

ISSN 2687-1645

WOMEN'S CLINIC

№ 3

2022

ЖЕНСКАЯ КЛИНИКА

Балан В.Е., Бурчаков Д.И., Кузнецова И.В.

Консультирование по вопросам
контрацепции у женщин старшего
фертильного возраста



МАГЭТ

Международная ассоциация гинекологов,
эндокринологов и терапевтов



КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ КОНТРАЦЕПЦИИ
 У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Балан В.Е.¹, Бурчаков Д.И.², Кузнецова И.В.^{3,4}

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», Москва, Российская Федерация.
²НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа», Москва, Российская Федерация.
³Международная ассоциация гинекологов, эндокринологов, терапевтов, Москва, Российская Федерация.
⁴ООО «Витбиомед+», Москва, Российская Федерация.

Для корреспонденции: Бурчаков Денис Игоревич. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com

Резюме. Предохранение от нежеланной беременности остается востребованным вплоть до наступления менопаузы. Но свойственные репродуктивному старению процессы, которые у женщины начинаются после 37 лет и манифестируют нарушениями менструального цикла после 40 лет, связаны с прогрессирующим снижением фертильности. Это обуславливает возможность пересмотра контрацептивной стратегии в популяции женщин старшей фертильной группы. Помимо возможности, в этом возрастном периоде часто возникает и необходимость такого пересмотра у женщин, использующих комбинированные гормональные контрацептивы, ввиду накопления возрастных факторов риска, увеличивающих вероятность осложнений приема гормональных средств. Между тем в реальной клинической практике консультирование по вопросам смены метода предохранения от беременности или его первичного назначения для женщины в возрасте старше 40 лет выполняется редко. При отказе по тем или иным причинам от применения гормональных средств решение о выборе контрацепции обычно отдается на откуп пациентке. Но не имеющая достаточной информации женщина вряд ли сможет сделать верный выбор даже среди доступных и не требующих врачебного предписания средств, относящихся к барьерному методу. Знание общих характеристик и нюансов действия барьерных средств определяет их преимущества и недостатки применительно к популяции женщин зрелого возраста и позволяет рекомендовать женщине метод, который не только предохранит ее от нежеланной беременности, но и обеспечит комфорт сексуальной жизни.

Ключевые слова: контрацепция, гормональная контрацепция, барьерная контрацепция, спермициды, поздний репродуктивный возраст, менопаузальный переход.

Для цитирования: Балан В.Е., Бурчаков Д.И., Кузнецова И.В. Консультирование по вопросам контрацепции у женщин старшего фертильного возраста // Women’s Clinic. 2022; 3: 46–56.

Известно, что женская фертильность ограничена возрастными рамками [1] и уже после 37 лет отмечается значимое снижение овариального запаса яйцеклеток, которое отражается на числе фолликулов, вступающих на гонадотропин-независимые стадии развития, и, следовательно, на характеристиках когорты, призванной обеспечить выделение доминантного фолликула и овуляцию [2]. Это приводит к сокращению частоты клинических беременностей, главным образом из-за плохого качества эмбрионов, которые не имплантируются или отторгаются до завершения менструального цикла.

Несмотря на естественное снижение фертильности после 40 лет, способность к зачатию у женщин сохраняется и в пременопаузальном периоде. У женщин с регулярным менструальным циклом овуляция может происходить вплоть до менопаузы, но и олигоменорея не исключает спонтанных овуляций, хотя косвенно является признаком их отсутствия. Беременность в этом периоде жизни часто является нежеланной и сопряжена с высокой степенью различных рисков, в связи с чем контрацепция остается востребованной.

Польза и риски гормональной контрацепции в возрастном контексте

Свойственные репродуктивному старению нарушения фолликулогенеза обычно манифестируют после 37 лет изменением характера менструаций. Задолго до менопаузального перехода у многих женщин появляется склонность к укорочению менструального цикла и увеличению кровопотери. Эта склонность особенно заметна при наличии факторов, отягощающих анамнез по состоянию эндометрия, – большое число внутриматочных вмешательств, воспалительные заболевания органов малого таза. Позитивные свойства гормональной контрацепции у женщин старшего фертильного возраста рассматриваются в контексте контроля аномальных маточных кровотечений (АМК) [3–5].

Причиной АМК в старшей возрастной группе может стать структурная патология матки, и первое место среди этих причин занимает лейомиома, заболеваемость которой повышается с возрастом. Несмотря на то что прием КГК снижает вероятность

развития миомы матки [6], при уже существующей опухоли КГК могут спровоцировать ее рост, особенно в период менопаузального перехода, когда этот риск повышается ввиду изменений гормонального баланса.

