

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ»
(ОмГУПС (ОМИИТ))
Структурное подразделение среднего профессионального образования
«Омское медицинское училище железнодорожного транспорта»

Суворов К.К.
Данилов Д.С.
Группа 69Е.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Преподаватель: Ильина Ю.Л.

Омск - 2020

Классификация

- В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности признана гормональная контрацепция, основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.
- В зависимости от состава и способа использования современные гормональные контрацептивы подразделяют на группы

Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы

1. Оральные:
 - Монофазные (во всех таблетках одинаковое количество гормонов)
 - Двухфазны (доза эстрогена остаётся постоянной во всех таблетках, а доза гестагена отличается в первой и во второй половине менструального цикла.)
 - Трёхфазные (содержание эстрогенного и гестагенного компонентов максимально приближено к уровню естественных гормонов, вырабатываемых яичниками при нормальном овуляторном цикле)
2. Парентеральные:
 - Вагинальное кольцо НоваРинг
 - Трансдермальная контрацептивная система Евра

Чисто гестагенные контрацептивы

1. Оральные:
 - Мини-пили (Микролют, Экслютон, Чарозетта)
2. Парентеральные:
 - Импланты левоноргестрела Нормплант
 - Инъекции медроксипрогестерона
 - Внутриматочная гормональная система с левоноргестрелом Мирена

Механизм действия

- Каждая таблетка комбинированных оральных контрацептивов (КОК) содержит эстроген и прогестаген. В качестве эстрогенного компонента КОК применяют синтетический эстроген - этинилэстрадиол, в качестве прогестагенного - различные синтетические прогестагены (синоним - прогестины).

Механизм контрацептивного действия КОК:

- Подавление овуляции
- Сгущение шейной слизи
- Изменение эндометрия, препятствующее имплантации

Контрацептивное действие КОК обеспечивает прогестагенный компонент. Этинилэстрадиол в составе КОК поддерживает пролиферацию эндометрия и обеспечивает контроль цикла (отсутствие промежуточных кровотечений при приеме КОК).

Кроме того, этинилэстрадиол необходим для замещения эндогенного эстрадиола, поскольку при приеме КОК нет роста фолликула и, следовательно, эстрадиол в яичниках не вырабатывается.

Основные клинические различия между современными КОК - индивидуальная переносимость, частота побочных реакций, особенности влияния на метаболизм, лечебные эффекты и прочее - обусловлены свойствами входящих в их состав прогестагенов. Химические синтетические прогестагены - стероиды.

Подобно естественному прогестерону, синтетические прогестагены вызывают секреторную трансформацию стимулированного эстрогеном (пролиферативного) эндометрия. Этот эффект обусловлен взаимодействием синтетических прогестагенов с ПР эндометрия. Помимо влияния на эндометрий, синтетические прогестагены действуют также и на другие органы - мишени прогестерона.

Благоприятны для оральной контрацепции антиандрогенный и антиминералокортикоидный эффекты прогестагенов, нежелательны - остаточный андрогенный эффект, так как клинически может проявляться появлением акне, себореей, изменением липидного спектра сыворотки крови, изменением толерантности к углеводам и увеличением массы тела вследствие анаболического действия.

По выраженности андрогенных свойств прогестагены можно разделить на следующие группы:

- Высокоандрогенные прогестагены (норэтистерон, линэстренол, этинодиол).
- Прогестагены с умеренной андрогенной активностью (норгестрел, левоноргестрел в высоких дозах, 150–250 мкг/сут).
- Прогестагены с минимальной андрогенностью (левоноргестрел в дозе не более 125 мкг/сут, в том числе трёхфазный), этинилэстрадиол+гестоден, дезогестрел, норгестимат, медроксипрогестерон).

Андрогенные свойства этих прогестагенов обнаруживают только в фармакологических тестах, клинического значения в большинстве случаев они не имеют. ВОЗ рекомендует использовать КОК именно с низкоандрогенными прогестагенами.

