

Современная женщина и индивидуальный подход к выбору метода контрацепции

Н.В. АГАНЕЗОВА,

к.м.н.

Санкт-Петербургская
Медицинская академия
последипломного
образования

Предохранение от нежелательной беременности направлено на снижение количества искусственных абортс и связанных с ними возможных дальнейших нарушений в репродуктивной сфере женщин. Несмотря на ощутимый прогресс в работе по планированию семьи, проблема большого количества искусственных прерываний беременности является актуальной для России.

Показатель количества искусственных абортс на каждую 1000 женщин фертильного возраста в России остается одним из самых высоких в мире и составляет 33,3 (2007) (19, 20). Вопросы, решаемые в сфере планирования семьи, являются важным аспектом профилактического направления медицины и, в частности, сохранения репродуктивного здоровья женщины. Некоторые методы контрацепции оказывают защитное действие в отношении ряда соматических заболеваний, а также имеют дополнительные лечебные эффекты.

Варианты существующих возможностей предохранения от беременности разнообразны. Используются как гормональные (кольцо, пластырь, КОК, внутриматочная гормональная рилизинг-система), так и негормональные (металлосодержащие ВМС, барьерные, естественные, стерилизация) методы контрацепции. Консультирование по вопросу предохранения от нежелательной беременности заключается в формировании у пациентки (или пары) добровольного сознательного информированного выбора метода

контрацепции с позиций надежности, безопасности, приемлемости в каждом индивидуальном случае. На выбор метода контрацепции влияет большое количество факторов, связанных как с самой пациенткой (медицинский статус, психосоциальные особенности, собственные предпочтения, контрацептивный опыт, наличие ложных страхов и т.д.), так и с характеристиками метода контрацепции (режим применения контрацептивного средства, простота использования, наличие побочных эффектов, стоимость, доступность и т.д.). Предоставляя информацию о методах контрацепции, врач может помочь женщине преодолеть множество мифов и предрассудков, а также выберет эффективное средство контрацепции с высокими шансами правильного (корректного) применения контрацептива.

В настоящее время требования к эффективному консультированию по вопросам планирования семьи возросли в связи с изменением социального статуса женщины в обществе, усилением информационных потоков, расширением спектра методик контрацепции. Учет психосоциальных характеристик необходим для обеспечения индивидуального подхода к консультированию конкретной женщины по вопросам выбора метода контрацепции.

Роль женщины в современном мире, а также ее жизненные приоритеты существенно отличаются от таковых 20-30 лет назад. Для современной женщины стали чрезвычайно важны образование и карьера. По данным Организации экономи-

ческого сотрудничества и развития (ОЭСР), в 19 из 30 входящих в ОЭСР стран число женщин, получивших высшее образование в возрастной группе 25-34 года, более чем в 2 раза превысило аналогичный показатель в возрастной группе 55-64 года (20). В 21 из 27 входящих в ОЭСР стран число окончивших университет женщин такое же, как и число выпускников мужского пола, либо даже превышает его. По мнению А. Webb (2002), больше всего женщины хотят установить хорошие отношения с окружающими их людьми (13). Они стремятся, чтобы их ценили, уважали, понимали, чтобы их интеллектуальные ресурсы были востребованы. Женщины хотят быть частью чего-то большого и важного. Все чаще в связи с желанием закончить учебу и найти престижную работу срок первых родов приходится на возраст, близкий к 30 годам, после 30 лет. Очевидно, что существует достаточно большой временной отрезок, когда женщины, ведущие активную половую жизнь, не планируют рожать детей. Таким образом, задача консультанта учесть данную современную особенность и помочь выбрать высоконадежный, обратимый и безопасный метод контрацепции на этот период времени, не вдаваясь в рассуждения, основанные, возможно, на иных взглядах на жизнь («лучше рожать раньше», «карьера никуда не денется», «у всех в этом возрасте уже...» и т.д.).

