ВВЕДЕНИЕ

Репродуктивное здоровье - важный фактор, который формирует благоприятные демографические перспективы страны. В настоящее время в России существует проблема рождаемости, которая в немалой степени связана с репродуктивным поведением, снижением числа женщин детородного возраста и ухудшением их здоровья.

Современная практика показывает, что предупреждение искусственных абортов, включая и нелегальные, с помощью современных противозачаточных средств может снизить материнскую смертность на 25-50%. Поэтому в настоящее время планирование семьи рассматривается как один из важнейших элементов охраны здоровья женщины, матери и ребенка, так как это позволяет сохранять здоровье подростков, осуществлять профилактику нежелательной беременности, бесплодия, венерических заболеваний, СПИДа и обеспечивать оптимальные интервалы между родами с учетом возраста женщины, количества детей в семье и других факторов, т.е. предупреждать слишком ранние, поздние и частые роды.

Материнство и детство являются необходимым условием существования общества, ибо без процесса воспроизводства жизнь общества невозможна вообще. Феномен материнства и детства являлся и является в настоящее время предметом изучения науки. Ряд федеральных законов, принятых в последнее время, направлены на улучшение материального положения женщин в период беременности и после рождения ребенка, а также на защиту интересов семьи и детей, увеличение воспроизводства населения. Однако, эти и другие меры, несмотря на свое определенное положительное воздействие, не могут в корне изменить демографическую ситуацию в стране. Она требует проведения целого ряда последовательных комплексных и целенаправленных мероприятий законодательной и исполнительной властями как на федеральном, так и на региональном уровнях, о чем свидетельствует принятие статьей 18, 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.[13]

Как мы видим, репродуктивное здоровье женщин зависит от многих факто ров, в том числе и от применения лекарственных контрацептивов, которые не только являются предупреждающим аборты фактором, но и позволяют планировать семью.

Актуальность темы не вызывает сомнения, т.к. в течение последних двух десятилетий проблема репродукции человека, планирования детей с применением контрацептивов, профилактика и лечение - находится в центре внимания ученых всего мира.

ГЛАВА 1. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

1.1 Понятие «Репродуктивного здоровья»

Понятие «репродуктивное здоровье» получило распространение в мире в 1980-х годах и своим содержанием тесно связано с правом женщин и мужчин на охрану здоровья, в сфере репродуктивной системы, и здоровый образ жизни. По принятому ВОЗ определению, «репродуктивное здоровье - это состояние физического, духовного и социального благосостояния, а не просто отсутствие заболевания или немощи во всем, что касается репродуктивной системы организма и ее нормального функционирования».

#### В этом свете репродуктивное здоровье включает в себя:

#### безопасное и эффективное предохранение от нежелательной беременности; - возможность доступа и выбор безопасных для здоровья методов и средств контрацепции,

#### безопасное прерывание беременности;

#### безопасная беременность и уход до родов, в период родов и после родов;

#### лечение бесплодия;

#### лечение заболеваний репродуктивной сферы;

#### лечение заболеваний, передающихся половым путем.

#### В целом система охраны репродуктивного здоровья ориентирована прежде всего на оказание помощи женщинам детородного возраста, и преимущественно в период беременности и родов, а также после родов. В не поля ее охвата оказываются девочки и мальчики, а также подростки, равно как мужчины и женщины позднего репродуктивного и пожилого возраста. Женщины в возрасте 35-44 лет составляют 29% от числа женщин репродуктивного возраста России. Они осуществляют активную профессиональную деятельность, растят детей и ведут активную сексуальную жизнь. Между тем состояние их репродуктивного здоровья внушает тревогу. При проведенном под ее руководством выборочном обследовании 1000 женщин у 2/3 пациенток были обнаружены хронические заболевания сердечно - сосудистой системы, мочевыделительной системы и пищеварения - и все это на фоне гинекологических заболеваний. «Гинекологическая заболеваемость высокая - колеблется от 45 до 65% по данным разных авторов. Среди заболеваний первое место занимают воспалительные заболевания (50-55%), далее - миомы матки, опущение половых органов, нарушении менструального цикла. Около 10% из гинекологических больных этого возраста перенесли оперативное вмешательство на половых органах».

#### Женщины старше 49 лет намного чаще других возрастных групп страдают от онкологических заболеваний половых органов, а также болезнями системы кровообращения, которые также во многом инициированы состоянием репродуктивной системы. Совсем недавно в России начали рассматривать как болезнь остеопороз, от которого страдает до 3/4 женщин пожилого возраста, а, может быть и больше. Врачи редко оказывают квалифицированную помощь в лечении остеопороза, поскольку мало знают о природе этого заболевания и методах лечения. Равным образом, женщины редко обращаются к врачам по поводу климактерического синдрома, и многие переживают его как «естественное состояние» старения женского организма, используя главным образом традиционные «народные» методы для облегчения своего состояния. Многие из них, как явствует из интервью, полученных нами, боятся климакса и имеют о нем очень смутные представления. Ситуация с состоянием здоровья пожилых женщин такова: как правило, женщины этого возраста чаще других оказывают помощь в уходе за своими близкими - мужьями, детьми, внуками. Когда же возникают ситуации, что в лечебной помощи нуждаются они сами, они не получают ее или получают в гораздо меньшем объеме. Согласно данным, исследователей «по городскому населению, пожилые люди составляют до 40% среди обращающихся за медицинской помощью в поликлиники, около 60% - за оказанием помощи на дому, 70% - среди лечащихся в стационаре». А ведь большинство из них женщины. И очень часто им отказывают в госпитализации, в вызове "Скорой помощи", качественном лечении. У этой группы женщин в гораздо меньшей степени есть возможность воспользоваться платными медицинскими услугами, а также услугами по уходу во время болезни. Ситуация не только не находит своего решения на государственном уровне, но просто игнорируется. А ведь здесь мы имеем дело с дискриминацией граждан сразу по двум признакам: по признаку пола и по возрасту, а также нарушением конституционного права на охрану здоровья.