Антиандрогенным эффектом обладают ципротерон, диеногест и дроспиренон, а также хлормадион. Клинически антиандрогенное действие ведёт к уменьшению андрогензависимых симптомов - акне, себореи, гирсутизма (оволосение по мужскому типу). Поэтому КОК с антиандрогенными прогестагенами применяют не только для контрацепции, но и для лечения андрогенизации у женщин, например при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), идиопатической андрогенизации и некоторых других состояниях.

Побочные эффекты

Побочные эффекты чаще возникают в первые месяцы приёма КОК (у 10–40% женщин), в последующее время их частота снижается до 5–10%. Побочные эффекты КОК принято разделять на клинические и зависящие от механизма действия.

Избыточное влияние эстрогенов:

- головная боль;
- повышение АД;
- раздражительность;
- тошнота, рвота;
- головокружение;
- мастодиния;
- хлоазма;
- ухудшение состояния варикозных вен;
- ухудшение переносимости контактных линз;
- увеличение массы тела.

Недостаточное влияние эстрогенов:

- головная боль;
- депрессия;
- раздражительность;
- уменьшение размера молочных желёз;
- снижение либидо;
- сухость влагалища;
- межменструальные кровотечения в начале и середине цикла;
- скудные менструации.

Избыточное влияние прогестагенов:

- головная боль;
- депрессия;
- утомляемость;
- угревая сыпь;
- снижение либидо;
- сухость влагалища;
- ухудшение состояния варикозных вен;
- увеличение массы тела.

Недостаточный прогестагенный эффект:

- обильные менструации;
- межменструальные кровотечения во второй половине цикла;
- задержка менструации.

Если побочные эффекты сохраняются дольше чем 3–4 мес после начала приёма и/или усиливаются, то следует сменить или отменить контрацептивный препарат.

Серьёзные осложнения при приёме КОК крайне редки. К ним относят тромбозы и тромбоэмболии (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии). Для здоровья женщин риск этих осложнений при приёме КОК с дозой этинилэстрадиола 20–35 мкг/сут очень мал - ниже, чем при беременности. Тем не менее наличие хотя бы одного фактора риска развития тромбозов (курение, сахарный диабет, высокие степени ожирения, артериальная гипертензия и т.д.) служит относительным противопоказанием к приёму КОК. Сочетание двух и более перечисленных факторов риска (например, курение в возрасте старше 35 лет) вообще исключает применение КОК.



Противопоказания к приему КОК

Абсолютные противопоказания:

- тромбоз глубоких вен, ТЕЛА (в том числе в анамнезе), высокий риск тромбоза и тромбоэмболии (при обширном оперативном вмешательстве, связанном с длительной иммобилизацией, при врождённых тромбофилиях);
- ишемическая болезнь сердца, инсульт (наличие в анамнезе цереброваскулярного криза);
- артериальная гипертензия с систолическим АД 160 мм рт.ст. и более и/или диастолическим АД 100 мм рт.ст. и более и/или с наличием ангиопатии;
- осложнённые заболевания клапанного аппарата сердца (гипертензия малого круга кровообращения, фибрилляция предсердий, септический эндокардит в анамнезе);
- совокупность нескольких факторов развития сердечнососудистых заболеваний (возраст более 35 лет, курение, диабет, гипертензия);
- болезни печени (острые вирусные гепатиты, хронический активный гепатит, цирроз печени, гепатоцеребральная дистрофия, опухоль печени);
- мигрень с очаговой неврологической симптоматикой;
- сахарный диабет с ангиопатией и/или длительностью заболевания более 20 лет;
- рак молочной железы, подтверждённый или подозреваемый;
- курение более 15 сигарет в день в возрасте старше 35 лет;
- лактация в первые 6 нед после родов;
- беременность.

