

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ. КОНТРАЦЕПЦИЯ



«Планирование семьи» – в соответствии с определением ВОЗ, включает комплекс мероприятий, способствующих решению одновременно нескольких задач:

- ◎ избежать наступления нежелательной беременности;
- ◎ иметь только желанных детей;
- ◎ регулировать интервал между беременностями;
- ◎ контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей;
- ◎ устанавливать число детей в семье.

В широком смысле *«планирование семьи»* - это комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на демографическую коррекцию (регуляцию рождаемости), сохранение репродуктивного здоровья населения и обеспечение рождаемости здорового потомства.

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия.

Это значит, что у людей есть возможность воспроизводить себя и что они, вольны принимать решения о том, что делать, делать ли это, и когда делать и как часто. При этом подразумевается право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методом регулирования рождаемости по их выбору.

Право на планирование семьи или по другому, более правильному определению "на свободное и ответственное родительства - является международно-признанным, неотъемлемым правом каждого человека. Оно закреплено важнейшими документами ООН: Всеобщей декларацией прав человека(1948), международной конференцией по правам человека (Тегеран,1968), Декларацией Социального прогресса и развития(1968), Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин(1979), Майробистскими перспективными стратегическими в области улучшения положения женщин (1986).

Актуальность проблемы

По данным ВОЗ, Россия находится на *втором месте* в мире после Румынии по количеству абортов (хирургических и медикаментозных) и на *первом месте* – по количеству только хирургических абортов (с выскабливанием полости матки).

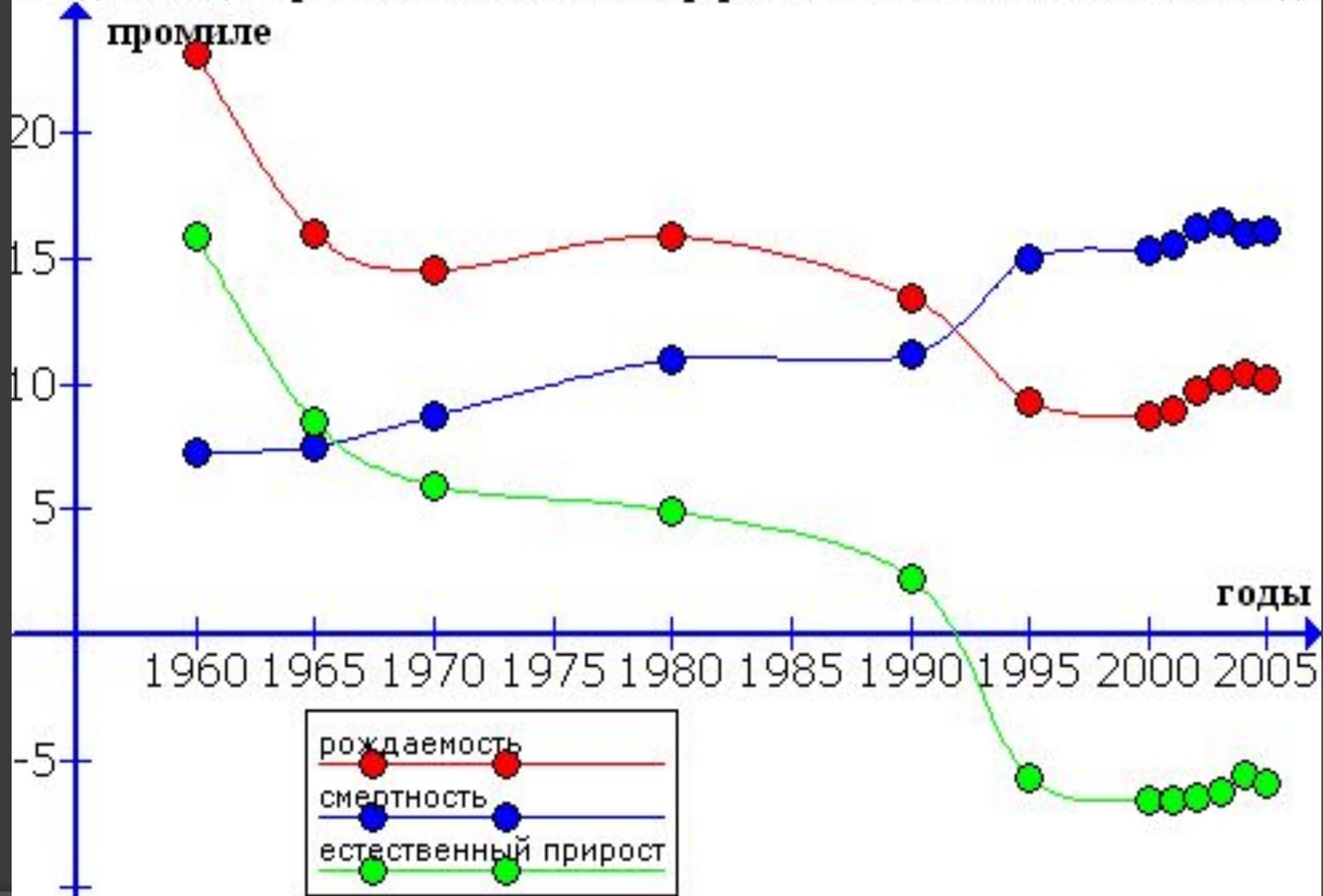
Каждая третья россиянка до 24 лет и 80% женщин до 44 лет хотя бы раз в жизни делали аборт.

10% среди идущих на аборт составляют девочки-подростки, не достигшие 19 лет. Ежегодно около 10 из них погибает от осложнений этой операции.

Соотношение абортов к родам во взрослом возрасте составляет 1:1, а у подростков 5:1.

Таким образом, основным методом регулирования рождаемости (особенно у подростков) в России является искусственное прерывание беременности, которое оказывает неблагоприятное воздействие в будущем на репродуктивное здоровье женщин, а иногда является основной причиной материнской смертности.

Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в России с 1960-го года



Причины пренебрежения средствами контрацепции

1. Отношение к аборту как к безобидной манипуляции, которая не наносит вреда здоровью.
2. Отсутствие знаний о современных видах контрацепции, их эффективности и переносимости.

Цель регулирования сроков наступления беременности

- ◎ Предупреждение беременности у женщин моложе 19 лет и старше 35 лет, соблюдение интервала между родами на менее 2 – 2,5 лет уменьшают материнскую и раннюю детскую смертность более чем в 2 раза.
- ◎ По данным ВОЗ, смертность детей, рожденных с интервалом менее года, вдвое выше, чем рожденных с интервалом в два и более лет.

Планирование семьи включает следующие основные виды деятельности

- информация и консультирование населения по вопросам планирования семьи;
- организация служб планирования семьи;
- обеспечение населения средствами контрацепции;
- лечение бесплодия и сексуальных расстройств;
- формирование общественного мнения в процессе работы, направленной на изменение устоявшихся представлений о планировании семьи как о чисто медицинской или внутрисемейную проблему;
- повышение уровня знаний и квалификации по этой проблеме не только акушеров-гинекологов и врачей других специальностей, а также средних медицинских работников, в первую очередь, акушеров фельдшерско-акушерского пункта;
- углубления и распространения работы по половому воспитанию детей и подростков, подготовки педагогов и родителей по вопросам сексуального развития детей;
- привлечение СМИ к освещению проблемы планирования семьи, сексуальной культуры, семейно-брачных отношений;
- повышение доступности и качества медицинских услуг в службе планирования семьи.

Контрацепция (от латинского: contra – против и conception – зачатие, восприятие) – это предупреждение непланируемой беременности у женщин репродуктивного возраста.

Контрацепция является важной составляющей программы планирования семьи.

Контрацептивная эффективность определяется *индексом Перля* (коэффициент беременности). Данный показатель отражает количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, постоянно использующих конкретное контрацептивное средство.

Классификация методов контрацепции

1. Методы естественного планирования семьи:

- ⦿ ритмический метод
- ⦿ прерванный половой акт
- ⦿ временное воздержание
- ⦿ метод лактационной аменореи

2. Барьерные методы (механические):

- ⦿ мужской и женский презерватив
- ⦿ диафрагма
- ⦿ шеечный колпачок
- ⦿ губка

3. Химические методы (спермициды):

- ⦿ гель, таблетки, суппозитории, крема и др.

4. Внутриматочная контрацепция:

- ⦿ инертные внутриматочные контрацептивы (нейтральные)
- ⦿ медикаментозные внутриматочные системы (гестагенсодержащие)

5. Гормональные контрацептивы:

- ⦿ таблетированная форма
- ⦿ влагалищное кольцо «НоваРинг»
- ⦿ пластырь «ЕВРА»
- ⦿ импланты «Норплант»
- ⦿ инъекционная форма

6. Хирургические методы контрацепции:

- ⦿ женская стерилизация
- ⦿ мужская стерилизация

7. Экстренная контрацепция

Естественные методы планирования семьи

- ⦿ календарный метод
- ⦿ температурный метод
- ⦿ цервикальный метод
- ⦿ метод лактационной аменореи
- ⦿ прерванный половой акт
- ⦿ половое воздержание

Принципы естественных методов – периодическое воздержание, прерывание полового акта или применение других способов предохранения во время фертильной фазы менструального цикла.

