sterility, 2001, 75:485–8.
37. Vercellini P. et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study // Fertility & Sterility, 1999, 72:505–8.
38. Fedele L. et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device // Fertility & Sterility, 1997, 68:426–9.
39. Grigorieva V. et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas // Fertility & Sterility, 2003, 79:1194–8.
40. Mercurio F. et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia // Contraception, 2003, 67:277–80.
41. Wildemeersch D., Schacht E., Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study // European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2001, 6:192–8.
42. Wildemeersch D., Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study // European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology, 2002, 102:74–9.
43. Wildemeersch D., Schacht E., Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study // Contraception, 2002, 66:93–99.
44. Wildemeersch D., Schacht E., Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women // Maturitas, 2003, 44:237–45.
45. Larsson B., Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease // Contraception, 1977, 15:143–9.
46. Soderberg G., Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis // Contraception, 1981, 24:137–43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease // Annals of Medicine, 1989, 21:63–5.
48. Faundes A. et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis // Contraception, 1998, 58:105–9.
49. Ferraz do Lago R. et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections // Contraception, 2003, 68:105–9.
50. Morrison C.S. et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates // Contraception, 1999, 59:97–106.
51. Pap-Akeson M. et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity // British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1992, 99:676–9.
52. Sinei S.K. et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion // British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1990, 97:412–9.
53. Skjeldstad F.E. et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection // Contraception, 1996, 54:209–12.
54. Walsh T.L. et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial // Contraception, 1994, 50:319–27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples // BMJ, 1992, 304:809–13.
56. Carael M. et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa // AIDS, 1988, 2:201–5.
57. Kapiga S.H. et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1994, 7:301–9.
58. Kapiga S.H. et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania // AIDS, 1998, 12:75–84.
59. Mann J.M. et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire // AIDS, 1988, 2:249–54.
60. Martin H.L., Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 // Journal of Infectious Diseases, 1998, 178:1053–9.
61. Mati J.K. et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya // International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 1995, 48:61–7.

Около 30 % новорожденных появляются на свет из-за случайности

Исследователи из Эдинбурга установили, что каждый третий ребенок появляется на свет случайно: либо из-за не принятой вовремя противозачаточной таблетки, либо всему виной порвавшийся презерватив. И как говорят специалисты, в непредвиденном случае женщины часто надеются на авось, пренебрегая мерами экстренной контрацепции.

Почти 60 % беременных шотландок, поступивших в родильное отделение Новой королевской больницы Эдинбурга, сознательно забеременели, около 10 % вовсе не планировали заводить детей, и примерно 25 % заявили о том, что хотя они и не собирались забеременеть, но уж так получилось.

Молодые мамы чаще всего говорят, что беременность – ошибка, и лишь 10 % «ошибочно» забеременевших пытались воспользоваться экстренными контрацептивами: «Необходимо найти новые способы обучения женщин как избежать риска беременности при отсутствии контрацепции или при неправильном ее применении», – говорят исследователи.

Среди тех, кто решился на аборт, лишь 25 % забеременели из-за того, что во время секса они не использовали никакой контрацепции, но большая часть опрошенных «пострадала» из-за порвавшегося презерватива или пропущенного приема противозачаточных таблеток.

«Следует убедить женщин, не планирующих заводить детей, использовать методы контрацепции длительного воздействия (например, имплантаты), эффективность которых не зависит от точного соблюдения инструкций», – убеждены ученые.

Несмотря на достижения современной медицины, женщины продолжают сознательно идти на риск нежелательной беременности, потому что панически боятся противозачаточных таблеток. Причём большей частью здесь виноваты СМИ – как только начинается очередная «паника» вокруг гормональной контрацепции, как число «залетевших» молодых женщин увеличивается.

Директор женского консультационного центра Brook Саймон Блейк говорит, что сокращению нежелательных беременностей поспособствует просвещение молодых мужчин в сфере контрацепции: «Молодые люди – половина проблемы и половина решения».

Россия-Он-Лайн