Восстановление Фертильности

- После прекращения приёма КОК нормальное функционирование системы «гипоталамус–гипофиз–яичники» быстро восстанавливается. Более 85–90% женщин способны забеременеть в течение одного года, что соответствует биологическому уровню фертильности. Приём КОК до начала зачатия не оказывает отрицательного влияния на плод, течение и исход беременности. Случайный приём КОК на ранних стадиях беременности не опасен и не служит основанием для аборта, но при первом подозрении на беременность женщина должна сразу прекратить приём КОК.
- Кратковременный приём КОК (в течение 3 мес) вызывает повышение чувствительности рецепторов системы «гипоталамус–гипофиз–яичники», поэтому при отмене КОК происходит выброс тропных гормонов и стимуляция овуляции.

Этот механизм носит название **«ребаундэффект»**, его используют при лечении некоторых форм ановуляции.

- В редких случаях после отмены КОК можно наблюдать аменорею. Аменорея может быть следствием атрофических изменений эндометрия, развивающихся при приёме КОК. Менструация появляется при восстановлении функционального слоя эндометрия самостоятельно или под влиянием терапии эстрогенами. Примерно у 2% женщин, особенно в ранний и поздний периоды фертильности, после прекращения приёма КОК можно наблюдать аменорею продолжительностью более 6 мес (синдром гиперторможения).

Правила Индивидуального подбора

КОК подбирают женщинам строго индивидуально с учётом особенностей соматического и гинекологического статуса, данных индивидуального и семейного анамнеза. Подбор КОК производят по следующей схеме:

- Целенаправленный опрос, оценка соматического и гинекологического статуса и определение категории приемлемости метода комбинированной оральной контрацепции для данной женщины в соответствии с критериями приемлемости ВОЗ.
- Выбор конкретного препарата с учётом его свойств и при необходимости лечебных эффектов; консультирование женщины о методе КОК.
- Наблюдение за женщиной в течение 3–4 мес, оценка переносимости и приемлемости препарата. При необходимости - решение о смене или отмене КОК.
- Диспансерное наблюдение за женщиной в течение всего времени использования КОК.

Препаратом первого выбора должен быть монофазный КОК с содержанием эстрогена не более 35 мкг/сут и низкоандрогенным гестагеном.

- Трёхфазные КОК можно рассматривать в качестве препаратов резерва при появлении признаков эстрогенной недостаточности на фоне монофазной контрацепции (плохой контроль цикла, сухость слизистой оболочки влагалища, снижение либидо). Кроме того, трёхфазные препараты показаны для первичного назначения женщинам с признаками эстрогенной недостаточности.
- При выборе препарата следует учитывать особенности состояния здоровья пациентки.
- Первые месяцы после начала приёма КОК служат периодом адаптации организма к гормональной перестройке. В это время возможно появление межменструальных мажущих кровотечений или реже — кровотечений «прорыва» (у 30–80% женщин), а также других побочных эффектов, связанных с нарушением гормонального равновесия (у 10–40% женщин).
- Если эти нежелательные явления не проходят в течение 3–4 мес, это может быть основанием для смены контрацептива (после исключения других причин — органических заболеваний репродуктивной системы, пропуска таблеток, лекарственных взаимодействий)

Основные принципы наблюдения женщин, применяющих КОК

- Ежегодное гинекологическое обследование, включающие кольпоскопию и цитологическое исследование;
- Осмотр молочных желёз каждые полгода (у женщин, в анамнезе которых отмечены доброкачественные опухоли молочных желёз и/или рак молочной железы в семье), проведении маммографии один раз в год (у пациенток в перименопаузе);
- Регулярное измерение АД: при повышении диастолического АД до 90 мм рт.ст. и более - прекращение приёма КОК;
- Специальное обследование по показаниям (при развитии побочных эффектов, появлении жалоб).
- При нарушениях менструальной функции - исключение беременности и трансвагинальное ультразвуковое сканирование матки и её придатков.