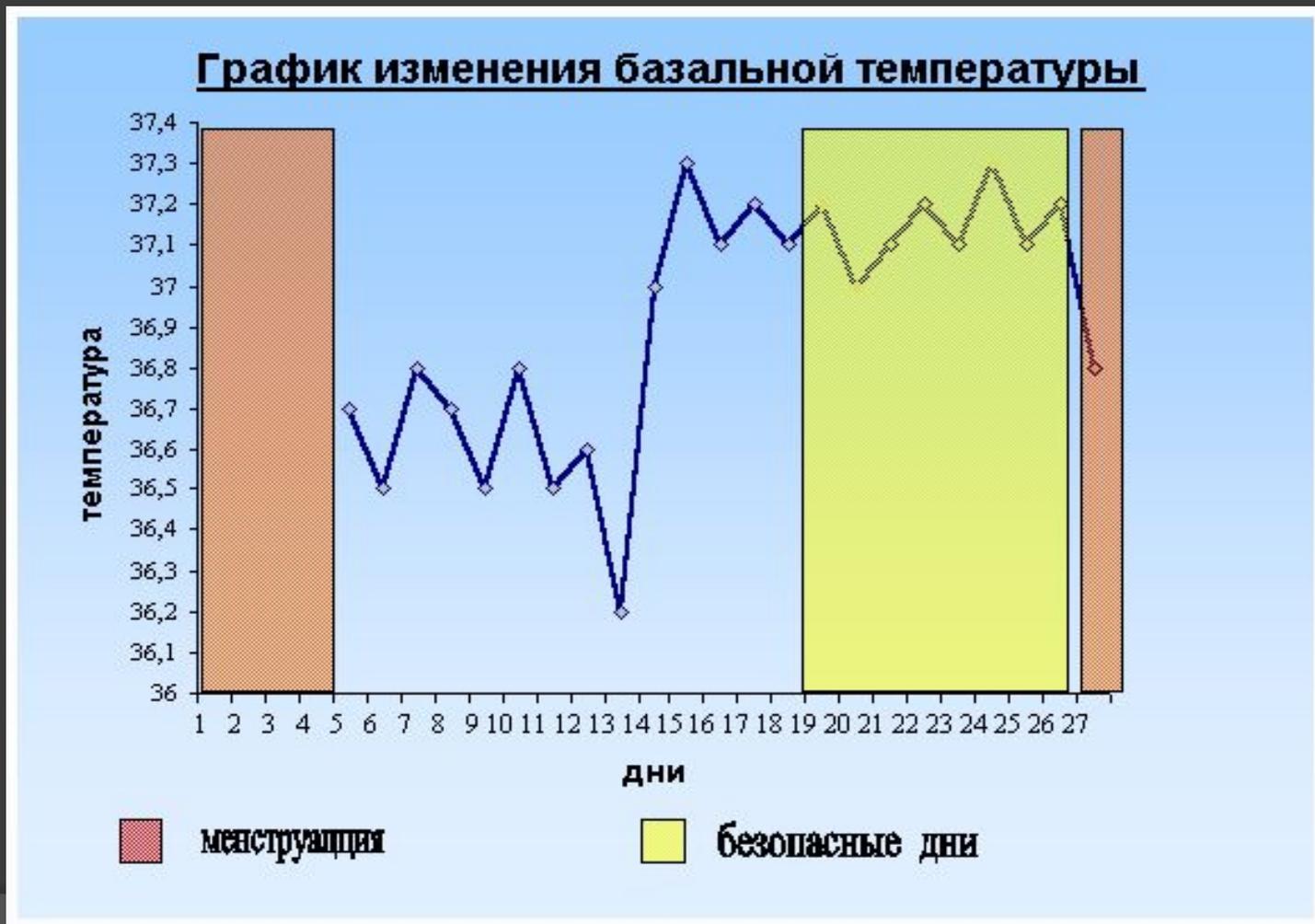
Календарный или ритмический метод

основан на определении времени овуляции, которая наблюдается на 12 – 14 день менструального цикла.

Учитывая жизнеспособность яйцеклетки (20 – 24ч) и сперматозоидов (48 ч), следует избегать полового сношения с 8-го по 17 день менструального цикла.



Температурный метод основан на определении овуляции по базальной температуре (определяемой ректально, либо вагинально) .



Цервикальный метод

основан на циклических изменениях шеечной слизи под влиянием эстрогенов. Перед овуляцией цервикальная слизь становится светлой, прозрачной, тягучей и обильной; в остальные дни в небольшом количестве, менее тягучая.



Метод прерванного полового акта заключается в том, что половой партнер извлекает половой член из влагалища до наступления эякуляции.

Главный недостаток – низкий контрацептивный эффект, индекс Перля составляет 24 на 100 женщин. Этот метод не одобряется психиатрами и урологами в связи с возможным нарушением (женского и мужского) оргазма, развитием неврозов и импотенции.

Метод лактационной аменореи – использование грудного вскармливания в качестве метода предохранения от беременности. Грудное вскармливание стимулирует выработку *пролактина*, который подавляет овуляцию. При использовании этого метода должны соблюдаться 3 условия:

- ⦿ кормление грудью не реже 8 раз в сутки (не реже, чем через 4 часа, с 6-ти часовым ночным перерывом);
- ⦿ наличие аменореи;
- ⦿ использовать метод не более 6 месяцев после родов.



Барьерные (механические) методы контрацепции

По данным мировой статистики, в 1990 г. традиционные методы контрацепции использовали около 72 миллионов супружеских пар.

Барьерные методы контрацепции могут применяться изолированно, однако, более целесообразно использовать их в комплексе со спермицидами для усиления контрацептивного действия.

К механическим методам контрацепции относятся:

- шеечные колпачки;
- диафрагмы;
- презервативы;
- контрацептивные губки.

Механизм контрацептивного действия БМ основан на предотвращении проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхний отдел репродуктивной системы благодаря созданию механического препятствия (барьера).

«Мужской» метод – презерватив (единственное средство, защищающее от ИППП, гепатитов и ВИЧ).

«Женский» метод – презерватив, влагалищная диафрагма, шейный колпачок, контрацептивные губки.

Механизм действия: препятствует попаданию спермы в верхние репродуктивные пути женщины. Не защищает от ИППП.

Диафрагма

Влагалищная диафрагма представляет собой плотное пружинящее кольцо, покрытое резиной, с резиновым колпачком, имеющим форму полушария.

Впервые диафрагма, изготовленная из резины, была предложена в 1883 г. немецким ученым С. Нассе. В дальнейшем диафрагмы завоевали популярность не только в Германии, но и за ее пределами. Так, в Голландии они получили название "Голландского колпачка"- "Dutch cap" или "Голландской свечки". Спустя 100 лет появилась усовершенствованная модель диафрагмы с мягкой каймой из латекса и ободком, обеспечивающим плотное соприкосновение со стенками влагалища.

Диафрагму вводят во влагалище выпуклой стороной наружу и надевают на шейку матки, перекрывая доступ к шейчному каналу.

Диафрагма вводится во влагалище непосредственно перед половым актом, ее контрацептивная эффективность низкая и составляет около 85-90 % в зависимости от того, насколько женщина следует правилам ее использования.

Размер определяется диаметром ободка в миллиметрах (от 50-55 мм до 95 мм), а разнообразие видов обуславливается различными пружинами, которыми снабжены диафрагмы:

- 1. *диафрагма с плоской пружиной.*** Рекомендуется для молодых нерожавших женщин. Её строение таково, что введение и извлечение его из влагалища очень просто и не требует специальных навыков.
- 2. *диафрагма со спиралеобразной пружиной.*** Она обладает несколько большим размером (от 50 до 95 мм), рекомендуется пациенткам с умеренным тонусом мышц влагалища и умеренно выраженной выемкой лобковой дуги. Однако требует для помещения во влагалище специальных пластмассовых щипцов.

3. *диафрагма с дугообразной пружиной* - приемлема для большинства женщин, включая пациенток со слабым тонусом мышц влагалища, с цисто- и ректоцеле.
4. в виде гибкой каймы (шириной 1.5 см, соединенной с внутренним краем ободка), которая обеспечивает плотное соприкосновение со стенками влагалища, и удобна для нанесения спермицида.

Подбор диафрагмы осуществляет врач, а также обучает пациентку технике ее введения и извлечения.

При выборе диафрагмы учитывают ширину, глубину влагалища и тонус мышц промежности.

Влагалищная диафрагма



Оптимальной считается диафрагма, введение которой не вызывает дискомфорта (диафрагма большего размера вызовет появление болей внизу живота, дискомфорт и другие осложнения; в то же время, диафрагма меньшего размера не защитит от беременности).

Существует достаточно простой прием, позволяющий убедиться в правильности подбора размера диафрагмы: наибольший диаметр диафрагмы должен быть равен глубине влагалища, т.е. расстоянию от нижнего края лобковой кости до заднего свода влагалища.