Пролиферативный потенциал эндометрия напрямую зависит от баланса эстрогенов и прогестагенов, и, когда прогестагенные влияния снижаются, вероятность патологической пролиферации нарастает. Онкопротекция, которую обеспечивает прием комплексных оральных контрацептивов (КОК) в отношении эндометрия, хорошо известна и продемонстрирована в систематических обзорах и мета-анализах [7]. КОК также обладают мощным ресурсом по профилактике рака яичников, в том числе у женщин с генетической предрасположенностью [8]. Позитивный эффект онкопротекции описан и для колоректального рака [7].

Применение КГК на протяжении более 5 лет повышает риск рака шейки матки (РШМ), по-видимому, в большей степени у женщин, инфицированных вирусом папилломы человека (ВПЧ) [7, 9]. Еще одним кофактором риска является курение. Возможность сочетанного влияния курения и гормонального воздействия была подтверждена фактом присутствия в тканях шейки матки курильщиц, применяющих КГК, аддуктов ДНК в статистически более высоком количестве, чем у курильщиц, не использующих эти препараты. Полагают, что заболеваемость и смертность от РШМ возрастают при сочетании эффекта этих препаратов с влиянием на шейку матки ВПЧ и компонентов табачного дыма. После прекращения приема КГК риск РШМ прогрессивно снижается, восстанавливаясь до уровня, характерного для женщин, никогда не использовавших КОК, в течение 10 лет [9].

Главным осложнением приема КГК остаются тромбозы, возрастная зависимость которых очевидна [10]. Абсолютный риск венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у женщин в возрасте до 40 лет составляет 1 на 10 000, в 60–69 лет – 1 на 1000, а в возрасте старше 80 лет – 1 на 100 в год. Несмотря на то что в публикуемых отчетах риск тромбоза сравнивается между группами женщин до 40 и после 60 лет, понятно, что десятикратное увеличение частоты тромботических событий повышается не сиюминутно, а на протяжении всего 20-летнего промежутка, и этот нарастающий с возрастом риск накладывает ограничения на использование КГК [11].

Применение КГК в возрасте старше 35 лет не влияет на частоту инфаркта миокарда, но независимо связано с двукратным увеличением риска инсульта. Гораздо более значимыми факторами являются курение в возрасте старше 35 лет, повышающее абсолютный риск артериальных тромботических событий до 1 на 5150, а также неконтролируемая артериальная гипер-

тензия и мигрень, которые становятся абсолютными противопоказаниями к применению КГК у женщин старшего репродуктивного возраста [11, 12, 13]. Для оценки риска артериального тромбоза и решения вопроса о продолжении применения КГК также принимаются во внимание сахарный диабет, ожирение и избыточный прием алкоголя [11].

Поскольку негативные эффекты КГК на сосудистую стенку до некоторой степени связаны с действием прогестагенного компонента, чисто прогестагенные контрацептивы (ПК) частично разделяют с КГК ответственность за риск артериального тромбоза, и их не следует назначать женщинам старшего возраста с признаками атеросклероза или его высоким риском.

Интегрируя научное знание о влиянии гормональной контрацепции в клиническую практику консультирования по вопросам предохранения от беременности у женщин старшей фертильной группы, надо помнить не только о прямых противопоказаниях к назначению стероидных препаратов [13], но и о возможных ограничениях, обусловленных возрастным накоплением факторов умеренного риска. Прежде всего это относится к ожирению. Прибавка в весе у женщин зрелого возраста прогрессирует независимо от репродуктивного статуса, предшествуя началу менопаузального перехода, и приводит к повышению индекса массы тела выше 30 кг/м² при наличии таких факторов, как урбанизация, нарушение суточных ритмов из-за сменной работы, низкий уровень образования, раннее вступление в брак, большое число родов, ожирение в семейном анамнезе, низкая физическая активность, дефицит сна, депрессия [14, 15]. Поскольку ожирение связано с рисками для здоровья, многие из которых пересекаются с рисками приема гормональных контрацептивов, тенденцию к повышению массы тела у предрасположенных женщин необходимо принимать во внимание при решении вопроса о продолжении или прекращении использования гормонального противозачаточного метода.

В процессе репродуктивного старения первыми и наиболее частыми проявлениями патологического климактерия становятся вазомоторные и психосоматические симптомы, наблюдаемые у 40–73 % женщин в период менопаузального перехода, значительно ухудшающие качество жизни и вынуждающие обращаться к врачу от 50 до 70 % женщин соответствующего возраста [16, 17].

Комбинированные контрацептивы, благодаря наличию в их составе эстрогенного компонента, могут отсрочить появление патологических менопаузальных симптомов, но не способны их купировать. Стоит помнить, что единственным показанием для назначения КГК является предохранение от беремен-

ности, и навязывать прием контрацептивов женщине, обратившейся с жалобами на приливы, нельзя. Точно так же неразумно предлагать продолжить прием КГК пациентке, ощутившей ухудшение самочувствия в возрастном периоде, соответствующем менопаузальному переходу или наступлению менопаузы (45–55 лет). Для лечения вазомоторных и психосоматических симптомов этим женщинам должна быть предложена менопаузальная гормональная терапия [18], а с целью контрацепции – барьерный метод [19].

