Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

Кафедра неврологии и нейрохирургии

**Реферат на тему:**

**«Методы контрацепции»**

Пенза 2010

**Контраце́пция** (от новолат. contraceptio — букв. — противозачатие) — предупреждение беременности механическими (презервативы, шеечные колпачки и др.), химическими (напр., влагалищные шарики, грамицидиновая паста) и др. противозачаточными средствами и способами. Некоторые методы (в частности презерватив) помогают значительно снизить вероятность заражения ВИЧ и другими венерическими заболеваниями.

Метод контрацепции выбирается, исходя из следующих обстоятельств:

* Обеспечение должного перерыва между родами или планирования последующих беременностей. В зависимости от ситуации выбирают обратимый или необратимый метод контрацепции. При этом надо учитывать скорость восстановления репродуктивной способности после использования метода.
* Состояние здоровья женщины. При наличии какого-либо заболевания следует выбрать метод контрацепции, наиболее приемлемый по медицинским критериям и, по возможности, оказывающий лечебное воздействие.
* Надежность метода. Во всех ситуациях следует сначала рассмотреть приемлемость высоконадежных методов (гормональные, внутриматочные) и лишь при невозможности их использования рекомендовать менее надежные методы.
* Необходимость защиты от инфекций, передаваемых половым путем, в том числе и от вирусного гепатита и СПИД. Ни один из методов контрацепции, за исключением презервативов и, в меньшей степени, диафрагмы, не обеспечивает защиты от этих инфекций.
* Безопасностью метода контрацепции, которая подразумевает: минимум побочных эффектов, в том числе и при длительном применении; отсутствие отрицательного воздействия не только на организм женщины, но и на ее полового партнера; сведение к минимуму степени риска в случае наступления нежелательной беременности; исключение вредного воздействия на будущее потомство.

# Ритмический метод контрацепцииоснован на воздержании от половых сношений в периовуляторном (фертильном) периоде или использовании в эти сроки других средств контрацепции. Контрацептивное действие метода объясняется с учетом изложенных ниже концепций: овуляция происходит за 14-15 дней до начала очередной менструации (при условии, что женщина не страдает гинекологическими заболеваниями и пребывает в постоянных благоприятных условиях окружающей среды), период жизнедеятельности яйцеклетки составляет 24 часа после овуляции (жизнеспособность сперматозоидов в организме женщины достигает 5-7 суток).

Существует **четыре варианта ритмического метода**:

* календарный (метод Ogino-Knaus)
* температурный
* цервикальный (метод Билпинга)
* симптотермальный (мультикомпонентный).

**Календарный метод или метод Ogino-Knaus** позволяет вычислить фертильный период, исходя из продолжительности менструальных циклов за последние 8-12 мес. Начало фертильного периода определяют путем вычитания цифры '18" из самого короткого цикла, а конец - цифры "11" из самого длинного цикла. Например: самый короткий менструальный цикл = 28 дней самый длинный менструальный цикл = 30 дней начало фертильного периода = 28-18=10 (день цикла) конец фертильного периода = 30-11=19 (день цикла)

Показания:

* отсутствие необходимости в эффективной контрацепции и невозможность использования других средств предохранения от беременности (условие - регулярный цикл).

Противопоказания:

* необходимость эффективной контрацепции
* нерегулярный менструальный цикл.

Осложнения неизвестны

Ограничения метода:

* низкий контрацептивный эффект (обусловлен индивидуальными колебаниями срока овуляции, в частности, при стрессах, заболеваниях, перенапряжении, переутомлении, перемене климата и др.)
* неприемлемость для женщин с нерегулярным менструальным циклом
* необходимость длительного периода воздержания
* не снимает "страх" перед нежелательной беременностью (вследствие низкой эффективности).

Преимущества метода:

* простота и доступность
* отсутствие каких-либо побочных эффектов.

**Температурный метод** основан на определении фертильного периода путем измерения базальной температуры. Базальную температуру измеряют в прямой кишке на протяжении всего менструального цикла, каждое утро. не вставая с постели, в течение 7-10 мин. Полученные данные заносят в график. Следует использовать один и тот же термометр (или электронно-программированный термометр фертильности. или термометр со специальной градуировкой). Как известно, на протяжении фолликулиновой фазы мен-стуального цикла базальная температура находится на отметке ниже 37°С. За 12-24 часа до овуляции температура резко снижается (предовуляторный спад), после овуляции - повышается в среднем на 0.2-0.5°С (в большинстве случаев до 37°С и выше) и держится на этом уровне на протяжении лютеиновой фазы менструального цикла (гипертермическое действие прогестерона); накануне очередной менструации базальная температура вновь снижается.