В настоящее время вопрос планирования семьи все чаще зависит от отношений с половым партнером, причем как с психосоциальной, так

и с медицинской точки зрения. Сам характер отношений с партнером (официальный брак, гражданский брак, «гостевой» брак, случайные связи т.д.) может влиять на выбор контрацепции. Кроме того, вопросы деторождения все чаще обсуждаются в партнерском тандеме (независимо от формы проживания), на выбор метода контрацепции может влиять мнение мужчины. Бывает, что женщина, несмотря на собственные приоритеты, останавливает выбор на методе предохранения от нежелательной беременности, который отвечает пожеланиям полового партнера. Учет данных обстоятельств способствует повышению эффективности консультирования. Существенное значение, безусловно, имеют постоянство и регулярность сексуальных отношений с партнером, наличие более одного полового партнера. С точки зрения сохранения репродуктивного здоровья эти обстоятельства обуславливают непреходящую актуальность рекомендации по использованию средств контрацепции (в том числе в качестве дополнительных), обеспечивающих защиту от инфекций, передающихся половым путем. Таким образом, статус отношений в паре – фактор, который необходимо учитывать для индивидуализации консультирования по вопросам планирования семьи.

Одной из особенностей современной жизни является широкий доступ к информационным ресурсам. Женщины прибегают к поиску информации, позволяющей улучшить качество их жизни; принимают участие в жизни социальных сетей для обмена знаниями, опытом и оказания поддержки друг другу (например, блоги, чаты); широко используют интернет-ресурсы (Weiss E, et al., 2003) (18). Последние позволяют получить сравнительно простой и удобный доступ к информационным ресурсам по всему миру, являются основным источником информации о здоровье среди женщин, открывают широкие коммуникативные возможности для женщин по поводу заботы о своем здоровье (14). Однако, несмотря на информированность современной женщины, остается открытым вопрос о каче-

стве и достоверности полученной информации, в том числе вопроса контрацепции. Нередко у пациентов формируются ложные представления о том или ином методе предохранения нежелательной беременности только потому, что кто-то в интернет-форуме поделился своим не слишком удачным опытом или высказал свои бытовые суждения. Л. Сперофф, Ф.Д. Дарни (2009) отмечают, что основной проблемой в США является преобладание неправильного представления о контрацепции даже среди хорошо образованных женщин (2). Задача консультанта выявить: степень и качество информированности женщины по вопросам планирования семьи, страхи/предубеждения (нередко ложные), сомнения по поводу эффективности метода и его влияния на здоровье, удовлетворенность предшествующим опытом использования контрацепции (если он есть). После выяснения потребностей дать понятную информацию о современных методах контрацепции.

Индивидуальный подход к консультированию по вопросам планирования семьи включает в себя оценку жизненного периода женщины на момент консультирования. В различные моменты жизни существуют разные потребности в тех или иных средствах контрацепции. В начале сексуальных отношений нередко предпочитают использование ситуативной контрацепции (например, презерватив) (9). Частота использования презервативов снижается при возрастании частоты использования оральных контрацептивов (особенно с постоянным партнером). Частое использование презервативов характерно при нерегулярных отношениях, вне зависимости от применения гормональной контрацепции. Потенциальный риск заражения инфекциями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией, обуславливает более лояльное и доброжелательное отношение к презервативам (2, 9).

Не менее деликатным считается вопрос консультирования девушки-женщины в такой жизненный период, как подростковый. Основными

требованиями к контрацепции для девушек-подростков являются: безопасность (отсутствие негативного воздействия на организм), надежность, обратимость и защита от ИППП. Подростки, как правило, не имеют серьезных проблем со здоровьем, но имеют ряд социально-психологических особенностей: высокие требования к приемлемости метода контрацепции (нежелание мириться с побочными эффектами), цене, конфиденциальности метода и т.д. Кроме того, подросткам необходимо мотивировать использовать средства защиты от инфекций, передающихся половым путем, и особо акцентировать внимание на соблюдении режима применения метода. Зачастую подростки недостаточно дисциплинированы, поэтому эффективное использование методов, требующих ежедневного приема препаратов, не всегда возможно. Более подходящим будет средство с ежемесячным режимом применения. Существенная информированность современных подростков сочетается с отсутствием контрацептивного опыта и достаточного опыта сексуальных отношений. Уважительное отношение, чрезвычайно корректные формулировки, доверительная обстановка – необходимые характеристики консультирования по вопросам планирования семьи, особенно важные при консультировании подростков. Цена аборта при отсутствии контрацепции или неправильном ее использовании в подростковом возрасте может быть слишком высока.