Таким образом, чтобы максимально реализовать благоприятные эффекты гормональной контрацепции без ущерба для здоровья пациентки, врач должен ежегодно оценивать изменения, происходящие в физическом статусе и жизни женщины, необходимость в продолжении применения контрацептивов, особенно в периоде менопаузального перехода, а также появление дополнительных обстоятельств, повышающих риск приема гормональных лекарственных средств [13]. При отказе от использования гормональных препаратов по тем или иным причинам женщина должна получить совет о предохранении от беременности другим методом, поскольку возможность забеременеть сохраняется у нее вплоть до наступления менопаузы.

Консультирование по выбору метода контрацепции

В эпидемиологических исследованиях было установлено, что число женщин, использующих гормональную контрацепцию, уменьшается в прямой зависимости от возраста [22]. Причиной тому служат не только появляющиеся противопоказания к приему гормональных препаратов. Частота половых актов в длительных партнерских отношениях обычно снижается после 45 лет, что ставит под вопрос обязательную необходимость ежедневного приема противозачаточного средства. Отказываясь от использования оральной контрацепции, женщина может выбрать внутриматочную медь-содержащую спираль, левоноргестрел-высвобождающую внутриматочную систему (ЛНГ-ВМС) или прогестагенный имплантат – методы с наиболее высокой контрацептивной эффективностью. Но ввиду снижения фертильности высокая контрацептивная эффективность теряет свою актуальность, а участие медперсонала и стоимость средств становятся препятствием к их применению. Клиническая практика показывает, что желание предохраняться от беременности крайне редко приводит женщину старше 45 лет на прием к врачу, и назначение упомянутых методов контрацепции, преимущественно ЛНГ-ВМС, проводится при наличии дополнительных, неконтрацептивных показаний у пациенток, сохраняющих сексуальную активность.

Потребности в противозачаточных методах не статичны, они меняются в зависимости от конкретных обстоятельств, среди которых привнесенные репродуктивным старением факторы играют немаловажную роль [20]. И в то время как гормональные средства остаются наиболее популярным методом контроля над рождаемостью, существует много других способов удовлетворения контрацептивных потребностей разнообразного по клиническим, социальным и демографическим портретам женского населения [21].

Надо признать, что рекомендации об использовании барьерной контрацепции в рутинной клинической практике даются редко. Поскольку для использования этих средств не требуется медицинского предписания, врачи оставляют решение о выборе барьерного метода на откуп пациентке. Такой подход, с одной стороны, соответствует современным представлениям о персональной ответственности человека за свое здоровье и благополучие [24], но с другой стороны, ограничивает возможности принятия верного решения, поскольку перекладывает на пациента необходимость поиска информации в условиях ставшего повседневным дефицита времени и иных ресурсов. Между тем грамотное консультирование определяет успех использования метода [25]. Как показали опросы, проведенные среди женщин, нуждающихся в предохранении от беременности, 49 % респонденток предпочли бы метод не ежедневного применения, но продолжали выбирать оральную контрацепцию по тривиальной причине недостаточной информированности.

Отсутствие необходимых сведений и знаний становится препятствием на пути выбора подходящего метода контрацепции, и врачи обязаны помогать своим пациенткам преодолевать эти барьеры. Недооценка значения выбора подходящего противозачаточного метода может привести к снижению качества жизни, включая сексуальную сферу. Это особенно критично для партнеров старшего репродуктивного возраста, и без того испытывающих психологический дистресс в период гормональной перестройки женской репродуктивной системы.

Барьерная контрацепция

Мужской и женский презервативы, диафрагма, цервикальный колпачок и спермициды представляют собой механические и химические барьерные методы, препятствующие прохождению сперматозоидов через шейку в матку и, следовательно, препятствующие оплодотворению [22]. Простые в применении и безопасные методы барьерной контрацепции широко используются в мире, несмотря на относительно невысокую контрацептивную эффективность: частота наступления беременности в течение первого года при

правильном использовании составляет 5–26 %, увеличиваясь при рутинном применении до 20–32 % [22, 26]. Но у женщин, перешедших рубеж позднего репродуктивного периода, барьерные средства становятся с каждым годом все более актуальными ввиду неуклонного процесса старения, обуславливающего как снижение фертильности, так и ухудшение здоровья [19].

В Российской Федерации в настоящее время доступны мужские презервативы и спермициды, поэтому мы сконцентрируем дальнейшее обсуждение на этих средствах, не забывая также о том, что супружеские пары могут практиковать для предохранения от нежеланной беременности физиологические методы.