Методика температурного определения фертильного периода. День предовуляторного спада базальной температуры принимается за -О- день, т.е. день наивысшей фертильности. С учетом жизнеспособности сперматозоидов и яйцеклетки начало фертильного периода приходится на день менструального цикла -6, а конец - +3. После трех дней повышенной температуры наступает безопасный период.

Показания: контрацепция предохранение нежелательная беременность

* отсутствие необходимости в эффективной контрацепции
* невозможность использования других средств предохранения от беременности (условие - регулярный менструальный цикл).

Противопоказания:

* высокий риск нежелательной беременности
* нерегулярный менструальный цикл.

Осложнения неизвестны.

Ограничения метода:

* низкий контрацептивный эффект
* трудности интерпретации данных базальной температуры при некоторых вариантах двухфазной температурной кривой (например, при ее "медленном" или "ступенеподоб-ном" подъеме), а также при простудных и других заболеваниях, стрессах, нарушениях сна, работе в ночное время
* необходимость ежедневного измерения базальной температуры
* предполагает длительный период воздержания
* не снимает "страх" перед нежелательной беременностью.

Преимущества метода:

* простота
* отсутствие каких-либо последствий и побочных эффектов
* позволяет определить дни наиболее вероятного зачатия при планировании беременности после временной контрацепции.

**Цервикальный метод - метод Биллинга** основан на изменении характера шеечной слизи в течение менструального цикла под влиянием эстрогенов. Во время периовуляторного периода слизь становится светлой, прозрачной, тягучей, обильной (под влиянием пика эстрогенов) и напоминает сырой яичный белок. Указанный период сопровождается появлением слизистых выделений из влагалища и ощущением влажности вульвы. В остальные дни цикла шеечная слизь вязкая, вырабатывается в небольшом количестве, имеет беловатый или желтоватый оттенок; вульва сухая. Овуляция обычно происходит спустя 24 часа после исчезновения обильной и светлой слизи, а фертильный период продолжается еще в течение четырех дней (с учетом колебаний времени овуляции и жизнеспособности яйцеклетки и сперматозоидов).

Рекомендации по использованию метода Биллинга (для пациенток):

* а) ежедневный контроль изменения влажности вульвы и характера выделений из влагалища (в периовуляторном периоде появляются слизистые выделения из влагалища, напоминающие яичный белок, и ощущение влажности вульвы)
* б) следует воздержаться от половой жизни (или использовать другой метод контрацепции) в течение четырех дней после исчезновения светлой слизи.

Ограничения метода:

* низкий контрацептивный эффект
* необходимость длительного периода воздержания
* индивидуальные особенности изменений характера шеечной слизи
* невозможность применения метода при цервиците и кольните
* сложности в оценке характера слизистых выделений после введения спермицидов
* не снимает "страх" перед нежелательной беременностью.

Преимущества метода:

* простота
* отсутствие каких-либо последствий и побочных эффектов.

**Симптотермальный (мультикомпонентный) метод** объединяет контроль базальной температуры, изменения характера шеечной слизи, данные календарного метода, а также ряд субъективных признаков (овуляторные боли, кровянистые выделения из половых путей в середине менструального цикла). Метод сложен для освоения и интерпретации полученных данных, эффективность его невысока.

Отдельно можно описать следующий метод

**Прерванное половое сношение**. Метод основан на извлечении полового члена из влагалища перед началом эякуляции. Контрацептивная эффективность - 15-30 беременностей на 100 женщин/лет. Распространенность около 28%, особенно, в католических странах.

Ограничения метода:

* низкий контрацептивный эффект
* нарушение оргазма у мужчин
* развитие невроза и импотенции
* не снимает "страх" перед нежелательной беременностью.

Прерванный половой акт

Это способ, при котором мужчина вынимает член из влагалища до того, как произойдет семяизвержение. Сперма не попадает во слагалище, следовательно, оплодотворение не наступает.

При использовании этого метода надо придерживаться следующих правил:

* Семяизвержение должно происходить вне влагалища женщины
* Необходимо избегать попадания спермы на наружные половые органы женщины
* На всякий случай нужно иметь рядом какое-либо спермицидное средство на тот случай, если сперма все-таки попала во влагалище. Имейте в виду, что при этом заметно возрастает риск забеременеть.
* При повторных половых актах прерванное половое сношение не следует применять, так как возможно попадание во влагалище небольшого количества спермы, оставшейся после предыдущей эякуляции

Достоинства метода

Достоинством метода прерванного полового сношения является всеобщая доступность и легкость применения. Не требуется механических приспособлений.