Особым жизненным периодом женщины является послеродовой период. Риск беременности присутствует у женщин в период грудного вскармливания даже при отсутствии менструаций (возникновение беременности у 0-7,5% женщин); имеет место снижение количества грудного молока и ухудшения его качества при использовании эстрогенсодержащих препаратов (7). Поэтому консультант должен сосредоточиться в этот период на информации о препаратах, содержащих только прогестин (например, Чарозетта®), или на негормональных методах контрацепции. ➡

Со временем возможны изменения потребности в контрацептивных средствах. При достижении поставленных целей (завершение образования, устройство карьеры или установление долговременных отношений с партнером) наиболее популярным и часто используемым методом контрацепции в различных группах женщин в мире является гормональная (чаще оральная) контрацепция (9). При окончательном формировании стиля жизни, выполнении репродуктивных планов замужние женщины по всему миру отдают предпочтение стерилизации. Переход на долговременную контрацепцию (ВМС, стерилизацию) наиболее распространен среди замужних женщин старше 35 лет. В то время как одинокие женщины предпочитают презервативы и оральные контрацептивы (9).

Женщины после 35 лет требуют особого внимания консультанта при выборе средства предохранения от беременности. В данном случае, более чем ранее, на выбор метода контрацепции, помимо всего прочего, в большей степени, чем ранее, влияют особенности состояния здоровья женщины, которые требуют тщательной оценки. В этом случае тесно переплетаются психосоциальные и медицинские аспекты консультирования по вопросам планирования семьи. При консультировании такой пациентки (после 35 лет) специалисту крайне важно выбирать максимально корректные формулировки, избегая определений «старший возраст», «пожилая женщина». Успешная, социально реализованная, уважаемая, ухоженная женщина, которая, безусловно, чувствует себя молодой, может просто не захотеть решать вопросы по выбору или смене метода контрацепции с консультантом, который назвал ее «женщиной пожилого или старшего репродуктивного возраста». Более того, пациентка может не захотеть решать данные вопросы с медработником. Некомпетентное самостоятельное решение вопроса контрацепции или отказ от использования предохранения от нежелательной беременности может привести к риску для здоровья. Это может быть использование не-

безопасных средств контрацепции, обращение для выполнения искусственного аборта.

Профессиональный консультант всегда учитывает индивидуальные характерологические особенности женщины. Если пациентка готова использовать комбинированные контрацептивы, но сомневается, какому режиму отдать предпочтение, возможно, решающим будет индивидуальный стиль жизни женщины. Активная, занятая бизнес-леди или творческая личность с нестабильным графиком работы, нередко забывающая обычные мелочи, вряд ли успешно будут использовать оральные контрацептивы, требующие ежедневного четкого приема. Таким женщинам, скорее всего, подойдет ежесуточный, влагалитный режим использования эстрогенгестагенного препарата (влагалитная рилизинг-система НоваРинг).

Наоборот, ответственная офисная служащая или домохозяйка могут выбрать любой, в том числе ежедневный, режим применения комбинированных контрацептивов. Полезно после инструктирования снабдить женщину памяткой, листовкой об особенностях применения средства контрацепции и мерах при нарушениях режима его использования. Акцент в отношении режима применения комбинированных и чисто прогестинных оральных контрацептивов важен. Нарушения правил приема этих контрацептивных средств приводят к незапланированной беременности, причем женщины об этом не всегда задумываются. По данным I. Lete и соавт. (2008), по сообщению самих женщин в Европе и США иногда или часто пропускают прием таблетки 50% женщин, около 55% женщин иногда или часто принимают таблетку позже. Несвоевременное наложение/удаление пластыря (иногда или часто) отмечают 28-30% пациенток (8). Меньше всего сообщений о несвоевременном введении/удалении влагалитного кольца: только 16-18% женщин сообщили об этом, причем никто не отметил, что это бывает часто, все использовали формулировку иногда. Очевидно, что индивидуальный подход к консультированию пред-

полагает учет характерологических особенностей женщины и в отношении предпочтений режима использования контрацептивов.