Правильно подобранная диафрагма не должна смещаться, так как плотно соприкасается с боковыми стенками и задним сводом влагалища.

Рожавшим женщинам обычно подходят диафрагмы от 70 до 80 мм.

После родов, абортов, гинекологических операций. при похудании, а также прибавке в весе более чем на 4 кг необходим подбор диафрагмы иного размера.

Техника введения диафрагмы

1. Проверить целостность диафрагмы.
2. Внутреннюю поверхность и края диафрагмы смазать спермицидной пастой в количестве 1 ст. ложки (например, Ноноксинолом-9).
3. Сидя на корточках или лежа на спине, левой рукой развести половые губы. Указательным и большим пальцами правой руки ввести диафрагму (в сжатом виде) по задней стенке влагалища до заднего свода.
4. После этого подтолкнуть переднюю, часть ободка диафрагмы кверху вдоль передней стенки влагалища к нижнему краю лобковой кости. Пальпаторно проверить правильность расположения диафрагмы, которая должна покрывать шейку матки.

Уход за диафрагмой

Перед применением влагалищную диафрагму необходимо промыть теплой водой с мылом или дезинфицирующим веществом и смазать ободок противозачаточной пастой, что повысит низкую контрацептивную эффективность средства.

Введение осуществляется непосредственно перед половым актом. Извлекается диафрагма не менее чем через 8 часов и не более, чем через 24 часа после полового акта.

Уход за диафрагмой

После извлечения влагалище желательно проспринцевать дезинфицирующим раствором.

При повторных половых актах удалять диафрагму нет необходимости, но одновременно стоит добавить дополнительное количество спермицида.

После каждого полового акта и извлечения диафрагмы из влагалища женщина должна обязательно проверять ее целостность.

После каждого использования диафрагму моют с мылом, вытирают и опускают на 20 минут в 70-80% раствор этилового спирта для дезинфекции. Хранят диафрагму в сухом месте.

Показания для применения диафрагмы:

- ⦿ местная контрацепция у женщин со сниженным риском наступления беременности (при редких половых сношениях или в позднем репродуктивном периоде)
- ⦿ в комбинации с ритмическим методом контрацепции
- ⦿ временный метод контрацепции во время перерыва в применении оральных контрацептивов (ОК) или внутриматочных средств (ВМС).

Противопоказания для применения диафрагмы:

- ⦿ высокий риск в случае наступления нежелательной беременности
- ⦿ аллергия на резину, спермициды, латекс, эндоцервицит
- ⦿ эрозия шейки матки
- ⦿ подозрение или наличие злокачественной трансформации шейки матки
- ⦿ кольпит
- ⦿ рецидивирующие инфекции мочевого тракта
- ⦿ синдром токсического шока в анамнезе
- ⦿ аномалии развития влагалища
- ⦿ опущения стенок влагалища (исключение - диафрагма шарнирной конструкции).

Осложнения и побочные эффекты, вызываемые диафрагмой:

- ⦿ аллергия
- ⦿ задержка мочеиспускания
- ⦿ чувство дискомфорта у женщины и/или полового партнера вследствие давления ободка диафрагмы
- ⦿ рецидивы вагинального кандидоза
- ⦿ обострения воспалительных заболеваний внутренних органов.

Ограничения метода:

- ◎ сравнительно низкая контрацептивная эффективность ;
- ◎ необходимость одновременного применения спермицидов, а также проведения манипуляций во влагалище непосредственно перед половым сношением ;
- ◎ не снимает "страх" перед нежелательной беременностью (вследствие низкой эффективности).

Преимущества метода:

- ◎ простота и доступность
- ◎ возможность многократного применения
- ◎ дешевизна

Шеечный (влагалищный, цервикальный) колпачок

Относится к методам барьерной контрацепции и представляет собой механическое приспособление из мягкой, эластичной резины, которое надевается на шейку матки. Он обладает своеобразным «присасывающим» эффектом и за счет этого удерживается на нужном месте, создавая механическое препятствие для попадания сперматозоидов в матку и маточные трубы.

- ◎ Шеечные колпачки были созданы одновременно с диафрагмами. Имеют форму широкого наперстка или чашки.
- ◎ Первоначально колпачки изготавливали из серебра или меди, впоследствии - из каучука, алюминия, плотной резины, пластмассы, а в настоящее время - из мягкой резины.

Шеечный колпачок



Типы шеечных колпачков

- ◎ **колпачок Кафка** из каучука, алюминия или плотной резины, размерами 25, 28, 31 мм (соответственно внутреннему диаметру колпачка в мм); надевается врачом на шейку матки через 3 дня после окончания менструации и извлекается за 3 дня до очередной менструации; рекомендуется пациенткам с длинной шейкой матки цилиндрической формы.
- ◎ **колпачок Прентифа** из мягкой резины, вдоль внутренней поверхности ободка имеет выемку; надевается врачом или пациенткой на шейку матки на 36 - 48 часов; размеры - 22, 25, 28, 31 мм; рекомендуется женщинам с цилиндрической формой шейки матки.
- ◎ **колпачок Думаса** - неглубокий, из толстой мягкой резины, плотно прилегает к сводам влагалища, напоминая диафрагму; размеры - 50-75 мм; рекомендуется при деформациях или рубцовых изменениях шейки матки; надевается пациенткой на 36-48 часов.

Подбор шеечных колпачков

Колпачок Цумаса подбирают аналогично диафрагме. Внутренний ободок правильно подобранных колпачков Кафка и Прентифа плотно прилегает к шейке матки. Куполообразная часть колпачка не должна касаться области наружного зева.

Подбор шеечных колпачков выполняет гинеколог.

Уход за шеечным колпачком

После каждого использования колпачок моют с мылом, вытирают, замачивают в растворе хлорной извести (1 часть извести на 3 части воды) для профилактики заболеваний, передаваемых половым путем.

При правильном использовании колпачка *эффективность* оценивается в **96%**.

Колпачок вводят непосредственно или за 30 минут до полового сношения (для создания отрицательного давления) и оставляют во влагалище в течение 6 - 8 часов (максимально до 36-48 ч, исключение составляет колпачок Кафка).

Контрацептивный гель



Шеечный колпачок



Цервикальный колпачок Прентифа



Колпачок Думаса



Колпачок Вимуля

Преимущества перед другими методами контрацепции :

- ⦿ Колпачок можно использовать многократно;
- ⦿ Если соблюдать меры предосторожности, то колпачок может прослужить около года;
- ⦿ Этот контрацептивный метод дает возможность с легкостью отказаться от него в том случае, если женщина решила забеременеть;
- ⦿ Если контрацепция подвела, можно рожать;
- ⦿ Этот способ контрацепции можно использовать женщинам, кормящим грудью;

Преимущества перед другими методами контрацепции :

- ⦿ Женщина может использовать такой метод на протяжении всего периода своей репродуктивной жизни;
- ⦿ В сочетании со спермицидными средствами колпачки защищают от некоторых заболеваний, передающихся половым путем;
- ⦿ Колпачок может использоваться во время менструации;
- ⦿ Этот метод контрацепции не нарушает химический баланс организма и не вызывает дисфункций, как это бывает при приеме противозачаточных таблеток или использования спирали;
- ⦿ Колпачки могут обеспечить профилактику рака шейки матки, связанного с вирусом папилломы.

Недостатки метода:

- ⦿ После родов или похудения необходим повторный подбор;
- ⦿ Необходимо заранее планировать половой акт;
- ⦿ Возможно снижение остроты сексуальных ощущений у обоих партнеров.
- ⦿ Требуют специального ухода и хранения;
- ⦿ Не предохраняют от заражения вирусом гепатита В, герпеса, ВИЧ инфекции;
- ⦿ Колпачки и диафрагмы эффективны только в том случае, если они правильно установлены, а это требует определенной тренировки;
- ⦿ Колпачки различаются по форме и размерам. Поэтому для их подбора необходима консультация гинеколога.

Противопоказания:

- ⊙ для женщин с аллергией на резину, латекс или спермициды,
- ⊙ с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы,
- ⊙ аномалиями развития половых органов,
- ⊙ эрозией шейки матки,
- ⊙ если в анамнезе имеется синдром токсического шока,
- ⊙ использование в течение 6 недель после родов или аборта,
- ⊙ первое время после родов, когда влагалище еще увеличено, а тазовые мышцы не приобрели былую упругость.