Правила приема КОК

Все современные КОК выпускают в «календарных» упаковках, рассчитанных на один цикл приёма (21 таблетка — по одной в день). Существуют также упаковки с 28 таблетками, в этом случае последние 7 таблеток не содержат гормонов («пустышки»). В таком случае упаковки следует принимать без перерыва, что уменьшает вероятность того, что женщина забудет вовремя начать приём следующей упаковки.

- Женщинам с аменореей следует начинать приём в любое время при условии достоверно исключенной беременности. В первые 7 дней требуется использовать дополнительный метод контрацепции.
- Женщинам, кормящим грудью:
- ранее чем через 6 нед после родов КОК не назначают;
- в период от 6 нед до 6 мес после родов, если женщина кормит грудью, использовать КОК только в случае крайней необходимости (метод выбора - минипили);

более чем через 6 мес после родов КОК назначают:

- при аменорее;
- при восстановленном менструальном цикле

Правило забытых и пропущенных таблеток

Если пропущена 1 таблетка:

- опоздание в приёме менее 12 ч - принять пропущенную таблетку и продолжить приём препарата до конца цикла по прежней схеме;

опоздание в приёме более 12 ч - те же действия плюс:

- при пропуске таблетки на 1й неделе использовать в течение последующих 7 дней презерватив;
- при пропуске таблетки на 2й неделе необходимости в дополнительных средствах предохранения нет;
- при пропуске таблетки на 3й неделе, закончив одну упаковку, следующую начать без перерыва; необходимости в дополнительных средствах предохранения нет.

Если пропущены 2 таблетки и более - принимать по 2 таблетки в день, пока приём не войдёт в обычный график, плюс использовать дополнительные методы контрацепции в течение 7 дней. Если после пропущенных таблеток начнутся кровянистые выделения, приём таблеток из текущей упаковки лучше прекратить и начать новую упаковку через 7 дней, считая от начала пропуска таблеток.

Правила назначения КОК

- Первичное назначение - с 1го дня менструального цикла. Если приём начат позже (но не позднее 5го дня цикла), то в первые 7 дней необходимо использовать дополнительные методы контрацепции.
- Назначение после аборта - сразу после аборта. Аборт в I, II триместрах, а также септический аборт относят к состояниям категории 1 (ограничений к использованию метода нет) для назначения КОК.
- Назначение после родов - при отсутствии лактации - не ранее 21го дня после родов. При наличии лактации КОК не назначать, использовать минипили не ранее чем через 6 нед после родов.
- Переход с высокодозированных КОК (50 мкг этинилэстрадиола) на низкодозированные (30 мкг этинилэстрадиола и менее) - без 7 дневного перерыва (чтобы не произошла активация гипоталамо-гипофизарной системы из-за снижения дозы).
- Переход с одного низкодозированного КОК на другой - после обычного 7 дневного перерыва.
- Переход с минипили на КОК - в первый день очередного кровотечения.
- Переход с инъекционного препарата на КОК - в день очередной инъекции.
- Переход с комбинированного вагинального кольца на КОК - в день удаления кольца или в день, когда должно было быть введено новое. Дополнительной контрацепции не требуется.

Минипили

- Оральные контрацептивы минипили содержат только микродозы прогестагенов (300–500 мкг), что составляет 15–30% дозы прогестагена в комбинированных эстрогенгестагенных препаратах.

Механизм контрацептивного действия минипили складывается из следующих факторов:

- шеечный фактор - под влиянием минипили уменьшается количество шеечной слизи, повышается её вязкость, что обеспечивает снижение пенетрирующей способности сперматозоидов в перiovуляторном периоде;
- маточный фактор - применение минипили приводит к изменениям эндометрия, препятствующим имплантации (преждевременная секреторная трансформация, а при длительном применении — атрофия эндометрия);
- трубный фактор - минипили обуславливают замедление миграции яйцеклетки по маточной трубе вследствие снижения сократительной активности маточных труб;
- центральный фактор - у 25–30% пациенток минипили подавляют овуляцию.