Профессор Йоханнес Хюбер, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии (отделение гинекологии, эндокринологии и репродуктивной медицины, Венский Университет (2009)), рассматривает характеристики женщины, включающие социальные и культурные особенности: язык, религию, цели (карьера, путешествия, образование), характер отношений с партнером (стабильные отношения, постоянная смена партнеров, начало половой жизни, кризис отношений, отсутствие отношений), жизненный период (подростковый, послеродовой период, перименопауза), как одну из сторон контрацептивного треугольника (6). Его необходимо построить в каждом случае индивидуально, чтобы процесс консультирования был завершенным и максимально эффективным.

Другой стороной условного контрацептивного треугольника является учет статуса, профиля женщины с точки зрения выбора контрацептивного метода (6). Данная сторона включает субъективный и объективный аспекты. Субъективная часть отражает пожелания женщины, ее ценности, взгляды, принципы в отношении метода предохранения от нежелательной беременности. Современная женщина приветствует простоту и невысокую стоимость способа предупреждения нежелательной беременности, отсутствие вмешательства в половой акт, высокую надежность, отсутствие непредвиденных кровотечений, обратимость эффекта. Thompson (2006) приводит данные опроса, в котором приняли участие 1117 жительниц США (12). В данном опросе были выявлены характеристики, которые ожидают женщины от контрацептивного средства. Рейтинг необходимых характеристик контрацептивного средства был следующим: невысокая стоимость (97%), минимальное количество побочных эффектов (94%), простота использования (94%), регуляция цикла (92%), отсутствие ежедневного приема (90%), эффективность при низкой дозе гормонов (88%),



Однажды попробовав НоваРинг®, ОНА БУДЕТ ВЕРНА ЕМУ



НоваРинг® для Женщины:

- Один на месяц - удобство, с которым не сравнится ни одна таблетка²
- 99% эффективность³
- Простота и удобство в использовании^{2,3,5,7}
- Минимальная доза гормонов²
- Отличный контроль цикла⁴

Женщины, использующие НоваРинг®,
в два раза БОЛЬШЕ удовлетворены,
чем женщины, использующие КОК¹

НоваРинг® для Врача:

- Единственный ежемесячный контрацептив
- Высокий уровень соблюдения режима использования⁶
- Минимум побочных эффектов⁷
- Низкий процент отказа⁵

НоваРинг®

Состав и действие: НоваРинг® ежедневно выделяет 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела. **Показания:** контрацепция. **Противопоказания:** тромбоз в настоящее время и в анамнезе, тяжелые заболевания печени, опухоли печени, мигрень, сопровождающаяся неврологической симптоматикой, гормонозависимые злокачественные опухоли, аллергия к любому из компонентов НоваРинга, беременность, период лактации, влагалищное кровотечение неясной этиологии, диабет с сосудистыми осложнениями. **Побочные эффекты:** в редких случаях возможны такие побочные эффекты, как тошнота, изменения массы тела, нагрубание молочных желез, изменения настроения. Эти явления могут появиться в первые месяцы приема и обычно проходят сами собой. **Режим применения:** одно кольцо рассчитано на один цикл. В течение трех недель НоваРинг® находится во влагалище, затем он удаляется и делается 7-дневный перерыв. После 7-дневного перерыва вводится следующее кольцо. **Как начать применение:** если женщина не пользовалась гормональной контрацепцией, она должна ввести НоваРинг® с 1 по 5 день менструации. При этом в течение первых 7 дней первого цикла применения НоваРинга необходимо использовать презерватив. В следующих циклах нет необходимости в дополнительной контрацепции.