Мужской презерватив



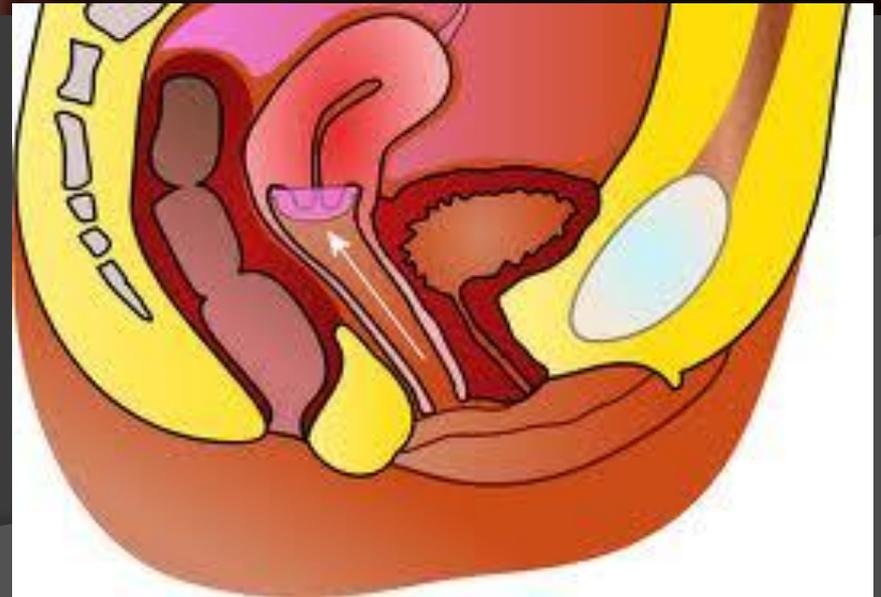
Он высокоэффективен (по разным источникам, его эффективность составляет от 90 до 95 %), широко доступен и, в отличие практически от всех иных контрацептивов, дает надежную защиту от ЗППП – заболеваний, передающихся половым путем.

Современный презерватив представляет собой как бы чехол из латекса длиной около 16 – 18 см (среднестатистическая длина полового члена в возбужденном состоянии).

Презерватив надевают на половой член, когда тот находится в возбужденном состоянии, непосредственно перед сексуальным контактом. Его надевают, подобно чулку, постепенно разворачивая до основания пениса.

После эякуляции презерватив нужно сразу же снять, не торопясь, чтобы сперма не вытекла и не попала во влагалище. Желательно проверить целостность презерватива и, если он вдруг порвался, принять меры по профилактике ЗППП и, в «опасные» дни менструального цикла, при необходимости, принять меры к экстренной контрацепции.

Женский презерватив



Женские презервативы являются относительно новыми барьерными средствами контрацепции.

Они так же, как и мужские, подразумевают одноразовое применение и также защищают не только от нежелательной беременности, но и от инфекций передающихся половым путем.

При правильном использовании эффективность этого метода достигает 95-97%.

Изготавливаются подобные изделия исключительно из полиуретанового пластика, представляя собой своеобразный цилиндр длиной около 15 см и диаметром около 8 см с одним закрытым концом. Вверху и внизу цилиндра закреплены более жесткие по структуре кольца, нижнее из которых удерживает женский презерватив во влагалище, а верхнее препятствует соприкосновению пениса и половых губ. Таким образом, обеспечивается оптимальная защита, как от нежелательной беременности, так и от передачи инфекционных заболеваний.

Преимущества метода

Основное преимущество женского презерватива как нового средства контрацепции по сравнению с традиционным мужским презервативом заключается в том, что он не уменьшает чувствительности, так как очень тонок и к тому же не создает жесткой фиксации полового члена мужчины, позволяя тому свободно двигаться относительно влагалища.

Кроме того, женский презерватив надежнее защищает от передачи инфекций половым путем, так как закрывает кожу наружных половых органов.

Контрацептивные губки

Это новейшее противозачаточное средство, получившее сейчас широкое распространение, представляет собой мягкий тампон (или иначе - губка) одноразового использования, вводимый во влагалище.

Противозачаточная губка сочетает эффекты механического и химического методов - препятствует проникновению сперматозоидов в канал шейки матки и выделяет спермицидное вещество.

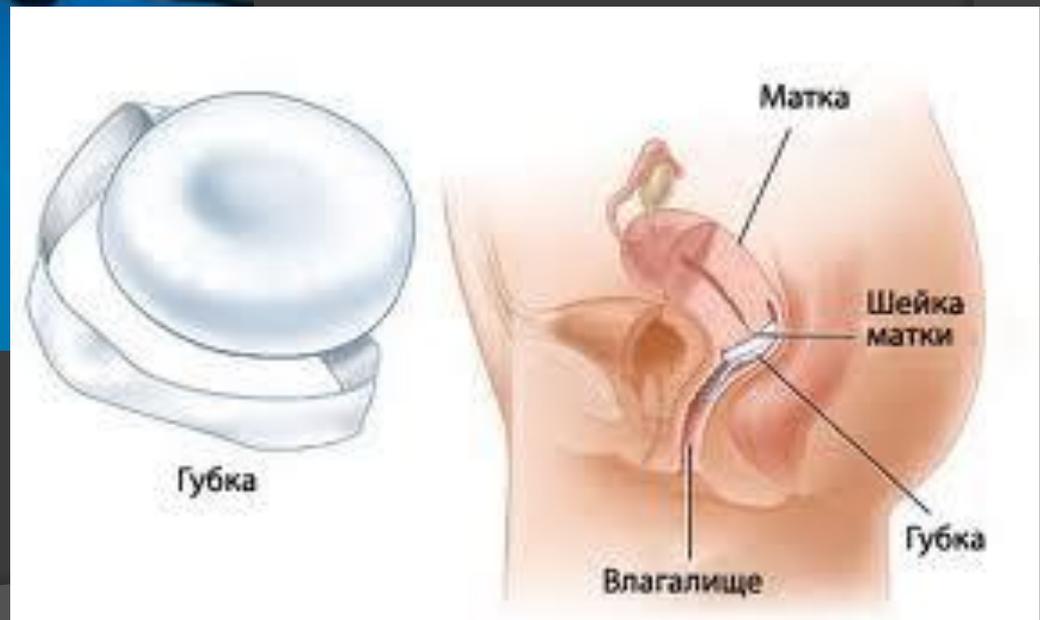
Форма выпуска: природная морская губка, пропитанная спермицидом, губка из полиуретана, содержащая 1 г Ноноксинола-9. Выпускаются одного размера.

В настоящее время продается исключительно под фирменным названием Today. Губка имеет округлую форму, ее величина примерно 5 x 2,5 см; изготовлена из полиуретана, пропитанного спермицидом ноноксилоном-9.

Противозачаточные губки продаются в аптеках без рецепта и их не нужно подбирать с помощью врача.

Один из главных недостатков губки в том, что могут возникнуть трудности с ее введением и извлечением. В редких случаях губка может разорваться, может произойти смещение. Губки предназначены только для одноразового использования. В настоящее время сравнительно дорого стоят.

Контрацептивная губка



Правила использования губок

Противозачаточная губка вводится во влагалище до полового акта. Губку сначала смачивают примерно двумя столовыми ложками воды и слегка отжимают до появления пены (это активизирует содержащийся в губке спермицид). Введение производят либо рукой, либо при помощи аппликатора. Губка должна присутствовать во влагалище не менее 6 ч после полового сношения, но в общей сложности не более 30 ч. Для ее извлечения необходимо потянуть ниточку, привязанную к одному из концов.

Многие неудачи возникают в результате неправильного применения — слишком быстрого удаления губки после полового акта.

Эффективность губки можно значительно повысить, применяя их в сочетании с презервативами.

Противопоказания:

- ⊙ высокий риск в случае наступления нежелательной беременности
- ⊙ аллергия на спермицид, полиуретан
- ⊙ аномалии развития влагалища
- ⊙ синдром токсического шока в анамнезе
- ⊙ недавние роды
- ⊙ искусственный или самопроизвольный аборт (менее 1/2 мес)
- ⊙ маточное кровотечение
- ⊙ непосредственно после окончания менструации
- ⊙ кольпит
- ⊙ цервицит.

Ограничения метода:

- ⊙ сравнительно низкий контрацептивный эффект
- ⊙ аллергия на спермициды
- ⊙ одноразовое использование
- ⊙ не снимает "страх" перед нежелательной беременностью (вследствие низкой эффективности).

Преимущества метода:

- ⊙ простота
- ⊙ предохраняет от заболеваний, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз).

К достоинствам этого метода контрацепции можно отнести то, что губка отличается простотой использования, она практически не ощущается во время коитуса, гигиенична – впитывает сперму и влагалищные выделения.

Губка снижает риск заражения половыми инфекциями, предотвращает возникновение опухолей и воспалительных заболеваний влагалища. Однако она слабо предохраняют от ВИЧ-инфекции.

Еще одно важное преимущество губки состоит в том, что ее противозачаточные свойства сохраняются в течение суток без повторного смачивания, т.е. она обеспечивает защиту независимо от числа половых актов.