#### Количество и качество специалистов по охране репродуктивного здоровья также нуждается в увеличении по причине крайней недостаточности, а в ряде случаев - как например, в андрологии или детской гинекологии-практически полного отсутствия. Заметно снизилась численность среднего медицинского персонала, прежде всего медсестер и акушерок. Число коек для гинекологических больных, а также число женских и детских консультаций уменьшилось не намного.

#### Большое значение должно уделяться и возможности доступа и выбор безопасных для здоровья методов и средств контрацепции.

#### .2 СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНО-ЧЕРНОЗЕМНОГО РЕГИОНА

В первое десятилетие 21 века в Российской Федерации сохраняется негативные тенденции в состоянии здоровья населения, что требует продолжения реформирования здравоохранения и внесения в этот процесс необходимых коррективов. Определенную тревогу вызывают неблагоприятные показатели репродуктивного здоровья населения.

Для общей характеристики репродуктивного здоровья населения, состояния здоровья женщин, беременных, рожениц и родильниц на региональном уровне нами были использованы официальные данные за 1992-2010 г. [1,2,8]. Анализировались в динамике такие показатели как общая численность населения, численность женского населения, в том числе женщин репродуктивного возраста, рождаемость, общая смертность, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность, уровень абортов, число абортов, удельный вес нормальных и осложненных родов [2,4,7,9]. Общая численность населения на региональном (областном) уровне за 19 лет сократилась на 209,4 тыс. человек (убыль составила 8,5%). Следует отметить, что за анализируемый период общая численность населения максимально поднималась с 1992 по 1995 г., что было связано с миграционными процессами, обусловившими приток русскоязычного населения из бывших республик в связи с распадом СССР и реформированием социально-экономических отношений практически на всем постсоветском пространстве. В дальнейшем (с 1995 г.), в связи со снижением миграционных потоков, рождаемости и повышением общей смертности, общая численность населения в регионе стала снижаться и ДОСтигла в 2010 г. 2261,6 тыс. человек, снижение (убыль) по сравнению с 1995 г. составила 9,5%.Следует отметить, что Воронежская область в Центрально-Черноземном регионе (ЦЧР) по численности населения занимает 1-е место (табл. 1). Однако наибольшее снижение численности населения отмечено за анализируемый период с 2000 по 2010 г. в Тамбовской и Курской областях (соответственно убыль составила 14,2% и 12,7%), а в такой области, как Белгородская - прирост населения на 1,9%. В среднем по Центральному Федеральному округу численность населения снизилась на 24,0 тыс. человек.

здоровье контрацепция прогестерон оральный

Таблица 1. Численность населения субъектов РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 годы (тыс. человек)



Общая численность женского населения Воронежской области за 19 лет снизилась на 7,9% и составила в 2010 г. 1235,36 тыс. человек или 54,6% от общей численности населения области. Динамика численности женского населения претерпела такие же изменения, как и общая численность населения, то есть, наблюдался рост до 1995 г., а затем - снижение до настоящего времени. Основная причина - перестройка социально-экономических отношений и распад СССР, обусловившие миграционные процессы, которые в последние годы резко снизились.

Численность женского населения репродуктивного возраста в Воронежской области составила 573,8 тыс. Анализ изменения численности женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) за изучаемый период (с 1992 по 2010 г.) свидетельствует о том, что численность данного контингента населения возросла с 550,4 тыс. чел. в 1992 г. до 618,4 тыс. чел. в 2003 г., то есть на 12,3% или на 68,0 тыс. человек, после чего стала снижаться до 573,8 тыс. человек в 2010 г. (убыль по сравнению с 2003 годом составила 7,2%). В целом за анализируемый период общая численность женщин репродуктивного возраста возросла на 4,3%, что можно объяснить не только миграционными процессами, но и переходом по возрасту девочек подросткового возраста в группу женщин репродуктивного возраста.

Анализ динамики показателя рождаемости населения Воронежской области выявил следующее: первоначально наибольший уровень этого показателя отмечен в 1992 году (9,5‰), а наименьший - в 1999 году (7,1‰), после которого он стал расти и в 2010 г. превысил уровень 1992 г., составив 10,5‰ (прирост составил 38,2 % по сравнению с 2000 г.). Из областей ЦЧР наибольший уровень рождаемости в 2010 г. отмечен в Курской, Белгородской и Липецкой областях (соответственно 11,2‰; 10,9‰; 10,9‰), а прирост рождаемости - в Липецкой и Воронежской областях (39,7% и 38,2% соответственно) (табл. 2).

Таблица 2. Рождаемость населения субъектов РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 г. (на 1000 населения)



Показатель общей смертности, изменялся волнообразно, возрастал, снижался, то вновь отмечался рост. В целом за анализируемый период с 1992 г. в Воронежской области он вырос на 19,7%, достигнув 17,0% в 2010 г. В табл. 3 представлены данные, характеризующие общую смертность населения в областях, входящих в состав ЦЧР по данным за 2000-2010 г., из которой видно, что к 2010 г. показатель по всем областям имеет тенденцию к снижению. В 2010 г. из представленных субъектов ЦЧР наибольший уровень смертности отмечен в Курской области, а наименьший - в Белгородской.