Преимущества презервативов состоят в обеспечении двойной защиты – от беременности и ИППП [21]. Это особенно актуально у молодых женщин, которые находятся в группе риска по развитию воспалительных заболеваний органов малого таза [27]. Подростки часто предпочитают презерватив (46 %), иногда в сочетании с КОК (16 %) [22]. Данный метод «пояса и подтяжек», предполагающий совмещение гормональной и барьерной контрацепции, очевидно, является наиболее разумным для использования среди юных и молодых женщин [28, 29].

К основным недостаткам презерватива относят снижение остроты ощущений и получения чувственного удовольствия от сексуального контакта как у женщины, так и у ее партнера. Эти недостатки не играют роли у молодых пар, но у партнеров зрелого возраста они могут сделать презерватив неподходящим методом предохранения от беременности ввиду возрастного ухудшения свойств слизистой оболочки влагалища и, что не менее важно, появления проблем с сексуальной функцией у мужчины. Аналогичный недостаток снижает популярность прерванного полового акта у пар зрелого возраста, а другой вариант физиологической контрацепции – ритмический метод – становится невыполнимым ввиду нестабильности менструального цикла.

Спермициды – метод выбора контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста

Спермициды представляют достойную альтернативу гормональным и внутриматочным противозачаточным средствам в условиях ограничений к их применению в связи с возможными рисками для здоровья, а также презервативам и физиологическим методам по причине более высокой приемлемости и/или надежности [19]. Этот метод контрацепции насчитывает более чем тысячелетнюю историю, но, несмотря на длительное применение, он относительно недавно стал рассматриваться как средство медицинского назначения.

Лекарственные формы спермицидов – вагинальные кремы, капсулы, суппозитории, таблетки – содержат поверхностно-активное вещество, разрушающее наружную оболочку сперматозоидов, нарушающее их подвижность или способность проникать через оболочку яйцеклетки при оплодотворении [30]. Отсутствие системных эффектов определяет высокую степень безопасности спермицидов и возможность их использования у тех категорий пациенток, для которых влияние на метаболический и эндокринный гомеостаз в организме по тем или иным причинам нежелательно [31].

Для спермицидов показатель частоты наступления беременности в реальных условиях жизни общей популяции женщин репродуктивного возраста составляет 10,3 % в течение 6 месяцев (95 % доверительный интервал, ДИ 7,9–12,7) [32], что значительно выше по сравнению с гормональными или негормональными внутриматочными средствами. Но показатель эффективности контрацепции может меняться в зависимости от способности женщины к зачатию.

Одним из факторов, по которым можно оценить предохраняющий потенциал спермицидов, является число беременностей в анамнезе. У женщин, имевших историю трех и более беременностей, частота неудач повышается при отношении шансов (ОШ) 7,24 (95 % ДИ 3,04–17,3) [32]. Однако с течением лет роль этого фактора, отражающего женскую фертильность, нивелируется ввиду вступления в силу законов репродуктивного старения. Оценка эффективности спермицидов у женщин старшего репродуктивного возраста (> 35 лет) показала достоверное снижение риска неудач контрацепции в данной популяции: ОШ 0,19; 95 % ДИ 0,06–0,58 [32].

На российском фармацевтическом рынке представлены две группы спермицидных противозачаточных средств, созданные на основе бензалкония хлорида (Фарматекс®) и ноноксинола-9. Активные компоненты обеих групп спермицидов являются сурфактантами, способными иммобилизовать сперматозоиды путем нарушения целостности плазматической мембраны [33]. В исследованиях *in vitro* бензалкония хлорид обеспечивал более выраженный контрацептивный эффект по сравнению с ноноксинолом-9 за счет существенного сокращения количества жизнеспособных сперматозоидов сразу после своего воздействия (96,9 %) и почти полное их исчезновение через 20 мин (99,8 %). У ноноксинола-9 данный показатель составил 34 и 60 % соответственно [34].

При меньшем противозачаточном эффекте ноноксинол-9 обладает большим негативным влиянием на слизистые оболочки нижнего отдела половых путей. Выраженные повреждения влагалищного эпителия

были зафиксированы у мышей после интравагинального введения ноноксинола-9 [35]. Было показано, что, в отличие от бензалкония хлорида, ноноксинол-9 оказывает локальное токсическое воздействие на вагинальный и цервикальный эпителий, провоцирует воспалительный ответ и даже может приводить к язвенным поражениям слизистых оболочек [34]. Подобная картина наблюдалась при кольпоскопии у женщин, часто использующих ноноксинол-9.

Следует учитывать, что контрацептивное действие ноноксинола-9 зависит от дозы: средство, содержащее 52,5 мг активного вещества, достоверно менее эффективно по сравнению со 100 или 150 мг – вероятность наступления беременности в течение 6 месяцев составляет 22, 16 и 14 % соответственно [36]. Однако повышение дозы сопровождается ухудшением переносимости препарата из-за его токсических свойств.