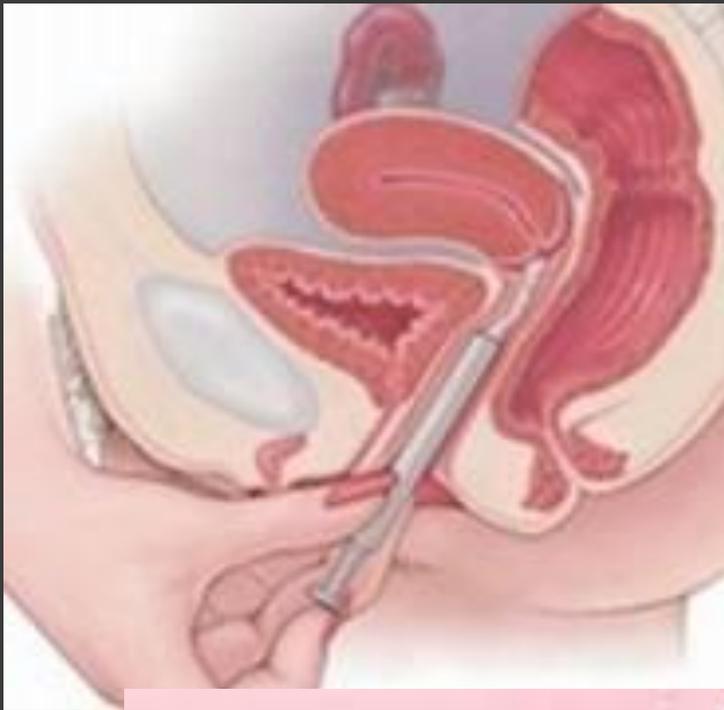
Следует помнить, что губка вводится внутрь тела, поэтому большое значение имеет соблюдение чистоты и гигиены.

Спермициды – это химические вещества, инактивирующие (снижающие подвижность сперматозоидов) или убивающие сперматозоиды во влагалище до того, как они успевают проникнуть в верхние отделы полового тракта женщины.

Выпускаются в виде аэрозолей (пены), паст, гелей (крема), вагинальных пенящихся таблеток или суппозиториев.

Необходимо ввести за 10 – 15 минут до полового акта; каждое введение эффективно в течение 1 – 2 часов.

- ⦿ Механизм контрацептивного действия спермицидов (или химических средств контрацепции) основан на способности активного ингредиента, входящего в их состав, разрушать сперматозоиды в течение нескольких секунд (не более 60). Столь жесткое требование к временному интервалу объясняется способностью сперматозоидов проникать в канал шейки матки уже спустя несколько секунд после эякуляции, а через 90 секунд - достигать маточных труб.
- ⦿ Контрацептивный эффект спермицидов невысокий - 25-30 беременностей на 100 женщин/лет.



Показания к применению:

- ⦿ редкие половые контакты
- ⦿ поздний репродуктивный возраст
- ⦿ невозможность использования оральной контрацепции или ВМК
- ⦿ временный метод контрацепции во время перерыва в применении оральной контрацепции или ВМК

Преимущества метода:

- ◎ простота и доступность
- ◎ предохраняет от заболеваний, передаваемых половым путем, воспаления органов малого таза и бесплодия при одновременном использовании с барьерными средствами (но-ноксинол-9 *in vitro* вызывает гибель гонококков, вируса генитального герпеса, трихомонад, бледной трепонемы, вируса иммунодефицита).

Внутриматочная контрацепция

1. Инертные (нейтральные), изготовленные из полиэтилена – петля Липпса (согласно рекомендациям ВОЗ применение инертных ВМК не рекомендуется в связи с низкой эффективностью и высокой частотой различных осложнений).
2. Медикаментозные:
 - ⊙ содержащие медь
 - ⊙ содержащие гестагены («Мирена»)
 - ⊙ содержащие серебро, золото

Индекс Перля 0,5



Петля Липса



Действие ВМК

- ⦿ способствует усилению сокращения матки и маточных труб;
- ⦿ замедляет продвижение сперматозоидов к яйцеклетке;
- ⦿ вызывает изменение в слизистой оболочке матки, препятствующие имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Преимущества метода

- ⦿ надежный контрацептивный эффект;
- ⦿ немедленный контрацептивный эффект;
- ⦿ длительное использование;
- ⦿ отсутствие связи с половым актом;
- ⦿ возможность применения в период лактации;
- ⦿ быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК;
- ⦿ гормонсодержащие ВМК уменьшают менструальные боли и кровопотерю, снижают риск пролиферативных процессов эндометрия.

Противопоказания к использованию ВМК:

- ⊙ беременность или подозрение на нее; внематочная беременность в анамнезе
- ⊙ воспалительные заболевания матки и придатков (острые, подострые, хронические с частыми рецидивами), кольпит
- ⊙ заболевания шейки матки (лейкоплакия, эрозия, эндоцервицит, полипоз цервикального канала)
- ⊙ аномалии развития матки
- ⊙ опухоли (злокачественные или доброкачественные) внутренних половых органов
- ⊙ нарушение менструального цикла по типу мено- и метроррагий
- ⊙ полипоз или гиперплазия эндометрия
- ⊙ заболевания крови
- ⊙ экспульсия ВМК в анамнезе
- ⊙ аллергические реакции на медь и др. вещества, которые выделяет ВМК
- ⊙ отсутствие родов в анамнезе

Осложнения и побочные действия ВМК

- ⦿ повышение частоты возникновения внематочной беременности;
- ⦿ воспалительные заболевания органов малого таза;
- ⦿ экспульсия ВМК;
- ⦿ перфорация матки во время введения ВМК;
- ⦿ длительные и обильные менструации;
- ⦿ болевой синдром.

Принципы применения

- ⦿ до введения убедиться в отсутствии воспалительных заболеваний половых органов (обязательно мазок на степень чистоты влагалищного секрета, мазок на онкоцитологию, бак.посев из цервикального канала, гинекологический осмотр);
- ⦿ вводить ВМК лучше во время или сразу после менструации, а также непосредственно после аборта или через 6 недель после неосложненных родов;
- ⦿ первый осмотр проводят через 3-5 дней после введения ВМК;
- ⦿ возобновление половой жизни после первого осмотра (при отсутствии осложнений ВМК);
- ⦿ длительность использования ВМК не более 4-5 лет, затем следует удалить контрацептив и сделать перерыв на 1-2 года, после чего возможно повторное использование ВМК.

Гормональная контрацепция – это использование специализированных гормональных средств с целью предотвращения нежелательной беременности.

Механизм действия гормональных контрацептивов:

- ⦿ подавление овуляции в результате ингибирующего действия гормональных контрацептивов на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему
- ⦿ сгущение цервикальной слизи, препятствующую проникновению сперматозоидов
- ⦿ изменение эндометрия, препятствующее возможной имплантации плодного яйца

Классификация гормональных контрацептивных средств

1. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) содержат эстрогенный и гестагенный компоненты:
 - ⊙ микродозированные (содержание этинилэстрадиола 20 – 25 мкг)
 - ⊙ низкодозированные (содержание этинилэстрадиола 30 мкг)
 - ⊙ высокодозированные (содержание этинилэстрадиола более 35 мкг)
2. Комбинированное влагалищное кольцо «НоваРинг»
3. Трансдермальный пластырь «ЕВРА»
4. Прогестагенные препараты:
 - ⊙ таблетированная форма
 - ⊙ инъекционная форма пролонгированного действия («Депо-провера»)
 - ⊙ импланты («Норплант»)

В зависимости от изменения количества эстрогенного и гестагенного компонентов КОК разделяют на:

- ◎ монофазные (содержат в каждой таблетке постоянную дозу эстрогена и прогестгена). К наиболее употребляемым относятся: Регулон, Диане-35, Марвелон, Жанин, Силест, Фемоден, Мерсилон, Новинет, Логест, Линденет, Ярина, Джес.
- ◎ двухфазные (содержат постоянную дозу эстрогена и меняющуюся дозу прогестгена в разные фазы менструального цикла). В настоящее время используются крайне редко.
- ◎ трехфазные (содержат перемене дозы гормонов соответственно фазам менструального цикла). К препаратам этой группы относятся: Три-мерси, Тризистон, Триквилар, Три-регол, Милване. Трехфазные оральные контрацептивы особенно показаны курящим женщинам, входящим в группы риска сердечно-сосудистой патологии и нарушений обмена веществ. Применяют при эктопии шейки матки – они усиливают репаративные процессы.



Трансдермальный пластырь «ЕВРА» является комбинированным эстроген-гестагенным контрацептивом. По дозировкам поступающих в кровь гормонов, система «ЕВРА» соответствует микродозированным КОК. Пластырь можно наклеивать на одну из 4-х возможных зон (ягодицы, грудь (кроме молочных желез), внутреннюю поверхность плеча, нижнюю часть живота). Каждый пластырь рассчитан на 7 дней. В течение менструального цикла используют 3 пластыря. Затем следует сделать 7-дневный перерыв. Менять пластырь необходимо в один и тот же день недели.

Верхняя часть
туловища
(за исклю-
чением груди)



Ягодицы



Наружная
часть плеча



Живот



akusher.gynekolog.ru



Влагалищное кольцо «НоваРинг» - комбинированный эстроген-гестагенный контрацептив, представляющий собой прозрачное эластичное кольцо. Необходимым условием для начала выделения гормонов из мембраны кольца является температура тела.

Каждое кольцо предназначено для применения в течение одного менструального цикла. Женщина сама вводит и удаляет кольцо. «НоваРинг» вводят с 1-го по 5-й день менструального цикла, в течение 3-х недель оно находится во влагалище, затем его удаляют и делают 7-дневный перерыв. После перерыва вводят новое кольцо.