Уровень младенческой смертности за период 1992-2010 г. по Воронежской области снизился с 17,6% в 1992 г. до 7,0% - в 2010 г., то есть на 60,2%. Наибольшее значение этого показателя отмечено в 1992 г., а наименьшее - в 2010 г. По прогнозу ожидается его дальнейшее снижение. Из областей ЦЧР наибольшее снижение младенческой смертности с 2000 по 2010 г. отмечено в Тамбовской (на 70,4%) и Белгородской (на 64,1%) области. В этих областях младенческая смертность стала самой низкой (соответственно 4,2% и 5,1%) (табл. 4).

Таблица 3. Общая смертность населения субъектов РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 г. (на 1000 населения)



Аналогичная закономерность характерна и для перинатальной смертности. За 2000-2010 г. перинатальная смертность в Воронежской области снизилась на 50,0% (табл. 5). Наибольшее снижение отмечено в Тамбовской области - на 60,6%. По данным за 2010 г. самый высокий показатель перинатальной смертности зарегистрирован в Курской области, а низкий - в Белгородской (соответственно 8,5% и 5,5%).

Таблица 4. Младенческая смертность в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 г. (на 1000 родившихся живыми)



Таблица 5. Перинатальная смертность в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 г. (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)



Изучение показателя материнской смертности связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом в Воронежской области свидетельствует, что он снизился с 36,9 случаев на 1000 живорожденных в 1992 г. до 12,6 случаев в 2010 году, то есть на 65,9%. Анализ материнской смертности в субъектах РФ, входящих в ЦЧР, показал, что за 2000-2010 г. этот показатель снизился во всех регионах. По данным за 2010 г. наибольшее его значение отмечено в Курской и Липецкой областях - 15,9 и 15,6 случаев, а наименьшее значение приходится на Тамбовский регион - 9,1 на 1000 детей родившихся живыми (табл. 6).

Таблица 6. Материнская смертность в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 г. (на 100 тыс. родившихся живыми)



Число абортов в Воронежской области на 100 детей, родившихся живыми и мертвыми, сократилось более чем в 3,5 раза: с 220,4 случаев в 1992 г. до 58,9 случаев в 2010 г. (убыль составила 73,3%) (табл. 7). Следует отметить устойчивую тенденцию к снижению этого показателя.

Таблица 7. Уровень абортов в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 годы (на 100 детей, родившихся живыми и мертвыми)



Сравнительный анализ данных об уровне абортов на 100 детей, родившихся живыми и мертвыми, в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, показал, что за 2000-2010 г. этот показатель значительно снизился в Белгородской области (на 75,3%), а наименьшее снижение отмечено в Липецкой области - на 58%. По данным за 2010 г. наибольший уровень абортов на 100 детей, родившихся живыми и мертвыми, зарегистрирован в Липецкой области (62,6 случая), а наименьший - в Белгородской (41,0 случаев) (табл. 7). Наибольшее число абортов на 1000 женщин фертильного возраста в 2010 г. зарегистрировано в Липецкой области (27,4 случая), а наименьший - в Белгородской области (17,0 случаев). Следует отметить, что за 2000-2010 г. уровень абортов на 1000 женщин фертильного возраста снизился во всех областях ЦЧР, но наибольшее снижение (на 66,3%) отмечено в Белгородской области, а наименьшее - в Липецкой (на 43,9%). Представленные данные свидетельствуют о том, что профилактическая работа в общем по ЦЧР дает свои результаты, но в целом проблема сохраняется (табл. 8).

Удельный вес нормальных и осложненных родов в Воронежской области имеет тенденцию к снижению (с 45,4% - в 1992 году до 37,5% - в 2010 г.), а доля осложненных родов растет - с 54,6% в 1992 году до 62,5% - в 2010 году, т.е. на 7,9%. Несмотря на усилия, которые предпринимают акушеры-гинекологи и другие специалисты, удельный вес осложненных родов растет.

Таблица 8. Число абортов в субъектах РФ, входящих в состав ЦЧР, по данным за 2000-2010 годы (на 1000 женщин фертильного возраста)



Следует отметить, что в целом ситуация, связанная с состоянием репродуктивного здоровья населения Воронежской области и ЦЧР, остается напряженной, о чем свидетельствует динамика перечисленных характеристик, что в свою очередь требует поиска новых путей для совершенствования медицинской помощи с целью улучшения репродуктивного здоровья и повышения воспроизводства населения.

.3 Планирование семьи

Планирование семьи - понятие, которое активно входит в нашу жизнь. Что же это такое и почему планирование семьи так важно для каждого из нас, для каждой семьи? Многие годы планирование семьи понималось как ограничение рождаемости. Но планирование семьи - это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей. Другими словами, планирование семьи - это дети по желанию, а не по случаю . Право на планирование семьи, или на свободное и ответственное родительство, является международно признанным правом каждого человека. Вопросы о том, когда и сколько иметь детей, как избежать нежелательной беременности, какие противозачаточные средства (контрацептивы) лучше применять и как ими пользоваться, рано или поздно встают перед каждым человеком, каждой семьей. Планирование семьи помогает людям сознательно выбирать количество детей в семье и сроки их рождения, планировать свою жизнь, избежать ненужных тревог и волнений.

Оптимальный возраст для рождения детей - 20-35 лет. Доказано, что если беременность возникает раньше или позже, то протекает с большим числом осложнений и вероятность нарушений здоровья у матери и ребенка выше.[15]

Аборт не является лучшим методом регулирования рождаемости, его можно избежать, применяя современные методы контрацепции (предупреждение нежелательной беременности).Контрацепция делает интимную жизнь более гармоничной, устраняет ненужные волнения и ожидания.