Будучи по природе цитотоксическими соединениями, спермициды не могут оставаться нейтральными по отношению к среде, в которой они оказались [37]. Вопрос заключается только в балансе этого воздействия, и профиль эффектов в отношении эпителиоцитов у бензалкония хлорида очевидно превосходит таковой у ноноксинола-9: в исследованиях *in vitro* бензалкония хлорид не демонстрирует повреждения эпителия, в клинических исследованиях достоверно реже вызывает побочные реакции [34, 38].

Вагинальная среда имеет еще один важный компонент – комменсальную микрофлору, которая обеспечивает защиту слизистой оболочки от вредоносного воздействия внешней среды. Побочным эффектом применения ноноксинола-9 является нарушение баланса вагинальной микробиоты, которое увеличивает вероятность распространения ИППП, в том числе приводит к повышению трансмиссии и частоты заражения ВИЧ [39, 40]. Нарушения целостности эпителия шейки и влагалища также могут облегчать проникновение ВИЧ и, возможно, других микробов через слизистую оболочку половых органов.

При изучении методов барьерной контрацепции было отмечено, что переносимость ноноксинола-9 также уступает другим средствам данной группы [26]. В сравнительном исследовании бензалкония хлорида и ноноксинола-9 оценивалась клиническая эффективность и переносимость двух спермицидов [38]. При сходной эффективности в группе женщин, использовавших бензалкония хлорид, побочные эффекты в виде избыточных выделений из половых путей, зуда и жжения наблюдались в 5,8 % случаев, в то время как пациентки, применявшие ноноксинол-9, отмечали аналогичные симптомы в 13,3 % случаев, т. е. в два раза чаще ($p < 0,05$). Общий уровень удовлетворенности среди женщин при использова-

нии бензалкония хлорида (72,8 %) в итоге оказался значительно выше, чем среди женщин, применявших ноноксинол-9 (42,5 %). По результатам исследования авторы сделали вывод о более высокой приемлемости спермицида, содержащего бензалкония хлорид, по сравнению с ноноксинолом-9.

Учитывая лучшую переносимость бензалкония хлорида, он в большей степени подходит для женщин старшей фертильной группы, когда побочные эффекты со стороны влагалища могут усугубляться нарастающими явлениями вагинальной атрофии. Более того, применение бензалкония хлорида может принести дополнительную пользу пациенткам с жалобами на сухость влагалища, поскольку средство обладает увлажняющим эффектом [19], а физиологическое снижение способности к зачатию позволяет рассчитывать на повышение контрацептивной надежности спермицида.

Многоцентровое исследование эффективности и безопасности бензалкония хлорида, проведенное во Франции и России среди женщин старше 40 лет [41], оправдало ожидания в отношении противозачаточных и позитивных непротивозачаточных свойств крема Фарматекс® у женщин данной возрастной группы. За 12-месячный период наблюдения не было зарегистрировано ни одной беременности (индекс Перля = 0). Использование крема Фарматекс® было признано приемлемым пациентками при 98 % половых актов в течение 6 месяцев и 98,6 % – после 12 месяцев исследования. Увлажняющий эффект крема отметили 96,1 % женщин. Через 6 месяцев использования 99,3 % женщин сообщили, что удовлетворены применением бензалкония хлорида, а к концу 12-месячного периода исследования этот показатель увеличился до 100 %. Нежелательные реакции регистрировались только у 0,5 % участниц, и связь их с применением препарата была маловероятной. Таким образом, было продемонстрировано, что бензалкония хлорид является хорошим вариантом выбора контрацепции для женщин старшего репродуктивного возраста.

Практические рекомендации по консультированию женщин старшей фертильной группы – место спермицидов

Вопрос о сексуальной активности, репродуктивных планах и способе предохранения от нежеланной беременности врач-гинеколог обязан задавать каждой женщине, имеющей спонтанные менструации. В позднем репродуктивном периоде ряд обстоятельств диктуют необходимость расширения опроса по поводу применения контрацепции.

Первое, о чем должен помнить врач, – это возможное появление противопоказаний к продолже-

нию приема КГК у женщин в возрасте старше 35 лет. Уточняющие вопросы о курении и мигрени позволят обезопасить пациентку от повышения риска артериального тромбоза, осуществив при положительном ответе хотя бы на один из них переход на чисто прогестагенный, или внутриматочный, или барьерный метод. Поскольку с возрастом могут накапливаться такие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, как ожирение, длительная история сахарного диабета, артериальная гипертензия и др., тщательный сбор анамнеза и общеклинический осмотр с определением основных параметров жизнедеятельности, включая измерение артериального давления и определение индекса массы тела, сохраняют непреходящую актуальность.