Литература

1. Schafer JE, Osborne LM, Davis AR, Westhoff C. Acceptability and satisfaction using Quick Start with the contraceptive vaginal ring versus an oral contraceptive. *Contraception*, 2006; 73:488-492.
2. Прилепская В.Н. и соавт. Эффективность и приемлемость применения контрацептивного кольца НоваРинг® в клинической практике. *Акушерство и гинекология*, №6, 2006, стр. 54-57
3. Ahrendt H-J et al. Efficacy, acceptability of the combined contraceptive ring, NuvaRing® compared with an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Contraception*, 2006; 74:451-457.
4. Milsom I et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 mg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2304-2311
5. Lete I. et al. Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*, 2008; 77: 276-282.
6. Bjarnadottir et al. Comparison of cycle control with the contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinylestradiol. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:389-395.
7. Novak A, de la Goe C, Abetz L, van der Meulen EA The combined contraceptive vaginal ring NuvaRing: an international study of user acceptability. *Contraception* 2003; 67: 187-94

 Schering-Plough

ООО «Шеринг-Плау»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2
тел.: +7 (495) 916-71-00, факс: +7 (495) 916-70-94

Ru.08.NR.15 12/08.

НОВАРИНГ® 
15 мкг этинилэстрадиола/
120 мкг этоноргестрела в сутки

Рисунок 1. Таблица оценки пациентки для гормональных методов контрацепции (выявление противопоказаний)

ФИО _____
 Полных лет _____
 Домашний адрес _____
 Телефон _____
 Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение вам подходит (соответствует вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «да» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение вам не подходит, заполните строчку в столбце «нет».

Если утверждение вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у вашего врача.

От правильности и достоверности данных вами сведений зависит, прежде всего, безопасность выбранного метода контрацепции.

№	Утверждения	Да	Нет
1	Вам 35 лет и более, вы курите		
2	Вы кормите ребенка грудью, и прошло менее 6 мес. после последних родов		
3	Вы не кормите ребенка грудью, но после последних родов прошло менее 3 недель		
4	Ваше артериальное давление (АД) более 140/90 мм рт.ст. (т.е. у вас гипертоническая болезнь)		
5	Инфаркт, ИБС (ишемическая болезнь сердца) в анамнезе		
6	У вас был ранее инсульт (кровоизлияние в головной мозг)		
7	Заболевания клапанного аппарата сердца (легочная гипертензия, бактериальный эндокардит в анамнезе и т.д.)		
8	Сильные головные боли (мигрени) с нарушением зрения		
9	Сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, и вам 35 лет и более (оба условия д.б. одновременно)		
10	У вас были ранее тромбозы глубоких вен и/или тромбозы легочной артерии		
11	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), прошло менее 3 мес. после выздоровления		
12	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), показатели работы печени не в норме (вы сдаете анализы и наблюдаетесь у терапевта, гепатолога или инфекциониста)		
13	Цирроз печени		
14	Любые опухоли печени		
15	У вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые вас беспокоят и требуют приема лекарств		
16	У вас была желтуха при использовании гормональных противозачаточных средств ранее		
17	Сахарный диабет (длительность более 20 лет и/или наличие сосудистых осложнений и/или поражение почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
18	Рак молочной железы ранее и/или в настоящее время		
19	Вы принимаете противосудорожные (фенитоин, карбамазепин, барбитураты и др.) или противотуберкулезные (рифампицин) препараты		
20	У вас при специальном обследовании когда-либо были выявлены генные мутации (изменения генов), свидетельствующие о вероятности повышенного свертывания крови (мутация фактора V Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина С и S, недостаточность антитромбина)		

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю:

Подпись пациентки _____
 (расшифровка подписи _____)
 Подпись врача/медсестры _____
 Дата заполнения: _____

стабильное поступление гормонов в организм (87%), улучшение состояния кожи (84%), ежемесячный прием (86%), еженедельный прием (73%), ежедневный прием (40%). Учет пожеланий женщины способствует повышению мотивации консультирования.

Объективный аспект оценки профиля женщины включает определение рисков для здоровья в связи с выбором метода контрацепции.

Консультант выявляет противопоказания к методу контрацепции (на основании медицинских критериев приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004), оценивает объективные показатели; по необходимости рекомендует дополнительное обследование.