Решение об использовании того или иного метода лучше принять после того, как Вы узнаете обо всех контрацептивных средствах и проконсультируетесь со специалистом.

Инфекции, передаваемые половым путем, часто являются причиной бесплодия у мужчин и женщин. Только презерватив поможет Вам избежать заражения и одновременно предохранит Вас от нежелательной беременности.

Научные исследования по регуляции рождаемости позволили установить тесную взаимосвязь между репродуктивным поведением женщины и состоянием ее здоровья. При этом если раньше репродуктивный выбор ограничивался только правом на аборт, то сегодня он включает право на контрацепцию, право на беременность и право на стерилизацию.

Частые аборты в нашей стране значительно увеличивают частоту воспалительных заболеваний гениталий, бесплодия, эндокринных нарушений и как следствие - различные дисгормональные прогестерондефицитные заболевания, что приводит к малодетности.

Сегодня возникает необходимость индивидуального подхода врача к выбору противозачаточных средств для предупреждения нежелательной беременности у женщин. Для сохранения здоровья женщин врач женской консультации должен выявлять женщин, составляющих группу «повышенного риска» в отношении развития возможных осложнений при контрацепции, и своевременно проводить соответствующие профилактические и лечебные мероприятия, обеспечивающие сохранение репродуктивной системы и здоровья женщины.

Широкое использование планирования семьи путем внедрения современных методов контрацепции для регуляции рождаемости с учетом возраста женщины и ее репродуктивного анамнеза − неиспользованный резерв дальнейшего снижения гинекологической заболеваемости, сохранения здоровья женщины.

Положительную роль сыграло возникновение рыночной экономики, в частности, рынка современных и качественных контрацептивов и частных структур, предоставляющих услуги населению.

Разрушилась информационная изоляция страны, в том числе и в этой сфере. После того, как в конце 1980-х годов была рассекречена информация об абортах, началось широкое обсуждение проблемы в научной литературе и средствах массовой информации. Но главное то, что впервые в стране стала создаваться сама служба планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья, в функции которой входит профилактика материнской заболеваемости и смертности, снижение числа абортов путем распространения современных средств контрацепции.

В русле этих преобразований была образована общественная организация - Российская Ассоциация «Планирование семьи» (РАПС).

На сегодняшний день организация имеет 44 региональных отделения и реализует свои программы более чем в 160 городах страны.

РАПС поставила перед собой непростые, но очень актуальные для России задачи, среди которых, в частности, разъяснение идеологии планирования семьи и сути репродуктивных прав, просветительская работа среди населения, организация сексуального воспитания и образования молодежи, повышение квалификации медицинских работников, улучшение качества услуг по планированию семьи и, в конечном счете, улучшение репродуктивного здоровья населения. Активная просветительская работа РАПС, особенно среди молодежи, внесла свой вклад и в снижение распространенности инфекций, передаваемых половым путем (рис. 3), не говоря о значительном вкладе организации в становление и развитие гражданского общества в нашей стране.

ГЛАВА 2. Значение современных контрацептивных средств

.1 История контрацепции

Человек пользовался методами контрацепции, предупреждая развитие беременности уже очень давно. Некоторые методы контрацепции, которые применялись в первобытном обществе, существуют и сегодня. Ниже представлены наиболее любопытные методы контрацепции, которые применялись в разные времена.

Уже в древней Африке были известны различные вещества растительного происхождения, которые использовались наподобие «кокона, введенного высоко во влагалище». В древней Африке было описано «прерванное совокупление». В Америке индейцы, еще до появления выходцев из Европы, применяли промывание влагалища отваром из коры красного дерева и лимона. Они считали также, что после жевания петрушки у женщины в течение 4 дней возникает кровотечение. В Австралии, например, приготовляли противозачаточные комки из экстракта фукуса. На Суматре и соседних островах, кроме того, применяли опий. Вопрос о предупреждении беременности выдвинулся на первый план в Греко-Римской империи, в связи с распространившимися именно в то время оргиями. Для предупреждения беременности с определенным успехом использовались различные вещества растительного и животного происхождения или же их отвары. Отношение к этим методам, например, к помету слона или крокодила, конечно, должно учитывать условия и уровень развития данной эпохи. Известный всему миру Казанова говорил, что отлично предупреждает беременность лимонная корка, помещенная перед маткой. Хотя сегодня это вызывает улыбку, тем не менее, рекомендация не лишена здравого смысла, учитывая подкисляющее действие лимона на содержимое влагалища.

Применение различных внутриматочных средств, с целью предупреждения беременности, прежде всего разнообразных шариков, было известно и на Дальнем Востоке, в Китае и Японии. Введение петли в полость матки впервые было применено для предупреждения беременности в начале XX века. Первое такое средство предложил в 1909 г. немецкий гинеколог Рихтер: кольцо из кишки шелковичного червя, скрепленное металлической проволокой. Затем было предложено золотое или серебряное кольцо с внутренним диском (кольцо Отта), но с 1935 г. применение внутриматочных контрацептивов было запрещено в связи с высоким риском развития воспалительных заболеваний внутренних гениталий. Только в 60-е годы XX века интерес к этому методу контрацепции вновь возродился. В 1962 г. Липпс использовал для создания контрацептива гибкую пластмассу в виде сдвоенной латинской буквы «8», позволявшую вводить его без значительного расширения цервикального канала. К устройству прикреплялась нейлоновая нить для извлечения контрацептива из полости матки.