Правила назначения КОК

- ⦿ прием начинают с 1-го дня менструального цикла (не позднее 5-го дня цикла), если прием начат позже, то первые 7 дней используют дополнительные методы контрацепции (презерватив);
- ⦿ назначают сразу после аборта;
- ⦿ назначение после родов – при отсутствии лактации назначают не ранее 21-го дня после родов. При наличии лактации КОК не назначают, используют мини-пили не ранее чем через 6 недель после родов.

Побочные эффекты КОК

1. Малые побочные эффекты:
 - ⊙ Эстрогензависимые: тошнота, рвота, нагрубание и болезненность молочных желез, увеличение влагалищной секреции, головные боли, отеки, пастозность конечностей.
 - ⊙ Прогестагензависимые: угревая сыпь, увеличение массы тела, снижение либидо, перемены в настроении, депрессия.

2. Серьезные побочные эффекты:

- ⦿ острые боли в области грудины;
- ⦿ односторонние болевые ощущения и отек в икроножной области;
- ⦿ боли в мезагастральной области;
- ⦿ сильные и длительные головные боли по типу мигрени;
- ⦿ резкие повышения АД;
- ⦿ выпадения полей зрения;
- ⦿ затруднение речи;
- ⦿ желтуха.

Преимущества КОК

- ◎ стабилизация менструального цикла;
- ◎ уменьшение частоты воспалительных заболеваний половых органов;
- ◎ снижение риска развития рака эндометрия и рака яичников;
- ◎ снижение риска развития функциональных кист яичников;
- ◎ профилактика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез;
- ◎ лечение вирильных симптомов (акне, себореи, гирсутизм);
- ◎ увеличение плотности костной ткани;
- ◎ снижение риска внематочной беременности.

Недостатки

- ⦿ необходимость ежедневного употребления КОК;
- ⦿ наличие побочных эффектов;
- ⦿ не защищают от ИППП;
- ⦿ задержка восстановления фертильности после прекращения приема;
- ⦿ изменение массы тела и психо-эмоционального состояния.

Необходимый объем исследования перед назначением КОК

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (глюкоза, АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, креатинин, мочевины, липидный спектр – холестерин, триглицериды, ЛПНП).
4. Коагулограмма.
5. УЗИ органов малого таза.
6. ЭКГ.

Прогестагенные контрацептивы – препараты, содержащие только прогестаген.

1. Таблетированная форма («мини-пили»), к ним относятся: Микронор, Неогест, Микролут, Фемулен, Экслютон, Чарозетта. Рекомендуются женщинам во время лактации, а так же тем, кому противопоказаны КОК. Принимаются в постоянном режиме по 1 таблетке ежедневно в течение 6-8-12 месяцев.
2. Импланты (инертный носитель вводимы подкожно, дозировано выделяющий препарат) – *Норплант*. Срок действия 5 лет. Система состоит из 6 силиконовых капсул, содержащих левоноргестрел, для подкожного введения. Относится к средствам пролонгированной контрацепции.
3. Инъекционные препараты: *Депо-провера*, пролонгированный инъекционный препарат, продолжительность действия 3 месяца, содержит медроксипрогестерона ацетат.

Норплант



Депо-провера



Хирургическая контрацепция

Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) или женская хирургическая контрацепция — необратимый и один из наиболее эффективных методов предохранения от беременности.

Женская ДХС — широко распространённый метод контрацепции, востребованность в котором активно растёт в развитых странах мира. В настоящее время этим методом пользуются более 166 млн женщин.

Стерилизация по желанию пациента разрешена в России с 1993 года. До этого ДХС проводили исключительно по медицинским показаниям.

Так, в Беларуси и Украине данная процедура разрешена женщинам (кстати, гражданам государства и гостям) с 18 лет, независимо от количества детей, в Швеции – с 25, а вот в России есть свои нюансы.

В главе 6, статье 57 Федерального закона России «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в силу с 1 января 2012 года указано, кому можно проводить стерилизацию.

- ⦿ Данная процедура, как метод контрацепции, проводится и мужчинам, и женщинам с их письменного заявления, если их возраст старше 35 лет или тем гражданам, у которых уже есть двое и более детей.
- ⦿ В случаях медицинских показаний (составлен их отдельный перечень) стерилизация проводится независимо от возраста или количества детей.
- ⦿ Противозаконное проведение стерилизации влечет уголовную ответственность.

Добровольная хирургическая стерилизация женщин — создание искусственной непроходимости маточных труб (трубная окклюзия).

Методы:

- ⊙ метод перевязки и разделения маточных труб;
- ⊙ механические методы блокирования маточных труб с помощью силиконовых колец и зажимов (трубная окклюзия);
- ⊙ методы с использованием теплоэнергетического влияния (моно-, биполярная электрохирургия);
- ⊙ введение в маточные трубы жидких химических веществ, вызывающих рубцовые стриктуры труб.

Преимущества ДХС

- ⦿ высокая эффективность
- ⦿ немедленное действие
- ⦿ постоянный противозачаточный эффект
- ⦿ не влияет на лактацию
- ⦿ не изменяет половую функцию

Недостатки ДХС

- ⦿ метод необратим
- ⦿ пациентка впоследствии может сожалеть о своем решении
- ⦿ не защищает от ИППП
- ⦿ требуется квалифицированный врач и дорогостоящая аппаратура
- ⦿ кратковременный дискомфорт/ боль после операции

Показания к ДХС

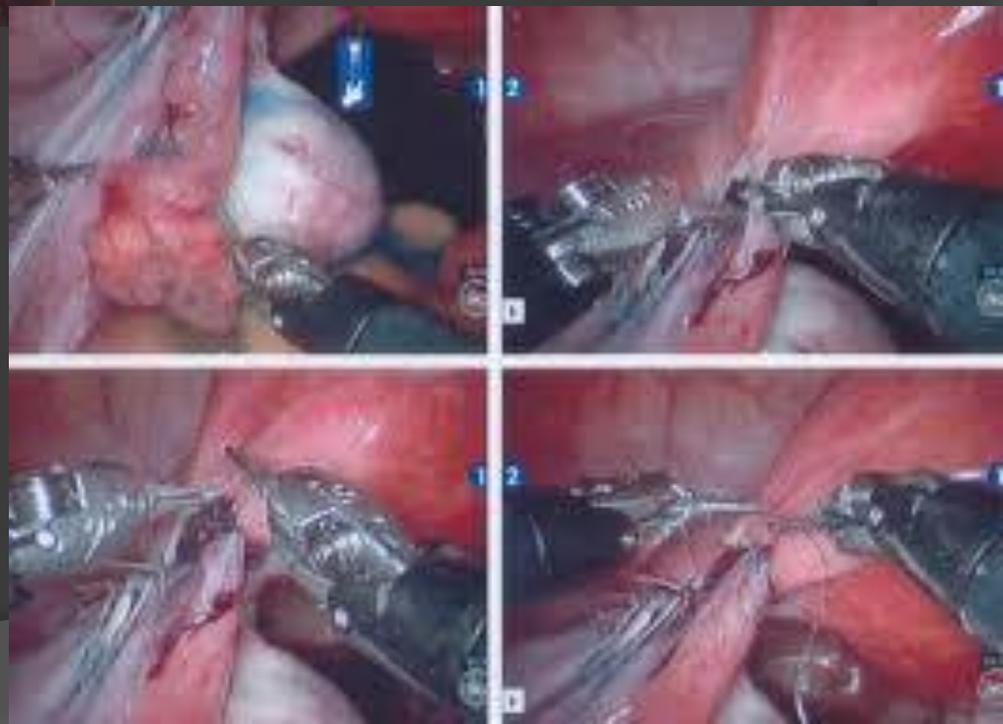
- ⦿ Медицинские: наличие противопоказаний к беременности и родам по состоянию здоровья женщины (тяжелые пороки развития и заболевания ССС, дыхательной, нервной систем, злокачественные опухоли, болезни крови).
- ⦿ Желание женщины – соответственно законодательству РФ ДХС может быть проведена при условии:
 - ⦿ возраст женщины больше 32 лет
 - ⦿ наличие в семье одного ребенка и больше

Пациентка должна дать добровольное письменное согласие на проведение ДХС!

Хирургическая стерилизация женщин



Хирургическая стерилизация женщин



Противопоказания для стерилизации

1. Абсолютные:

- ⊙ острые ВЗОМТ.

2. Относительные:

- ⊙ генерализованная или очаговая инфекция;
- ⊙ сердечнососудистые заболевания (аритмия, артериальная гипертония);
- ⊙ респираторные заболевания;
- ⊙ опухоли (локализованные в малом тазу);
- ⊙ диабет;
- ⊙ кровотечения;
- ⊙ выраженная кахексия;
- ⊙ спаечная болезнь органов брюшной полости и/или малого таза;
- ⊙ ожирение;
- ⊙ пупочная грыжа (для лапароскопии и срочных послеродовых вмешательств).

Осложнения стерилизации

Осложнения возникают в результате создания доступа в брюшную полость или в результате самой ДХС. Частота выраженных осложнений после проведения всех типов стерилизации составляет менее 2%. Следует различать ранние и поздние осложнения.