Минипили — надёжный метод контрацепции только у кормящих женщин. В других ситуациях следует использовать их только в том случае, если невозможно использовать более надёжные методы, например КОК.

Преимущества метода:

- низкое содержание прогестагена и отсутствие эстрогенного компонента;
- в сравнении с КОК более низкий риск развития заболеваний сердечнососудистой системы и цереброваскулярных нарушений;
- не влияют на углеводный обмен и систему свёртывания крови;
- оказывают терапевтическое действие при дисменорее, ПМС, овуляторных болях, воспалительных заболеваниях внутренних половых органов;
- быстрое восстановление фертильности (в течение 3 мес после отмены препарата);
- допускают применение в период лактации;
- возможно применение курящими женщинами старше 35 лет;
- простота и биодоступность применения.

Ограничения метода:

- меньшая контрацептивная эффективность по сравнению с КОК;
- необходимость строгого соблюдения режима приёма препарата (строго в одно и то же время);
- увеличение риска развития функциональных кист яичников;
- увеличение риска внематочной беременности (её частота составляет 2 на 100 женщин/лет; вместе с тем в соответствии с критериями приемлемости ВОЗ внематочная беременность в анамнезе отнесена ко 2му классу приемлемости, т.е. польза от применения метода превышает теоретический и доказанный риск);
- нарушения менструального цикла: появление ациклических маточных кровотечений; укорочение менструального цикла до 25 дней и менее; появление маточных кровотечений «прорыва».

Парентеральные препараты

- Инъекции - медроксипрогестерон.
- Импланты - дезогестрел.
- Трансдермальная контрацептивная система Евра.
- Внутриматочная гормональная система, выделяющая левоноргестрел (Мирена).
- Вагинальное кольцо - этоногестрел+этинилэстрадиол (НоваРинг).

Инъекционные

Механизм действия:

- подавление овуляции;
- сгущение цервикальной слизи, что препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки;
- изменение структуры эндометрия, что затрудняет имплантацию;
- снижение сократительной активности маточных труб.

Преимущества инъекционных контрацептивов:

- длительное действие;
- удобство использования;
- высокая надёжность (отсутствие ошибок пользователя).

Недостатки инъекционных контрацептивов:

- отсроченное восстановление фертильности;
- невозможность прекратить контрацептивную защиту в любое желаемое пациенткой время;
- необходимость регулярных обращений в клинику для повторных инъекций.

Трансдермальная контрацептивная система Евра - комбинированный эстрогенгестагенный контрацептив. Тонкий пластырь бежевого цвета, каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола и 6 мг норэльгестромина (биологически активный метаболит этинилэстрадиол+норгестимата). По дозировкам поступающих в кровь гормонов система евра соответствует микродозированным оральным контрацептивам. В системный кровоток в сутки поступает 150 мкг норэльгестромина и 20 мкг этинилэстрадиола.

В течение одного менструального цикла используют 3 пластыря, каждый из которых накладывают на 7 дней. Заменить пластырь необходимо в один и тот же день недели. Затем следует сделать 7дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция. Механизм контрацептивного действия системы евра подобен механизму действия КОК.



Преимущества пластыря:

- удобство применения;
- выделение минимальных доз гормонов;
- отсутствие эффекта первичного прохождения через печень и ЖКТ;
- быстрое восстановление фертильности после отмены;
- возможность применения у женщин различного возраста;
- возможность самостоятельного использования (без участия медицинского персонала);
- небольшое число побочных эффектов.

Недостатки пластыря:

- иногда пластырь может отклеиться, его можно смыть водой и т.д.;
- если потеря пластыря не замечена женщиной в течение 48 ч, возможно наступление беременности;
- ограниченное количество зон тела, на которые можно приклеивать пластырь;
- возможность местных побочных реакций.