В 20 веке методы и способы контрацепции претерпели огромное развитие. В 1933 году была издана книга, в которой описано уже 180 различных спермицидных веществ. В ходе последующих исследований были разработаны определенные спермицидные противозачаточные средства, которые можно было использовать в виде порошков, таблеток или влагалищных шариков. Мужские презервативы из кожи животных применялись еще в древнем мире, но широкое распространение получили главным образом в первой половине 20 века. Несколько позже появились резиновые презервативы, совершенствование надежности которых продолжалось вплоть до конца прошлого столетия. Следует особо отметить важную дату в первой половине 20 века - 1908 г. - когда был разработан шеечный колпачок. Внутриматочные средства, не только внутриматочные петли, но и спирали разной формы, получили широкое распространение лишь к концу 50-х - началу 60-х годов. Большое значение имело создание более эффективных внутриматочных средств, содержащих медь.

Создание гормональной контрацепции явилось новой вехой в предупреждении беременности. Идея гормональной контрацепции возникла в начале XX века, когда австрийский врач Хаберланд обнаружил, что введение экстракта яичников обусловливает временную стерилизацию. После открытия половых гормонов -эстрогена в 1929 г. и прогестерона в 1934 г. была предпринята попытка синтеза искусственных гормонов, а в 1960 г. Американский ученый Пинкус с сотрудниками создал первую контрацептивную таблетку «Эновид».

Днем рождения контрацептивной таблетки считается 1 июня 1961 года, когда появился препарат Ановлар", разработанный компанией Schering - первый оральный контрацептив в Европе. Он содержал втрое меньше гормонов, чем его американский предшественник и был пригоден для длительного использования. С этого времени началась история развития комбинированных контрацептивных средств. Гормональная контрацепция развивалась по пути снижения дозы стероидов (эстрогенов) и по пути создания селективных (избирательного действия) гестагенов.

На первом этапе были созданы препараты с высоким содержанием гормонов (эновид, инфекундин) и множеством серьезных побочных эффектов. На втором этапе появились контрацептивы с низким содержанием эстрогенов (30-35 мкг) и гестагенов с избирательным действием, что позволило существенно снизить количество осложнений при их приеме. К препаратам 3-го поколения относят средства, содержащие низкие (30-35 мкг) или минимальные (20 мкг) дозы эстрогенов, а также высокоселективные гестагены (норгестимат, дезогестрел, гестоден, диеногест, дроспиренон), обладающие еще большим преимуществом перед своими предшественниками.

Сейчас содержание гормонов в контрацептивных таблетках регулируется правилом "Настолько много, насколько необходимо. Настолько мало, насколько возможно". Впервые препарат в "календарной" упаковке был выпущен в 1964 году. Каждому дню недели на упаковке соответствует одна таблетка. Это упрощает контроль над приемом препарата.

Современные препараты имеют в своем составе минимальные количества гормонов, поэтому они очень редко дают осложнения и могут применяться без перерыва годами, разумеется, при соответствующем врачебном контроле.

Большинство современных препаратов - монофазные. Все таблетки в упаковке одинаковые, что обеспечивает удобство в применении и гарантированный контрацептивный эффект.

2.2 Современные методы контрацепции

Проблема контрацепции - предохранения от нежелательной беременности - существует столько же, сколько и само человечество. Первые контрацептивы обладали лишь спермицидным или барьерным действием. Использовались вещества растительного и животного происхождения, а также метод периодического воздержания в середине менструального цикла или метод прерванного полового акта. Все эти методы дошли до наших дней. Их называют «традиционными» методами контрацепции.

К сожалению в нашей стране даже в начале ХХI в. проблема контрацепции далека от решений, о чем свидетельствует высокий уровень абортов и низкие использование современных средств предохранения от беременности. В структуре применяемых методов контрацепции жительницами г. Москва современные и эффективные средства используют около 20% женщин(12%-гормольную,8%-ВМС). По данным анкетирования,24% женщин вообще не пользуются контрацептивными средствами, 56%-используют малоэффективные традиционные методы.

Все зарегистрированные в России средства контрацепции по механизму действия можно классифицировать на местные и системные, которые, в свою очередь, подразделяются на средства длительного и разового применения ( табл.1)

Таблица 1. Современные средства контрацепции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| МЕСТНЫЕ | | СИСТЕМНЫЕ | |
| Длительного действия | Разового действия | Длительного действия | Разового действия |
| Внутриматочные спирали (ВМС) | Спермициды | Комбинированные оральные контрацептивы | Посткоитальные гестагенные контрацептивы |
| Внутриматочные система Мирена, содержащая левоноргестрел | Презерватив | Комбинированные гормональные конрацептивы |  |
|  |  | Гестагенные пероральные конрацептивы (мини-пили) |  |
|  |  | Гестагенные парентеральные конрацептивы |  |

Основные требования, предъявляемые к конрацептивным средствам: -эффективность (надежность);

безопасность для здоровья;

обратимость;

приемлемость, удобство использования;

доступность;

дополнительный лечебный эффект.