Общие противопоказания по применению комбинированных контрацептивов включают: наличие венозной тромбозной патологии в анам-

незе, заболевания коронарных сосудов, сосудов головного мозга, рак молочной железы, мигрени с неврологической симптоматикой, курение в возрасте старше 35 лет, стойкую артериальную гипертензию и некоторые другие (3). Кроме того, Американский колледж акушерства и гинекологии (АКАГ) предостерегает, что женщины старше 35 лет, имеющие индекс массы тела более 30, должны избегать приема эстрогенсодержащих контрацептивов (КОК, пластырь и кольцо) (14). Для таких женщин, в случае потребности в краткосрочных методах контрацепции, предпочтение нужно отдавать методам с применением прогестагенной контрацепции (прогестагенсодержащие оральные контрацептивы – Чарозетта®) или внутриматочным средствам.

Особое внимание уделяется состоянию здоровья женщин старшего репродуктивного возраста. В том случае, если у женщин после 35 лет нет противопоказаний к комбинированным гормональным контрацептивам, и выбран именно этот метод предпочтение необходимо отдавать средству с минимальной гормональной нагрузкой, особенно по эстрогенному компоненту (влагалищное контрацептивное кольцо). При использовании влагалищной релизинг-системы уровень циркулирующего эстрогена, определенный на основании анализа площади под кривой концентрация-время (AUC), составляет лишь половину того, что наблюдается при употреблении комбинированных контрацептивов (16). Исследования по продленному использованию вагинального кольца показали, что его непрерывное использование в течение 12 мес. безопасно и эффективно (17), что может способствовать его более постоянному применению.

Популярность влагалищного контрацептивного кольца продолжает увеличиваться, так как все больше женщин открывают для себя простоту его использования, низкую частоту побочных явлений, а также хороший контроль цикла (15). Наличие образца кольца в кабинете врача может способствовать повышению к нему интереса со стороны

пациенток. Женщинам необходимо показать, что кольцо не вызывает дискомфорта, что оно остается на месте, а также то, что они сами могут легко вводить и удалять кольцо.

Учитывая, что медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (в том числе комбинированные контрацептивы) достаточно многочисленны, для повышения безопасности использования метода и для более продуктивной работы удобно использовать различные оценочные таблицы, которые может заполнять и консультант, и сама пациентка (см. рисунки 1, 2) (1).

В данный опросник (см. рисунок 1) включены абсолютные (ВОЗ, 2004, категория IV) и относительные (ВОЗ, 2004, категория III) противопоказания к использованию комбинированных гормональных контрацептивов.

Если пациентка отвечает отрицательно на все утверждения таблицы (рисунок 1) и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу.

Ответ положительный исключает возможность использования комбинированных контрацептивов.

Необходимо помнить, что наличие у пациентки сочетанных факторов сердечно-сосудистых заболеваний (возраст 40 лет и более, ожирение (ИМТ > 30), диабет, гипертензия) в количестве 2 и более также являются противопоказанием при назначении комбинированных контрацептивов.

В следующий опросник (см. рисунок 2) включены состояния, относящиеся к категории II (ВОЗ, 3-й пересмотр, 2004), к использованию комбинированных гормональных контрацептивов.

Если пациентка отвечает отрицательно на все утверждения таблицы (рисунок 2) и она не беременна, можно переходить к консультированию по конкретному методу и выбору контрацептивного средства. При этом требуется обследование из категории min (Приказ № 50 МЗ РФ, 2003).

Ответ положительный предусматривает необходимость дополнительных обследований из категории max (Приказ № 50 МЗ РФ, 2003) по усмотрению врача. ➡

Рисунок 2. Таблица оценки пациентки для гормональных методов контрацепции (необходимость дополнительных обследований, консультирования или наблюдения при использовании метода контрацепции)

ФИО _____
 Полных лет _____
 Домашний адрес _____
 Телефон _____
 Дата заполнения _____

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение вам подходит (соответствует вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «да» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «нет».

Если утверждение вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у вашего врача.

От правильности и достоверности данных вами сведений зависит, прежде всего, безопасность выбранного метода контрацепции.