Гормонсодержащие ВМК

В настоящее время довольно широко используют гормональное внутриматочное средство Мирена, представляющее собой левоноргестрелрилизинговую систему, сочетающую высокую контрацептивную эффективность и терапевтические свойства гормональных контрацептивов (КОК и подкожных имплантов) с удобствами и длительным действием ВМК. Срок использования Мирены составляет 5 лет, хотя контрацептивный эффект сохраняется до 7 лет.

Механизм действия Мирены основан на сочетании механизмов действия ВМК и левоноргестрела, за счёт которых:

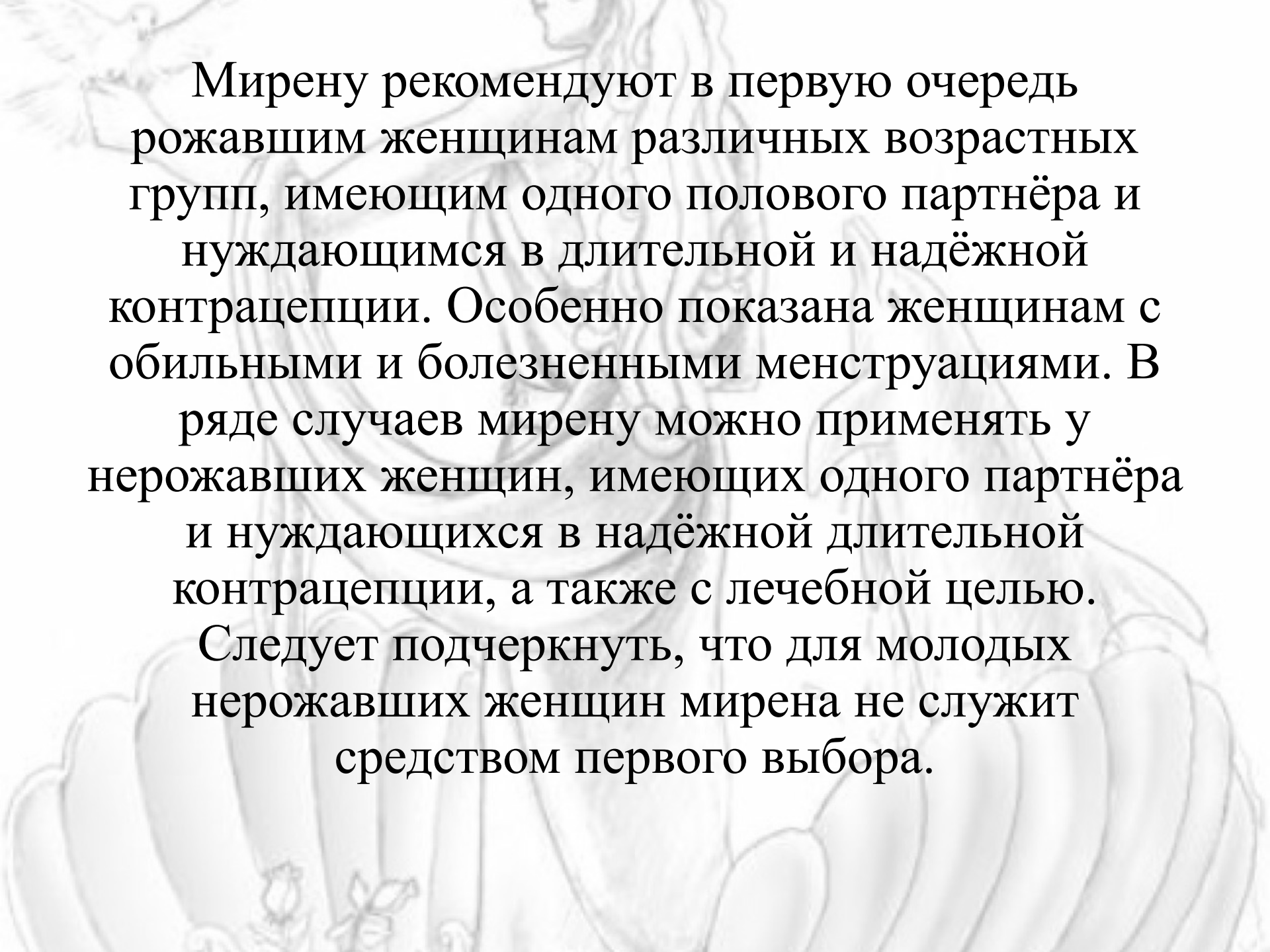
- подавляется функциональная активность эндометрия: тормозится пролиферация эндометрия, развивается атрофия эндометриальных желёз, псевдодецидуальная трансформация стромы и сосудистые изменения, что препятствует имплантации;
- происходит изменение физикохимических свойств цервикальной слизи (повышается вязкость), что затрудняет пенетрацию сперматозоидов;
- уменьшается подвижность сперматозоидов в полости матки и маточных трубах.