Эффективность методов характеризует индексом Перля, который показывает число незапланированных беременностей, возникающих 100 женщин, использующих данный метод в течение 1 года. Первичный подбор средств контрацепции осуществляется специалистом- гинекологом. При выборе методов контрацепции необходим индивидуальный подход, следует учитывать возраст, стиль жизни, состояние здоровья (табл.2)

Таблица 2. Характеристика средств контрацепции

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СРЕДСТВО КОНРАЦЕПЦИИ | ПРЕИМУЩЕСТВА | НЕДОСТАТКИ |
| МЕСТНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ | | |
| Внутриматочные спирали | Удобно в применении. Экономически выгодны | Не подходят нерожавшим женщинам. Повышают риск воспалительных заболеваний органов малого таза. Повышают риск внематочной беременности. Метод требует ограничения количества половых партнеров |
| Внутриматочная система Мирена, содержащая левоноргестрел | Удобно в применении. Экономически выгодна. Быстрое восстановление фертильности. Снижение риска внематочной беременности. Снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза. Снижение объема менструальной кровопотери. Отсутствие системных побочных эффектов. Наличие лечебных эффектов | Метод требует ограничения количества половых партнеров. В начале использования возможны побочные реакции в виде изменения менструального цикла |
| Спермициды: вагинальные суппозитории, вагинальные крема, вагинальные тампоны, вагинальные таблетки, вагинальные пленки | Отсутствие системных побочных эффектов. Снижает риск инфекций, передаваемых половым путем | Для надежного контрацептивного эффекта необходимо сочетать с другими методами контрацепции. Используется непосредственно перед половым актом. Кратковременный эффект (свечи-2-6ч,после каждого полого акта - новую свечу). Изменение ощущений во время полового акта |
| Презерватив | Отсутствие системных побочных эффектов. Защищает от инфекций, передаваемых половым путем | Надежность метода зависит от правильного использования презерватива. Используется непосредственно перед половым актом. Изменение ощущений во время полового акта |

Таблица 2. Характеристика средств контрацепции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| СРЕДСТВО КОНРАЦЕПЦИИ | ПРЕИМУЩЕСТВА | | НЕДОСТАТКИ | |
| СИСТЕМНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ | | | |
| Комбинированные оральные контрацепции ( КОК ) | Высокая надежность. Отсутствие связи с половым актом. Простата применения. Обратимость. Лечебные и профилактические эффекты | Имеются противопоказания, обусловленные хроническими заболеваниями или острыми состояниями в настоящий момент | |
| КОК: вагинальные кольца, пластыри | Отсутствие необходимости ежедневного приема. Снижение системных побочных эффекты | Неудобство использования. Противопоказания сходны с КОК. При использовании гормональных влагалищных колец возможно усиление вагинальных выделений вследствие изменения микрофлоры влагалища | |
| Гестагенные пероральные контрацептивы (мини-пили ) | Низкое содержание гестагенного и отсутствие эстрогенного компанента. Наличие лечебных эффектов. Возможно использование в период лактации. Возможно применение курящим женщинам | Меньшая по сравнению с КОК контрацептивная надежность. Необходимость строго соблюдения режима приема. При пропуске приема таблеток использовать метод экстренной контрацепции. Увеличения риска внематочной беременности. Нарушения менструального цикла. | |
| Гестагенные парентеральные контрацептивы: Инъекции, Капсулы, Подкожные введения (импланты ) | Длительное действие. Удобство использования. Высокая надежность | | Наличие значительных системных побочных эффектов. Отсрочка восстановления фертильности. Невозможность прекращения контрацепции в желаемое время. Нарушения менструального цикла. |

#### Химические методы контрацепции (спермициды).

Метод основан на деструкции сперматозоидов с помощью активного химиического компонента спермицидов - ноноксинола-9, хлорида бензалкония. Спермициды представлены разнообразными лекарственными формами: вагинальными суппозиториями, вагинальными таблетками, вагинальными пленками, кремами, тампонами.

Для обеспечения контрацевтивного эффекта необходимо правильно использовать спермициды - вводить глубоко во влагалище за 10-20 минут до полого акта. Не обходимо помнить, что действие спермицидов сохраняется на протяжении 1 ч - для свечей, таблеток,пленок; до 10 ч - для крема и тампонов. Перед каждым половым актом необходимо ввести новый суппозиторий, таблетку, пленку; для последующей гигиены половых органов не использовать мылосодержащие моющие средства на протяжении 2ч, не спринцеваться в течение 6-8 ч, не принимать ванну.

Как самостоятельный метод концетрацепции, как правило, не используется, посколько контрацептивная надежность составляет 30% ( индекс Перля равен 30 ).Для эффективной контрацепции применяется совместно с барьерными или биологическими методами контрацепции. Следует учитывать тетрогеннный эффект спермицидов при уже наступившей беременности.

Длительное ( более двух недель ) использование спермицидов ведет к нарушению боиценоза влагалища, что повышает риск возникновения бактериального вагиноза.

#### Гормональная контрацепция.

В ХХ столетии искусственное прерывание беременности превратилось в глобальную проблему. По оценкам экспертов, в мире производится от 36 до 55 абортов ( около 4% женщин фертильного возраста ежегодно), что соответствует 300-500 абортов на каждые 1000 рождений. Ежегодно около 70 тыс. женщин умирают от осложнений абортов. Также высоко распространенность вторичного бесплодия. Уровень бесплодных браков составляет в РФ от 10 до 13,5%. Распространенность искусственного прерывания беременности по странам и континентам варьирует в весьма широких пределах: от 5-20 в странах Скандинавии, Западной Европы, Северной Америки до 150-200 на 1000 женщин фертильного возраста в некоторых странах Африка и Латинская Америка. Столь низкое число абортов экономически развитых государствах обусловлено, в первую очередь, применением женщинам современных и надежных контрацептивов, каковым является гормональные контрацептивы.[6]

Гормональная контрацепция произвела революцию в современном обществе. Создание средства контрацепции, которое по эффективности приближалось бы к 100%,еще в начале ХХ в. Казалось нереальным. Однако уже в 1960 в США был представлен первый гормональный контрацептив - Эновид, в Европе - Ановлар. Первые гормональные контрацептивы содержали высокую дозу гормонов - 50 мкг эстрогенного компонента в одной таблетке и не редко давали побочные действия. Современные гормональные контрацептивы содержат минимальную дозу эстрогенного компонента - 15-35 мкг этинилэстрадиола в сутки , что обеспечивает безопасность и хорошую переносимость метода. Повышение селективности гестагенного компонента гормонального контрацептивов обеспечело не только улучшения их непереносимости, но и дополнительные неконтрацептивные (лечебные) эффекты- антиантогенный, антиминералкортикоидный, выраженный антипроферативный эффект на эндоментрий.