Данная позиция относится не только к пациенткам, принимающим КГК; у каждого метода контрацепции, за исключением барьерных средств, есть свои противопоказания и ограничения, накапливаемые с возрастом. Более того, пациентка в возрасте старше 35 лет, впервые обратившаяся с вопросом о выборе метода предохранения от беременности, также должна быть тщательно опрошена и обследована на предмет возможных противопоказаний и ограничений к использованию гормональной или внутриматочной контрацепции. Выявленные нарушения здоровья и факторы риска в данной возрастной группе чаще склоняют весы принятия решений в сторону выбора барьерной контрацепции, чем у молодых женщин.

Второй вопрос касается переносимости используемого в настоящее время контрацептивного метода. К побочным действиям гормональных средств у пациенток старшей возрастной группы чаще, чем у молодых женщин, добавляется сухость слизистых оболочек, в первую очередь влагалища. Этот эффект, который выражается в вагинальном дискомфорте, диспареунии и снижении качества сексуальной жизни, относится к прогестаген-зависимым, следовательно, свойственен всем гормональным контрацептивам. Однако женщины редко связывают его с приемом гормонального средства, и о наличии вагинального дискомфорта, нарушающего качество жизни, пациенток надо спрашивать прицельно. Следует также интересоваться переносимостью презерватива, использование которого с возрастом становится менее приемлемым по причине как вагинальной сухости, так и возрастающей частоты эректильной дисфункции у стареющего партнера.

Появление вагинальной сухости может стать самостоятельным основанием для перехода на спермицид, увлажняющие/смазочные свойства которого улучшат характеристики сексуальной жизни. При недостаточном эффекте сухость влагалища следует отнести

к симптомам начинающейся генитальной атрофии и назначить дополнительное лечение увлажняющими гелями вне связи с половым актом. Точно так же надо проявить внимание к появлению симптомов климактерического синдрома, требующего назначения МГТ. Оптимальным средством предохранения от беременности вплоть до менопаузы в этом случае будет барьерный метод – использование спермицида.

Наконец, третий вопрос относится к приемлемости режима применения контрацептивного метода. С возрастом снижается не только физиологическая способность к зачатию, но и частота половых актов, что значительно уменьшает фертильность в целом и ставит под сомнение целесообразность применения методов внутриматочной контрацепции, инъекционных препаратов и имплантатов, имеющих свои противопоказания и ограничения. К тому же срок действия этих средств ограничен, а женщина переходного возраста нередко забывает о введенном внутриматочном средстве, пропуская срок его извлечения. Вопрос о продолжительности применения средств пролонгированной контрацепции обязателен в рамках консультирования, и после завершения допустимого срока использования контрацептивное средство должно быть удалено. Пациентке в возрасте до 50 лет можно предложить введение нового ВМС или имплантата, предоставив перед этим полноценную информацию о пользе, рисках и целесообразности применения метода, обладающего высокой эффективностью наряду с возможными побочными эффектами и осложнениями, и рассказав также о возможностях барьерной контрацепции в данном возрастном периоде. Женщинам в возрасте старше 50 лет применение средств пролонгированной контрацепции не рекомендуется.

Женская забывчивость нарушает режим приема не только средств пролонгированной контрацепции, но и оральных контрацептивов, комбинированных и чисто прогестагенных. В старшей возрастной группе пропуски приема таблеток не критичны для наступления беременности, но связаны с ухудшением контроля менструального цикла, который и без того начинает нарушаться ввиду естественных событий в репродуктивной системе. В совокупности эти два фактора могут привести женщину к решению об отказе от приема таблеток и повысить риск нежеланной беременности. Врач обязан предотвратить развитие такого сценария, поинтересовавшись соблюдением режима приема таблеток и тем, насколько женщине комфортен метод, связанный с ежедневным применением. При наличии у пациентки неудовлетворенности режимом и сомнений в целесообразности его использования в условиях сниженной фертильности

смена гормонального метода на барьерный будет оптимальным решением. Преимущества спермицидов перед презервативом в данном случае очевидны у пар старшей возрастной группы. Точно так же очевидны преимущества барьерного метода перед ритмическим физиологическим контрацептивным методом, теряющим актуальность из-за непредсказуемости менструального цикла, и прерванным половым актом, серьезно нарушающим качество сексуальной жизни.