№	Утверждения	Да	Нет
1	Вы кормите ребенка грудью, прошло более 6 мес. после последних родов		
2	Вам более 40 лет		
3	У вас было повышение артериального давления (АД) во время беременности (сейчас АД в норме)		
4	Поражение клапанов сердца (неосложненное течение)		
5	Тромбофлебит поверхностных вен в анамнезе		
6	Сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, вам менее 35 лет (оба условия д.б. одновременно)		
7	Сахарный диабет неосложненный (длительность менее 20 лет, нет сосудистых осложнений, нет поражения почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
8	У вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые вас не беспокоят и не требуют приема лекарств		
9	У вас удален желчный пузырь		
10	У вас была желтуха (холестаз) при беременности		
11	Вам менее 35 лет, и вы курите		
12	Кровотечение из влагалища неясной причины		
13	Медрабботником или вами самой обнаружено уплотнение в молочной железе (характер не ясен)		
14	Вам поставлен диагноз дисплазия или рак шейки матки (нужное подчеркнуть)		
15	У вас избыток массы тела (рост — , масса тела —)*		
16	У вас установлен диагноз гиперлипидемия (в т.ч. повышен холестерин)		
17	У вас установлен диагноз серповидно-клеточная анемия		
18	У вас планируется операция в ближайшие 6 мес.		
19	Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции (СПИД)		
20	Отягощенный семейный и/или акушерский анамнез		
	У вас были повторные замершие (неразвивающиеся) беременности (или внутриутробные гибели плодов)		
	У вас была эклампсия или другие формы тяжелого позднего токсикоза беременности		
	У вас были повторные преждевременные отслойки плаценты		
	У вас был поставлен диагноз антифосфолипидный синдром		
	У вас был тромбоз вен при беременности		
	В анамнезе была внезапная смерть новорожденного		
	У вас при небольшой травме или воспалительном процессе отмечался тромбоз ближайшей подкожной вены		
	У близких родственников (родителей, братьев, сестер, родных тетей и дядей) были инсульт или инфаркт миокарда в возрасте до 45 лет		
	У близких родственников были тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии		
	У близких родственников обнаружены врожденные дефекты свертывающей системы крови (склонность к повышенному свертыванию крови)		

Примечание: ИМТ (индекс массы тела) – масса тела в кг/рост в м² (рассчитывается врачом).

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю:

Подпись пациентки _____
 (расшифровка подписи _____)
 Подпись врача/медсестры _____ (_____)
 Дата заполнения: _____

Использование оценочных таблиц (рисунки 1, 2) дает возможность улучшить ведение документации в акушерско-гинекологических учреждениях амбулаторного звена. Наличие личной подписи пациентки в конце заполненной таблицы позволяет рассматривать данные формы как дополнение к информированному согласию для использования метода контрацепции. В случае возникновения неблагоприятных исходов, связанных с контрацепцией, и возникновении судебных процессов, как указывают Л. Сперофф, Ф.Д. Дарни (2009), качественные записи клиницистов являются наиболее действенным орудием защиты (2).

Третьей стороной условного контрацептивного треугольника, по данным исследования Johannes Huber, является информация о методах контрацепции (6). О каждом методе контрацепции необходимо в понятных выражениях, без использования специальной терминологии сообщить механизм его действия, сведения об эффективности (возможно, привести статистические данные), описать положительные и отрицательные стороны, противопоказания, информировать о режиме применения и возможных побочных эффектах. Необходимо подчеркнуть наличие защитных и лечебных эффектов, если они есть у данного метода.

Таким образом, информировав женщину о методах контрацепции, необходимо, учитывая приоритеты и пожелания пациентки, исключить из обсуждения методы, которые


женщина не желает использовать. Из субъективно-приоритетных для женщины методов контрацепции нужно исключить противопоказанный метод (методы) с учетом категорий приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2004). Также требуется определить наиболее удобный для пациентки режим использования контрацептивного средства (ежемесячный, ежедневный, еженедельный или долгосрочный), при необходимости включить контрацептивы с дополнительными лечебными эффектами, если пациентка в них нуждается. Возможно, потребуется еще раз более подробно описать оставшиеся для обсуждения методы контрацепции. После этого пациентка с помощью консультанта делает выбор метода предохранения от нежелательной беременности.

К сожалению, не всегда пациентка получает желаемый метод контрацепции. По данным А. Адewuyi и соавт. (1992), только 54% пациенток был рекомендован контрацептив, который они хотели (5). По данным исследования S. Pariani и соавт. (1991), если пациентка получает желаемый метод предохранения от беременности, более чем в 80% случаев она продолжает его использовать в течение года и через год (10).