Гормональный контрацептивы в своем составе могут содержать либо комбинацию аналогов женских половых гормонов - эстрогена и прогестерона - эстрогенный и гестагенный компоненты, либо быть чистым гестагенными.

Современная женщина имеет достаточно высокие требования к средству контрацепции. Оно должно быть, в первую очередь , эффективно и безопасно, не давать или не иметь минимум побочных эффектов, быть удобным а применении и, по возможности, обладать дополнительными неконтрацептивными преимуществами.

#### Комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Эти средства являются наиболее распространенными методами контрацепции. Помимо высокой надежности метода (индекс перля составляет 0,1 ) современные КОК хорошо переносяться при длительном использовании, просты и удобны в применении, обеспечивают контроль менструального цикла, обратимы и обладают целым рядом лечебных и профелактических эффектов. Основные методы КОК- аналоги женских половых гормонов - эстрогена и прогестерона. эстрогенный компонент КОК этинилэстрадиол (ЭЭ). Синтетические аналоги прогестерона принято называть гестгенами.

Контрацептивный эффект КОК обеспечивается:

за счет подавлении овуляции

сгущение шеечной слизи

изменения эндометрия препятствующие имплантации

Существует несколько классификаций КОК

Производные 19-норстероидов с этинильным радикалом являются исторически более ранней группой гестагенов. Отличительным свойством являяется выраженная гестогенная активность. Суточная доза гестодена 75мкг в таких КОК, как Логест,Фемоден, Мирелль, Линдинет, достаточно для подавления овуляции и, следовательно, надежной контрацепции. Важным преимуществом гестагенов этой группы является торможение проферации эндометрия,что способствует снижению обильности менструаций. Однако гестогены в дозе 150 мкг и выше обладают остаточной андрогенной активностью,что может приводить к побочным эффектом. Замена этинильного радикала в положении С-17 на цианометильный привело к созданию гестагена нового класса - « гибридных гестагенов, сохранивших выраженное антипрофератное действия на эндоментрий и обладающих антиандрогенным эффектом. Единственный представитель класса «гибридных» гестогенов - диеногест ( входит в состав КОК ЖАНИН). Диеногест зарегистрирован как антиандрогенный гестаген и помимо контрацепции используется для лечения гиперандрогений у женщин (акне, себорея, гирсутизм )

#### Производные прогестерона.

В 1962 г. Был создан уникальный и до сегодняшнего для единственный гестаген со 100% антиандрогенной активностью - ципротерона ацетат ( входит в состав КОК ДИАНЕ-35). Низкодозированный КОК Диане-35 широко используется не только с целью контрацепции, но и также для лечения гиперандрогений различной степени выраженности у женщин. Слабой антиантрогенной активностью обладает хлормадинона ацетат ( входит в состав КОК БЕЛАРА ).

#### Производные спиронолактона.

Исследования последних лет были направлены на создании гестагена, который по своим свойствам максимально приближается кнатуральному прогестерону. Большинство женщин отказываются от метода гормональной контрацепции в целом из-за эстрогензависимых побочных эффектов, связанных с задержкой жидкости: прибавка масссы тела, отечность ноги и др. Дроспиренон - единственный гестаген, производное спиронолактона ( входит в состав КОК ЯРИНА )обладает антиминералкортикоидной активностью, препятствуя задержка жидкости, и устраняя большинство побочных эффектов КОК. Антиминералкортикоидная активность позволяет использовать КОК с дроспиреноном ( Ярину ) с лечебной целью - для купирования предменструального синдрома.КОК подбирается с учетом его индивидуальных характеристик, необходимых той или иной женщине.

При одновременном приеме КОК и антибиотиков контрацептивная надежность снижается, поэтому необходимо использовать дополнительные методы контрацепции. Из парентеральных форм комбинированных эстроген-гестагенных контрацептивов в России зарегистрировано влагалищное кольцо ( Nuvo-Ring ) с августа 2004 г. Имеется в аптеках.

Ново-Ринг представляет собой гибкое кольцо из гипоаллергенного материала, снабженного сложной системой мембран, обеспечивающих стабильное высвобождение в течение суток 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этонолгестрела.

Основное преимущество нового метода - минимальное системное влияние на организм за счет создания стабильного гормонального фона в организме и отсутствие первичного прохождения через печень и желудочно - кишечного тракта, что снижает частоту побочных эффектов.

#### Внутриматочные гормональные контрацептивы.

Единственный внутриматочный системой с гестагеном, зарегистрированной в России, является внутриматочная левоноргестрел (ЛНГ) рилизинг-системаМирена. Контрацептиный эффект Мирены связан с локальным дей-ствием ЛНГ в полости матки.[10]

Следует отметить, что при использовании Мирены нет эффекта подавлении эффекта подавлении овалюции ( в отличие от КОК ), а так же отсутствует системное воздействие ЛНГ на организм. Мирена показана женщинам стродающим меноррагиями. На фоне использования этого препарата мен-струации становятся короче и слабее, у 20% женщин они отсутствует навремя использования Мирены, что связано с изменением толщины и морфо-логии эндометрия.