Заключение

Консультирование женщин по вопросам планирования семьи и предохранения от нежеланной беременности является важной частью гинекологической практики. В рамках такого консультирования гормональной контрацепции уделяется наибольшее внимание, что не удивительно с учетом множественных системных эффектов гормональных препаратов. Но, помимо гормональной контрацепции, в арсенале врача находятся и другие средства, которые в определенных обстоятельствах получают преимущества перед гормонами. Спермициды, в частности бензалкония хлорид (Фарматекс®), предоставляют надежный и безопасный выбор для предохранения от беременности женщинам старшего репродуктивного возраста.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Литература

1. Harlow S. D., Gass M., Hall J. E., et al. For the STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging // *Fertil Steril*. 2012; 97(4): 843–851.
2. Rothman K. J., Wise L. A., Sørensen H. T., et al. Volitional Determinants and Age-related Decline in Fecundability: A General Population Prospective Cohort Study in Denmark // *Fertil Steril*. 2013; 99(7): 1958–1964.
3. Адамян Л. В., Андреева Е. Н., Артымук Н. В. и др. Аномальные маточные кровотечения. Клинические рекомендации. М., 2021.
4. Lethaby A., Wise M. R., Weterings M. A., et al. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding // *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 2(2): CD000154. doi: 10.1002/14651858.CD000154.pub3
5. Jensen J., Mansour D., Lukkari-Lax E., et al. Bleeding patterns with the levonorgestrel-releasing intrauterine system when used for heavy menstrual bleeding in women without structural pelvic pathology: a pooled analysis of randomized controlled studies // *Contracep-*

- tion. 2013; 87(1): 107–112. doi: 10.1016/j.contraception.2012.08.022
6. Stewart E. A., Cookson C. L., Gandolfo R. A., Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review // *BJOG*. 2017; 124(10): 1501–1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640
7. Gierisch J. M., Coeytaux R. R., Urrutia R. P., et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013; 22(11): 1931–1943. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-029
8. Havrilesky L. J., Moorman P. G., Lowery W. J., et al. Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis // *Obstet Gynecol*. 2013; 122(1): 139–147. doi: 10.1097/AOG.0b013e318291c235
9. Iversen L., Sivasubramaniam S., Lee A. J., et al. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study // *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(6): 580.e1–580.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.002
10. Wolberg A. S., Rosendaal F. R., Weitz J. I., et al. Venous thrombosis // *Nat Rev Dis Primers*. 2015; 1: 15006. doi: 10.1038/nrdp.2015.6
11. Lidegaard O. Hormonal contraception, thrombosis and age // *Expert Opin Drug Saf*. 2014; 13(10): 1353–1360. doi: 10.1517/14740338.2014.950654
12. Lalude O. O. Risk of cardiovascular events with hormonal contraception: insights from the Danish cohort study // *Curr Cardiol Rep*. 2013; 15(7): 374. doi: 10.1007/s11886-013-0374-2
13. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015. PMID: 26447268
14. Fenton A. Weight, Shape, and Body Composition Changes at Menopause // *J Midlife Health*. 2021; 12(3): 187–192. doi: 10.4103/jmh.jmh_123_21
15. Solmi M., Ioannidis J. P. A., Carvalho A. F. Environmental risk factors and interventions for obesity // *Eur J Clin Invest*. 2019; 49(5): e13080. doi: 10.1111/eci.13080
16. Hoga L., Rodolpho J., Gonçalves B., Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence // *JBIM Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13(8): 250–337. doi: 10.1112/jbimir-2015-1948
17. Santoro N., Roeca C., Peters B. A., Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options // *J Clin Endocrinol Metab*. 2021; 106(1): 1–15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764
18. Baber R. J., Panay N., Fenton A. IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // *Climacteric*. 2016; 19(2): 109–150. doi: 10.3109/13697137.2015.1129166