Ранние осложнения стерилизации:

- ⦿ кровотечения;
- ⦿ повреждение кишечника и развитие послеоперационной инфекции.

Поздние осложнения стерилизации:

- ⦿ изменения менструального цикла;
- ⦿ обильные кровотечения;
- ⦿ психические нарушения.

Осложнения возникают в 1 случае на 2000 стерилизаций. Общая летальность после трубной ДХС составляет 3–19 на 100 000 процедур.

Частота наступления беременности (как неудача стерилизации) приблизительно одинакова для всех методов.

Ведение послеоперационного периода

В послеоперационном периоде необходимо:

- ⦿ физический и половой покой в течение 1 недели;
- ⦿ исключение водных процедур (душ) в течение 2–3 дней.
- ⦿ для ускорения заживления операционной раны избегать подъема тяжестей в течение первой недели после операции;
- ⦿ обратиться в клинику спустя 1 неделю после проведения операции для контроля заживления раны.
- ⦿ При жалобах на боли или чувство дискомфорта принимать 1-2 таблетки болеутоляющего средства с интервалом в 4-6 ч (при этом не рекомендуется прием аспирина ввиду усиления кровотечения).

Информация пациентам

Перед операцией пациентка должна быть проинформирована о том, что:

- ⦿ как любая хирургическая операция, ДХС связана с рядом возможных осложнений (вызванных анестезией, воспалительным процессом, кровотечением);
- ⦿ несмотря на необратимость процесса, в первые 10 лет после ДХС женщины приблизительно в 2% случаев наступает беременность;
- ⦿ операция не оказывает влияние на здоровье и половую функцию;
- ⦿ операция не предохраняет от ИППП и ВИЧ.

Добровольная хирургическая стерилизация мужчин — проводится путем вазэктомии (блокирование семявыносящих протоков, с целью предотвращения проходимости их для спермы).

Мужская стерилизация проводится амбулаторно и состоит в перевязывании семенных протоков. Это прекращает поступление сперматозоидов в семенную жидкость, но не влияет на потенцию.

Преимущества

- ⦿ высокая эффективность
- ⦿ постоянный метод
- ⦿ не влияет на выработку гормонов яичками

Недостатки

- ⦿ необратимость метода
- ⦿ задержка эффективности (требуется применение другого метода контрацепции в течение 3 месяцев или 20 эякуляций после операции)
- ⦿ не защищает от ИППП

Хирургическая стерилизация мужчин



НЕОТЛОЖНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Гормональная посткоитальная контрацепция
применяется в течение 72 часов после «незащищенного»
полового акта!

Основным механизмом действия является прерывистое
выделение больших доз гормонов,
десинхронизирующих физиологические гормональные
изменения при нормальном менструальном цикле, что и
приводит к развитию «менструального хаоса».

О посткоитальных средствах было известно с давних времен; во избежание наступления беременности женщины прибегали к спринцеваниям, различным ваннам, активной физической нагрузке, введению различных растительных средств во влагалище и т.д.

Эффективность посткоитальной контрацепции

Риск наступления беременности после полового акта без предохранения от беременности колеблется от 0 до 26% в течение всего менструального цикла и от 7 до 30% в пери- или овуляторный период менструального цикла.

Индекс Перля равен 1-4.

Показания к экстренной контрацепции:

- ⦿ незащищенный половой акт (coitus interruptus или нарушения эякуляции)
- ⦿ разрыв кондома или диафрагмы
- ⦿ полное или частичное выпадение ВМС
- ⦿ необходимость удаления ВМС
- ⦿ применение только спермицидов
- ⦿ при приеме оральных гормональных контрацептивов, если пропущено 3 и более таблетки
- ⦿ при недавнем приеме тератогенов (живых вакцин, цитостатиков)
- ⦿ изнасилование
- ⦿ при первом половом сношении

Относительные противопоказания:

- ⊙ избыточный вес тела
- ⊙ артериальная гипертензия — более 180 и 110 мм рт. ст.
- ⊙ период реконвалесценции
- ⊙ сахарный диабет
- ⊙ возраст старше 35 лет в сочетании с курением (больше 15 сигарет в день)

Современные исследования показывают, что использование средств экстренной контрацепции менее опасно, особенно если сравнить их с риском беременности и последующего аборта.

1. Метод Юзпе – прием дозы однофазных КОК, соответствующей 100 мкг этинилэстрадиола и 500 мкг левоноргестрела в течение первых 36 часов после «незащищенного» полового акта с последующим повторным приемом этой же дозы через 12 часов.

Схемы применения: Ригевидон, Микрогинон, Минизистон – 3 таблетки немедленно и 3 таблетки через 12 часов.

Логест, Фемоден, Силест, Жанин, Ло-Феменал – 4 таблетки немедленно и 4 таблетки через 12 часов.

2. «Чистые» гестагены: Постинор (750 мкг левоноргестрела), Контенуин, Эскапел.

Постинор и Контенуин принимают по 2 таблетки в первые 36 часов после «незащищенного» полового акта и по 2 таблетки через 12 часов после первого приема.

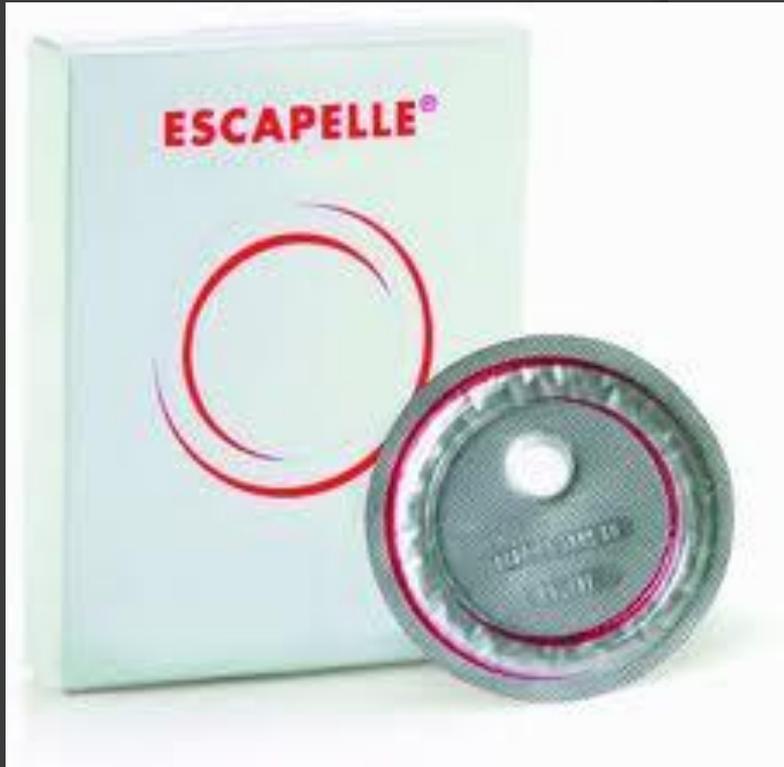
Эскапел принимается однократно.

3. Мифепристон – однократно 600 мг на протяжении 72 часов после полового акта.

Эффективность гормональной посткоитальной контрацепции – 96%.

Не рекомендуется использовать этот метод чаще 1 раза в год!

Появиться менструальноподобная реакция.



4. Введение медьсодержащих ВМК как метод посткоитальной контрацепции используют не позднее, чем через 5 дней после «незащищенного» полового акта. Эффективность – 98%.

Этот метод противопоказан нерожавшим женщинам, при наличии большого количества половых партнеров, пороков развития и дефектов влагалища и шейки матки.

Памятка

Если после unprotected акта прошло не более 1-5 минут можно применять

- ◎ Спринцевания (неэффективно, но если нет возможности использовать другие средства - стоит использовать этот метод)

Если после unprotected акта прошло не более 48 часов можно применять

- ◎ Постинор
- ◎ Прогестиновые таблетки

Если после полового акта прошло не более 72 часов можно применять

- ◎ Комбинированные оральные контрацептивы

Если после полового акта прошло более 72 часов и менее 5 дней можно применять

- ◎ Внутриматочные средства с медью, для чего нужно обратиться к врачу.

Контрацепция у подростков

Подростковый период характеризуется биологической и психической перестройкой организма, ведущей к зрелости.

В пубертатном периоде происходит очень быстрое биологическое созревание. Активизация и сложное взаимодействие гормонов роста и половых гормонов вызывают интенсивное физическое и физиологическое развитие.

Внешне это проявляется, в первую очередь, скачком роста, изменением фигуры, появлением вторичных половых признаков.

Первая менструация (*менархе*) — главный признак полового созревания женского организма, указывающий на способность к зачатию. У большинства девочек менархе наступает в 11—13 лет.

В России традиционно беременность и рождение детей были связаны с замужеством, половая жизнь до брака практически никогда не обсуждалась обществом. Однако в реальности около 60% молодых людей имеют опыт половой жизни до 18 лет. Некоторые подростки начинают половую жизнь с 12—13 лет.

В последние десятилетия во всем мире отмечены снижение возраста начала полового созревания и увеличение возраста вступления в брак и рождения первого ребенка.