В настоящее время отношения пациенток с лечащим врачом перешли в стадию партнерских. Предоставление более широкого круга возможностей способствует активному участию женщины в выборе средства контрацепции. В связи с этим беседа между врачом и паци-

енткой при выборе способа контрацепции должна быть двусторонней, при этом должны учитываться ожидания и потребности женщины, ее планы на будущее. Результаты исследований А. Webb (2002) показали, что со стороны медицинского персонала женщины ожидают признания права на внимание к их мнению при принятии решений (13).

Техники мотивационного консультирования успешно используются для повышения приверженности к методу. Мотивационное консультирование включает в себя эмпатию, технику открытых вопросов и активного слушания (4, 11). Интерактивное общение, диалог между консультантом и женщиной – необходимое условие успешного индивидуального консультирования.

Итак, современная женщина ценит независимость и индивидуальный стиль жизни, получает широкие возможности благодаря доступности информационных ресурсов. В настоящее время на выбор контрацептивного препарата влияет множество факторов, сочетание которых индивидуально. Женщину не так легко, как раньше, убедить выбрать тот или иной способ контрацепции. В связи с этим врачу важно прислушиваться к мнению пациентки, учитывать потребности женщины и рассматривать ее в качестве активного участника процесса принятия решения в выборе метода контрацепции. Данные принципы помогут обеспечить индивидуальный подход к каждой женщине при консультировании по вопросам планирования семьи. 

Литература

- Аганезова Н.В. Методика оценки пациенток для гормональной и внутриматочной контрацепции // Гинекология. 2008. Т.10, № 4. С. 33-39.
- Сперофф Л., Ф.Д. Дарни. Клиническое руководство по контрацепции (перев. с англ.) // М.: БИНОМ. 2009. С. 432.
- Руководство по контрацепции. под ред. Прилепской В.Н. // М.: МЕДпресс-информ. 2006. С. 400.
- Тарасова М.А., Шаповалова К.А., Лекарева Т.М. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и выбора метода контрацепции: практ. пособие для врачей // СПб.: издательство Н-Л. 2008. С. 116.
- Adewuyi A. et al. Nigeria: The Family Planning Situation Analysis Study // Population Council. 1992; № 2: 1-28.
- Johannes Huber. Counseling: theory to practice – a real-world look at issues and challenges for physicians // Materials of the First Annual Contraception Summit: Contraception in the Consumer Age. 2009.
- Lesnewski R., Prine L. // Am Fam Physician. 2006; № 74: 105-112.
- Lete I. et al. Self-described impact of non-compliance among users of a combined hormonal contraceptive method // Contraception. 2008; 77: 276-282.
- McMahon S. Increased sexual risk behavior and high HIV sero-incidence among drug-using low-income women with primary heterosexual partners // Abstr. InOrD1220 XV International AIDS Conference 11-16 July. Bangkok.
- Pariani S., et al. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java // Stud Family Plann. 1991; № 22: 384-390.
- Petersen R. et al. // Applying motivational interviewing to contraceptive counselling: ESP for clinicians Contraception. 2004; № 69: 213-217.
- Thompson // Sexuality, Reproduction and Menopause. 2006; № 4: 74-79.
- Webb A. What do women want? Counseling in Contraception // Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002; № 7: 150-154.
- ACOG Committee on Practice Bulletin – Gynecology. Use of hormonal contraception in women of coexisting medical condition // ACOG Practice Bulletin №73. Obstet. Gynecology. 2006; 107: 1453-1472.
- Bjarnadottir et al. Comparison of cycle control of NuvaRing, the combined contraceptive vaginal ring, and oral levonorgestrel/ethinylestradiol // Am J Obstet Gynecol. 2002; 186: 389-395.
- MW van den Heuvel. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive // Contraception. 2005; 72: 168-174.
- Miller L. et al. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring // Obstet Gynecology. 2005; 106: 473-482.
- <http://www.mzsrff.ru/>
- http://www.mzsrff.ru/mon_stat/292.htm/
- http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_2649_34487_33710751_1_1_1_1,00.html