Преимущества метода:

- надёжный контрацептивный эффект;
- высокая безопасность;
- обратимость контрацептивного воздействия (фертильность восстанавливается через 6–24 мес после окончания действия средства);
- отсутствие связи с половым актом и необходимости самоконтроля;
- уменьшение менструальной кровопотери (у 82–96% пациенток);
- лечебный эффект при идиопатической меноррагии;
- возможность применения при ММ небольших размеров.

Противопоказания к применению Мирены:

острый тромбофлебит или тромбоэмболические состояния;
рак молочной железы;
острый гепатит;
цирроз печени в тяжёлой форме, опухоли печени;
ишемическая болезнь сердца;



Мирену рекомендуют в первую очередь рожавшим женщинам различных возрастных групп, имеющим одного полового партнёра и нуждающимся в длительной и надёжной контрацепции. Особенно показана женщинам с обильными и болезненными менструациями. В ряде случаев мирену можно применять у нерожавших женщин, имеющих одного партнёра и нуждающихся в надёжной длительной контрацепции, а также с лечебной целью. Следует подчеркнуть, что для молодых нерожавших женщин мирена не служит средством первого выбора.

Побочные эффекты и осложнения :

- в течение первых 3–4 мес использования ВМК левоноргестрел может оказывать незначительное системное влияние, проявляющееся в виде изменения настроения, головной боли, масталгии, тошноты, акне;
- возможно развитие функциональных кист яичников (у 12% пациенток), которые, как правило, регрессируют самостоятельно и не требуют удаления ВМК;
- возможны нарушения менструального цикла

Ограничения метода:

- нарушения менструального цикла в виде нерегулярных маточных кровотечений;
- возможность развития аменореи, причиной которой служит локальное влияние левоноргестрела на эндометрий, а не нарушения функции системы «гипоталамус–гипофиз–яичники»; вместе с тем для женщин с обильными менструациями и железодефицитной анемией развитие этого состояния может быть преимуществом.

Лечебные (неконтрацептивные) эффекты:

- уменьшение интенсивности менструального кровотечения и повышение уровня гемоглобина и железа в крови;
- облегчение болевого синдрома при дисменорее;
- возможность использования в качестве компонента ЗГТ в перименопаузе благодаря выраженному супрессивному действию на эндометрий;
- альтернатива хирургическим методам лечения;
- профилактика миомы и внутреннего эндометриоза матки;
- профилактика гиперпластических процессов и рака эндометрия.

Мирену рекомендуют вводить с 4го по 6й день менструального цикла. Техника введения имеет некоторые особенности, обусловленные несколько большим её диаметром по сравнению с другими ВМК. В связи с этим иногда требуется расширение канала шейки и проведение местной анестезии с использованием лидокаина в аэрозоле.



Вагинальное кольцо НоваРинг

- Метод контрацепции, при котором используют влагалищный путь введения гормонов.