Таким образом, «период опасности» (нежелательной подростковой беременности, возможности заразиться ИППП) в юношеском возрасте значительно увеличивается.

- ✓ По данным мировой статистики, частота беременности среди подростков продолжает расти. На долю юных женщин России приходится около 6% аборт.
- ✓ Этот показатель остается одним из самых высоких среди экономически развитых стран.
- ✓ В возрастной группе до 20 лет наблюдается самая высокая частота абортов, произведенных при сроке беременности более 12 нед.
- ✓ Следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста (Захаров С.В. и др., 2000).
- ✓ По данным ВОЗ, самый высокий уровень заболеваемости ИППП отмечается у молодежи - в возрастной группе 15-24 лет, а 2/3 из тех, кто заболевает СПИДом, инфицируются в возрасте до 25 лет.

Молодые люди в подростковом возрасте должны быть информированы о том, как сохранить свое *репродуктивное здоровье*. В то же время некоторые подростки нуждаются в индивидуальной работе с ними несколько раньше.

Главная задача контрацепции у подростков — профилактика первого аборта, ИППП и СПИДа.

Основные требования к контрацепции:

- ✓ высокая эффективность;
- ✓ хорошая переносимость;
- ✓ безопасность;
- ✓ обратимость;
- ✓ защита от ИППП и ВИЧ инфекции.

- По заключению ВОЗ, «подростковый возраст как таковой не является основанием для отказа от какого либо метода контрацепции...».
- Очень важным условием контрацепции является быстрое восстановление способности к зачатию после прекращения ее применения. Определенное значение имеет доступность, конфиденциальность, экономическая выгода от приобретения контрацептивов.
- Наиболее приемлемыми для сексуально активных подростков ВОЗ и Международной ассоциацией детских и подростковых гинекологов признаны **комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**, содержащие малые дозы этинилэстрадиола (20-30 мкг) и прогестагены третьего поколения.

Особенностями организма подростков являются, как правило, умеренная эстрогенная насыщенность, высокая чувствительность рецепторного аппарата органов-мишеней и относительный дефицит прогестерона.

Поэтому сексуально активным подросткам подходят чаще всего препараты с низким содержанием эстрадиола и прогестагенов с выраженными гестагенными свойствами (Логест, Мерсилон, Новинет, Линдинет, Белара и др.). Эти препараты хорошо переносятся, дают мало побочных эффектов, не влияют на вес тела и поэтому формируют положительное отношение к контрацептивам в целом.

При гиперандрогении следует отдавать предпочтение КОК с антиандрогенными прогестагенами — Жанин, Ярина, Диане-35.

Девушкам-подросткам, страдающим себореей (увеличение сальности кожи) и акне, можно рекомендовать препарат с доказанным положительным влиянием на кожу Три-мерси.

Эффективность КОК при правильном приеме приближается к 100%.

Преимуществами использования низко- и микродозированных КОК у подростков и молодых женщин являются:

- ✓ высокая контрацептивная эффективность;
- ✓ риска эстрогензависимых побочных эффектов;
- ✓ отсутствие клинически значимого влияния на свертываемость крови;
- ✓ регулирующее влияние на менструальный цикл;
- ✓ лечебный эффект при дисменорее, овуляторных болях, дисфункциональных маточных кровотечениях, эндометриозе, акне, гирсутизме.

- ◎ **Недостатки.** КОК необходимо принимать регулярно и ежедневно, что требует высокой мотивации поведения и вызывает проблемы у некоторых молодых женщин. Несмотря на то что КОК снижают риск воспалительных заболеваний органов малого таза, они не защищают от ИППП.
- ◎ В настоящее время в связи с распространением ИППП и ВИЧ отношение к методам контрацепции во многих странах пересматривается.
- ◎ При беспорядочных половых связях с разными партнерами наиболее предпочтительным является «двойной» метод («метод пояса и подтяжек», «голландский метод»), т.е. **сочетание КОК с презервативом.** Этот метод позволяет сочетать высокую контрацептивную эффективность с защитой подростков от ИППП.

Как долго можно применять гормональную контрацепцию?

Прием КОК возможен на протяжении всего времени, пока существует необходимость в контрацепции.

- ⦿ Благоприятное действие КОК на репродуктивную систему усиливается по мере увеличения продолжительности их применения. Доказано, что частота последующего бесплодия у женщин, принимающих КОК, оказалась в сотни раз меньше, чем у сверстниц, имевших роды и аборты без использования контрацепции.
- ⦿ В настоящее время накапливается опыт использования альтернативных таблеткам методов гормональной контрацепции (*влагалищное кольцо НоваРинг, накожный пластырь ЕВРА*). Эффективность этих средств контрацепции не уступает КОК, для ряда женщин они являются более предпочтительными, особенно для молодых женщин, для которых сложно ежедневно помнить о приеме таблеток.

- ⦿ Использование барьерных методов контрацепции подростками имеет большое значение, и в первую очередь благодаря тому, что с их помощью можно предупредить или значительно снизить риск заражения ИППП.
- ⦿ Доказано, что использование барьерных методов контрацепции снижает риск возникновения ИППП более чем в 2—3 раза.
- ⦿ Сочетанное использование барьерных методов контрацепции (презерватива) вместе со спермицидами повышает эффективность контрацепции до 95—99% и способствует защите от ИППП, включая ВИЧ.

Преимущества барьерных методов:

- ✓ презерватив прост в употреблении
- ✓ эффективная мера профилактики рака шейки матки, в развитии которого доказана роль вирусов, например папилломы человека
- ✓ профилактика ИППП и ВИЧ-инфекции
- ✓ дешевый метод контрацепции
- ✓ беременность наступает после прекращения использования данным методом

Недостатки барьерных методов:

- ✓ более низкая эффективность по сравнению с КОК
- ✓ возможны аллергические реакции на латексную резину или смазку.

Мало приемлемые и малоэффективные методы контрацепции у подростков:

- ✓ мини-пили
- ✓ инъекционные препараты
- ✓ ВМС
- ✓ диафрагма
- ✓ ритмические методы

Пероральная гестагенная контрацепция (мини-пили)

- высокая частота случаев неэффективности и появления межменструальных кровянистых выделений не позволяют рассматривать этот метод как метод первого выбора для девочек-подростков и молодых женщин.

- ◎ У *инъекционных прогестагенов и имплантатов* дополнительным недостатком, ограничивающим их применение молодыми женщинами, является задержка восстановления фертильности (до 9—10 мес. для инъекционных и до 12—18 мес. для имплантатов).
- ◎ Пролонгированные препараты, несмотря на описанные выше недостатки, имеет смысл рекомендовать социально неблагополучным девочкам-подросткам, в том числе злоупотребляющим алкоголем, наркотиками, находящимся в заключении.

Использование внутриматочных средств девушками-подростками не рекомендуется.

Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы в подростковом периоде предрасполагают к развитию осложнений, связанных с использованием ВМС (экспульсия, кровотечение, болевой синдром).

Кроме этого, при нерегулярной половой жизни с частой сменой половых партнеров значительно возрастает риск ИППП и воспалительных заболеваний органов малого таза, которые впоследствии могут привести к развитию бесплодия и/или внематочной беременности.

- ⦿ Использование *диафрагм* подростками ограничено, главным образом из-за неудобств их использования и хранения.
- ⦿ *Ритмический метод контрацепции* нецелесообразен из-за неустановившегося у многих девушек менструального цикла.

- ◎ *Посткоитальная (экстренная, срочная) контрацепция* имеет большое значение для подростков, поскольку именно подростки достаточно часто имеют «незапланированный секс», не обладая никакими средствами контрацепции.
- ◎ Экстренная контрацепция применяется в ситуациях, когда имело место изнасилованием или когда использование того или иного метода контрацепции было неудачным (например, разорвался презерватив).
- ◎ При этом предпочтительнее применять препарат Постинор (750 мкг левоноргестрела) или Эскапел (750 мкг левоноргестрела) ввиду лучшей переносимости и более высокой эффективности.

- ◎ Подростки должны знать о важности последующего визита к врачу для подтверждения того, что беременность не наступила.

- ◎ *Экстренная контрацепция* — это разовая контрацепция, которая не должна применяться постоянно.

Поэтому метод абсолютно *неприемлем для регулярного использования*, так как при одномоментном приеме больших доз гормональных противозачаточных таблеток эндокринная система молодой женщины подвергается большим нагрузкам.

В связи с этим после применения экстренных средств должен быть назначен какой-либо другой метод контрацепции.

Резюме

- ⊙ В заключение хотелось бы подчеркнуть, что многогранность клинического действия КОК позволяет считать их *препаратами первого выбора* для защиты подростков от нежелательной беременности.
- ⊙ При одновременном применении КОК и презервативов повышается защита от ИППП и ВИЧ-инфекции.

Рекомендуемые методы:

- ❖ барьерные методы (презерватив) + спермициды;
- ❖ КОК (спустя 2 года после менархе) - монофазные, содержащие прогестагены третьего поколения, или многофазные препараты,
- ❖ при наличии нескольких партнеров - "двойной Голландский метод" (ОК + презерватив).

baby...