19. Serfaty D. Contraception des femmes en pérимéno-pause: place des spermicides [Contraception during perimenopause: The spermicides option] // J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017; 46(3): 211–218. French. doi: 10.1016/j.jogoh.2016.10.007
20. Frohwirth L., Blades N., Moore A. M., Wurtz H. The Complexity of Multiple Contraceptive Method Use and the Anxiety That Informs It: Implications for Theory and Practice // Arch Sex Behav. 2016; 45(8): 2123–2135. doi: 10.1007/s10508-016-0706-6
21. Shoupe D., Mishell D.R. Contraception. In: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM, editors. Women and Health. 2nd ed. Academic Press; London, UK: 2013.
22. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines] // Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018; 46(12): 873–882. French. doi: 10.1016/j.gofs.2018.10.002
23. Frohwirth L., Blades N., Moore A. M., Wurtz H. The Complexity of Multiple Contraceptive Method Use and the Anxiety That Informs It: Implications for Theory and Practice // Arch Sex Behav. 2016; 45(8): 2123–2135. doi: 10.1007/s10508-016-0706-6
24. Narasimhan M., Logie C. H., Gauntley A., et al. Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights for advancing universal health coverage // Sex Reprod Health Matters. 2020; 28(2): 1778610. doi: 10.1080/26410397.2020.1778610
25. Mansour D. International survey to assess women's attitudes regarding choice of daily versus nondaily female hormonal contraception // Int J Womens Health. 2014; 6: 367–375. doi: 10.2147/IJWH.S59059
26. Lindh I., Othman J., Hansson M., et al. New types of diaphragms and cervical caps versus older types of diaphragms and different gels for contraception: a systematic review // BMJ Sex Reprod Health. 2021; 47(3): e12. doi: 10.1136/bmj.srh-2020-200632
27. Ross J., Guaschino S., Cusini M., Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease // Int J STD AIDS. 2018; 29(2): 108–114. doi: 10.1177/0956462417744099
28. Уварова Е. В. Виды и преимущества использования внутривлагалищных средств контрацепции в подростковом и юношеском возрасте // Эффективная фармакотерапия. 2013; 36: 4–11.
29. Bayer L. L., Jensen J. T. ACIDFORM: a review of the evidence // Contraception. 2014; 90(1): 11–18. doi: 10.1016/j.contraception.2014.01.015
30. Хамама З., Хомик А. С., Суслина С. Н. Обзор рынка контрацептивных лекарственных препаратов спермицидного действия в настоящее время // Вестник новых медицинских технологий. 2017; 24(3): 109–115. doi: 10.12737/article_59c4a5fb62d081.56792555
31. Михайлова О.И., Вересова А.А. Особенности послеродовой контрацепции в современных условиях // Эффективная фармакотерапия. 2013; 18: 26–31.
32. Schreiber C. A., Ratcliffe S. J., Sammel M. D., Whitaker P. G. A self-assessment efficacy tool for spermicide contraceptive users // Am J Obstet Gynecol. 2016; 214(2): 264.e1–264.e7.
33. Chakraborty D., Maity A., Jha T., Mondal N. B. Spermicidal and contraceptive potential of desgalactotigonin: a prospective alternative of nonoxynol-9 // PLoS One. 2014; 9(9): e107164.
34. Alfaiate M. I., António Santos R., Silva A. F., et al. Comparative in vitro study on the local tolerance and efficacy of benzalkonium chloride, myristalkonium chloride and nonoxynol-9 as active principles in vaginal contraceptives // Eur J Contracept Reprod Health Care. 2021; 26(4): 334–342. doi: 10.1080/13625187.2021.1900563
35. Lozenski K., Ownbey R., Wigdahl B., et al. Decreased cervical epithelial sensitivity to nonoxynol-9 (N-9) after four daily applications in a murine model of topical vaginal microbicide safety // BMC Pharmacol Toxicol. 2012; 13: 9. doi: 10.1186/2050-6511-13-9
36. Grimes D. A., Lopez L. M., Raymond E. G., et al. Spermicide used alone for contraception // Cochrane Database Syst Rev. 2013; (9): CD005218. doi: 10.1002/14651858.CD005218.pub3
37. Камаева С. С., Меркурьева Г. Ю. Методологические аспекты создания спермицидных средств // Современные проблемы науки и образования. 2020; 4: 134. doi: 10.17513/spno.30056
38. Li W., Huang Z., Wu Y., et al. Effectiveness of an optimized benzalkonium chloride gel as vaginal contraceptive: a randomized controlled trial among Chinese women // Contraception. 2013; 87(6): 756–765. doi: 10.1016/j.contraception.2012.09.012
39. Tanphaichitr N., Srakaew N., Alonzi R., et al. Potential Use of Antimicrobial Peptides as Vaginal Spermicides/ Microbicides // Pharmaceuticals (Basel). 2016; 9(1): 13. doi: 10.3390/ph9010013
40. Xu M., Zhao M., Li R. H. W., et al. Effects of nonoxynol-9 (N-9) on sperm functions: systematic review and meta-analysis // Reprod Fertil. 2022; 3(1): R19–R33. doi: 10.1530/RAF-21-0024
41. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Назаренко Е.Г., Городнова Е.А. Ренессанс барьерной контрацепции (по результатам международного клинического исследования) // Гинекология. 2021; 23(5): 380–385. doi: 10.26442/20795696.2021.5.201151

Репринт статьи: Балан В. Е., Бурчаков Д. И., Кузнецова И. В. Консультирование по вопросам контрацепции у женщин старшего фертильного возраста // Women's Clinic. 2022; 3: 46–56. Публикуется с сокращениями. Полная версия статьи размещена: <https://www.elibrary.ru>.

ФАРМАТЕКС

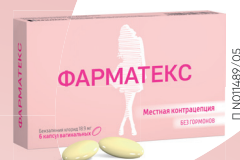
Местная контрацепция без гормонов

ВАГИНАЛЬНЫЕ СУППОЗИТОРИИ



- Привычная форма выпуска
- Простота использования

ВАГИНАЛЬНЫЕ КАПСУЛЫ*



- Инновационная форма*
- Обеспечивает комфортное введение

У
ЖЕНЩИНЫ
ЕСТЬ
ВЫБОР!

ВАГИНАЛЬНЫЙ КРЕМ



- Действие сразу после введения
- Дополнительный лубрикантный эффект
- С ароматом лаванды