#### Мини - пили.

Оральные контрацептивы содержащие минимальную дозировку геста-генов, являются достаточно надежным методом контрацепции только для кормящих женщин (табл.3)

Таблица 3. Клинико - фармакологический профиль мини - пили

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Торговое наименование | Международное непатентованное наименование | Фармакологическая характеристика |
| Мокролют | 30 мкг левоноргестрела | Самый низкодозированный препарат.100% биодоступность гестагена |
| Экслютон | 500 мкг линестренола | Высокодозированный препарат. Активный метаболит-норэтистерон образуется при распаде линестреона |
| Чарозетта | 75 мкг дезогестрела | Активный метаболит-3-кетодезогестрел образуется при распаде дезогестрела |

#### Контрацептивный эффект обеспечивается за счет нескольких факторов:

#### сгущения шеечной слизи и препятствия прониктовения сперматозоидов в полость матки ;

#### изменения в эндометрии, которые препятствует имплантации яйцеклетки

#### снижения сократительной активности маточных труб и, как следствие,

#### замедления миграций яйцеклетки по трубе в полости матки ;

#### в 25-50% случаев - подавления овуляции ;

#### Инъекции и импланты.

Препараты, предназначенные для длительного контрацепции с системным эффектом. В качестве инъекций используются - производные прогестерона в виде водной микрокристаллической суспензии. Эффект длится на протяжении трех месяцев. В России зарегистрирован только один препарат-Депо-Провера, содержащий 150 мг медроксипрогестерона ацетата. После отмены препарата способность к зачатию восстанавливается только на 7 месяце.

Импланты (Норплант)- система из 6 или 2 силоксановых капсул с левоноргестрелом. Капсулы устанавливаются подкожно, на внутренней по-верхности левого плеча в форме веера. Каждая капсула имеет длину 34 мм, диаметр 2,5 мм, содержит 36 мг левоноргестрела. После отмены препарата способность к зачатию восстанавливается в течение года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Планирование семьи - это дети по желанию, а не по случаю. Право на планирование семьи, или на свободное и ответственное родительство, является международно признанным правом каждого человека. Вопросы о том, когда и сколько иметь детей, как избежать нежелательной беременности, какие противозачаточные средства (контрацептивы) лучше применять и как ими пользоваться, рано или поздно встают перед каждым человеком, каждой семьей. Планирование семьи помогает людям сознательно выбирать количество детей в семье и сроки их рождения, планировать свою жизнь, избежать ненужных тревог и волнений. Контрацепция основа семейного планирования. Она делает интимную жизнь более гармоничной, устраняет ненужные волнения и ожидания.

Решение об использовании того или иного метода принимается после тщательного медицинского обследования.

Планирование семьи, применение безопасных методов контрацепции помогут сохранить здоровье, родить здоровых и желанных детей, принесет счастье в каждый дом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демографический ежегодник России: Стат. сб. / Росстат. - М., 2000-2010. 2. Интегральное оценивание и прогностическое моделирование состояния здоровья беременных, рожениц и родильниц с учетом их медико-социальных характеристик/ О.Н. Чопоров, В.П. Косолапов, Н.В. Наумов, Х.А. Гацайниева// Вестник Воронежского института высоких технологий. - 2012. - №9. - С. 91-95.

. Итоги работы учреждений здравоохранения за 1992-2010 годы и первоочередные задачи на 2011 год: аналитический доклад. - Воронеж: Департамент здравоохранения Воронежской области, 1992-2010.

. Косолапов В.П. Исследование проблем охраны материнства и детства Центрально-Черноземного региона и пути их решения в современных условиях: Дис. … д-ра мед. наук. - Воронеж, 2011. - 270 с.

. Костюкова Н.Б., Усова М.А., Клименко Г.Я., Гацайниева Х.А. Медико-социальные характеристики репродуктивного здоровья женщин по материалам углубленного обследования в женской консультации// Врач-аспирант, №3.4(52), 2012. - С.614-623.

. Макацария А.Д., Саидова Р.А., Бицадзе В.О., и др. Гормональная контрацепция и тромбофилические состояния. М.: Триада-Х 2004.240 с.

. Методы предварительной обработки информации при системном анализе и моделировании медицинских систем/ О.Н. Чопоров, Н.В. Наумов, Л.А. Куташова, А.И. Агарков// Врач-аспирант. - № 6.2(55). - 2012. - С. 382-390.

. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации в 2010 году / ФГБУ ЦНИИ ОИЗ. - М., 2011. - 173 с.

. Особенности репродуктивного здоровья населения Воронежской области на фоне ЦЧР/ В.П. Косолапов, П.Е. Чесноков, Г.Я. Клименко, О.Н. Чопоров// Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журн. практической и теоретической биологии и медицины. - 2010. - Т.9, №3. - С. 649-655.

. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Тагиева А.В.Внутриматочная контрацепция. М.:Медпресс,2000.192с.

. Современные методы профилактики абортов. Научно-практическая программа Минздрава РФ. М.2004.

. Таджитдинов Э.Э., Нишанова Ф.П. Клинико-анамнестический анализ и репродуктивные потери у женщин с гестационным диабетом// Врач-аспирант, №2.1(51), 2012. - С. 238-243

. Чесноков П.Е., Клименко Г.Я., Косолапов В.П., Сыч Г.В., Жидков М.Л. К вопросу о репродуктивном здоровье населения Воронежской области// Врач-аспирант, №5.3(54), 2012. - С. 479-483

. ФЗ «Об основах здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ

15. Указ Президента РФ от 18.08.1994 N 1696 (ред. от 19.02.1996, с изм. от 15.01.1998) "О президентской программе "Дети России"