В сутки из кольца высвобождается 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела, который представляет собой активный метаболит дезогестрела, что обеспечивает высокую контрацептивную эффективность. Влагалищный путь введения позволяет достичь существенных преимуществ:

- Во-первых, достигается стабильный гормональный фон;
- Во-вторых, отсутствует первичное прохождение через печень и ЖКТ. Это позволяет достичь необходимой эффективности и отличной переносимости на меньших, чем в таблетках, ежедневных дозах гормонов. Таким образом, системное влияние на организм женщины минимально, к тому же комплекс не влияет на массу тела в связи с минимальной дозой и стабильным уровнем гормонов в крови.

- Основной механизм действия НоваРинга - подавление овуляции. Кроме того, вызывает повышение вязкости цервикальной слизи.

Каждое кольцо предназначено для применения в течение одного менструального цикла. Женщина сама вводит и удаляет НоваРинг. Вводят с 1го по 5й день менструального цикла, в течение 3 нед он находится во влагалище, затем его удаляют и делают 7дневный перерыв, после чего вводят следующее кольцо. В течение первых 7 дней применения вагинального кольца необходимо использовать презерватив. В последующих циклах нет необходимости в дополнительном использовании какой либо контрацепции. Побочные реакции и противопоказания сходны с таковыми при использовании КОК и трансдермальной системы.



Экстренная контрацепция

- Метод предупреждения беременности после незащищённого полового акта, когда требуется немедленная защита от нежелательной беременности после случайного полового акта, при разрыве презерватива, изнасиловании и т.д.
- Механизм экстренной контрацепции заключается в подавлении или задержке овуляции, нарушении процесса оплодотворения, транспорта яйцеклетки и имплантации бластоцисты. Как известно, имплантация последней в слизистую оболочку матки начинается приблизительно через 5 дней после оплодотворения и заканчивается через неделю после него. После завершения процесса имплантации методы экстренной контрацепции уже неэффективны. Эффект возможен при применении её в течение первых 24–72 ч после незащищённого полового контакта.

- В этих и подобных случаях экстренную контрацепцию можно рассматривать как реальную альтернативу аборту. Вместе с тем её нельзя рассматривать как регулярный метод предупреждения незапланированной беременности. Экстренную контрацепцию называют ещё посткоитальной, или аварийной, контрацепцией.

В настоящее время для экстренной контрацепции используют:

- КОК;
- прогестагены;
- медьсодержащие ВМК(в рамках тематики доклада не рассматривается).

Метод ЮЗПЕ

Метод экстренной контрацепции с помощью КОК был разработан в 1977 г. Yuzpe и Lancee.

- Он заключается в двукратном приёме 100 мкг этинилэстрадиола и 0,5 мг левоноргестрела. Первую дозу необходимо принять в течение 72 ч после незащищённого полового акта. Вторую - через 12 ч после первой дозы.


С целью экстренной контрацепции можно использовать практически все современные КОК в соответствующих дозах: 8 таблеток низкодозированного КОК (содержащего 30–35 мкг этинилэстрадиола), принятые в два приёма с 12-часовым интервалом, или 4 таблетки высокодозированного КОК (содержащего 50 мкг этинилэстрадиола), также принятые в два приёма с 12-часовым интервалом.

Противопоказаниями к применению метода - беременность, а также состояния, при которых противопоказаны эстрогены (тромбоэмболии в анамнезе, тяжёлые заболевания печени, кровотечения неясной этиологии, рак молочных желёз и эндометрия). Основные побочные эффекты: тошнота (51%), рвота (19%), масталгия, кровотечение.

Прогестагенная экстренная контрацепция

Используют препарат постинор, содержащий в одной таблетке 0,75 мг левоноргестрела, и эскапел, содержащий в одной таблетке 1,5 мг левоноргестрела.

- Используют 2 таблетки постинора: первую таблетку необходимо принять в течение 48 ч после незащищённого полового акта, вторую - через 12 ч.
- Эскапел, содержащим 1,5 мг левоноргестрела, рекомендуют принимать однократно не позднее 72 ч после незащищённого полового акта.



Будьте Здоровы