Недостатки метода

К недостаткам метода относится неполное удовлетворение партнеров. Кроме того это достаточно рискованный способ. Он не гарантирует того, что часть спермы не попадет на шейку матки. Когда мужчина возбужден, его член выделяет характерную смазку, которая тоже может содержать сперматозоиды. Также этот способ связан с большой психоэмоциональной нагрузкой на партнеров. Иногда мужчина не может точно уловить нужный момент и требуется высокий самоконтроль с его стороны. Используя прерванное половое сношение помните, что оно не снижает риска заболеваний, передающихся половым путем

Коэффициент неудач около 18%.

**Барьерный метод контрацепции** – предохранение от нежелательной беременности путем препятствия попаданию спермы во влагалище или шейку матки *механическим* (**презервативы**, влагалищные диафрагмы и колпачки) или химическим (спермициды[1]) путем. Сочетание этих двух путей называется *комбинированным,* например, сочетание спермицидов с диафрагмами, презервативами, колпачками и пр.

Различают следующие типы барьерных контрацептивов: мужские - **презервативы**, предотвращающие доступ спермы во влагалище и женские - диафрагмы, колпачки, спермициды, препятствующие поступлению спермы из влагалища в полость матки. Барьерные методы **контрацепции** предохраняют от наступления беременности и от заболеваний, передающихся половым путем. Эти противозачаточные средства практически не оказывают неблагоприятного влияния на организм женщины и мужчины, но при этом в 10-20 раз менее эффективны современных гормональных средств.

### Презервативы

Наиболее распространенным ***механическим*** барьерным средством **контрацепции** является ПРЕЗЕРВАТИВ.

Мужской ПРЕЗЕРВАТИВ представляет собой тонкий чехол, изготовленный из латекса, винила, полиуретана и пр.

*Преимущества:*

* Быстрый эффект.
* Отсутствие влияния на грудное вскармливание.
* Возможность использования в сочетании с другими контрацептивами.
* Широкая доступность (в аптеках и немедицинских учреждениях).
* Продаются без рецепта и перед началом использования не требуют медицинского осмотра.
* Низкая стоимость.
* Способствуют вовлечению мужчины в планирование семьи.
* Единственный метод планирования семьи, обеспечивающий защиту от заболеваний, передающихся половым путем (только латексные и виниловые).
* Могут удлинять время эрекции и время до эякуляции (семяизвержения).
* Могут способствовать профилактике рака шейки защищая шейку матки от микроорганизмов, передаваемых половым путем, которые способствуют развитию онкологических заболеваний. К ним относятся вирус простого герпеса, вирус папилломы и хламидии.

Недостатки:

* Невысокая контрацептивная эффективность (3-14 беременностей на 100 женщин в год), в 10-20 раз менее эффективны современных гормональных средств.
* Требуется использование во время каждого полового акта
* Могут снижать сексуальные ощущения
* Необходимость иметь достаточный запас презервативов
* Возможное возникновение аллергических реакций на латекс, спермициды и смазочные вещества

### Диафрагмы

Для молодой женщины, регулярно живущей половой жизнью с одним партнером, вполне приемлемо применение ДИАФРАГМЫ – ***механического*** барьерного средства **контрацепции**, изготовленного из латексной резины, имеющего форму купола диаметром 50-105 мм. В основании купола находится покрытая резиной металлическая пружина плоской, спиралеобразной или дугообразной формы. Вводится диафрагма во влагалище, пружина упирается в его стенки и таким образом закрывается шейка матки, предотвращается попадание сперматозоидов в полость матки. Диафрагма особенно эффективна в сочетании со спермицидными средствами, т.к. при комбинированном использовании помимо усиления контрацептивного эффекта, еще есть эффект смазки для введения диафрагмы.

*Преимущества:*

* Быстрый эффект.
* Отсутствие влияния на грудное вскармливание.
* Отсутствие необходимости вводить диафрагму непосредственно перед половым актом (можно вводить за 6 часов до полового акта).
* Отсутствие побочных эффектов.

*Недостатки:*

* Невысокая контрацептивная эффективность (6-20 беременностей на 100 женщин в год).
* Необходимость использования во время каждого полового акта. Перед каждым следующим – следует вводить новую дозу спермицида.
* Требуется гинекологический осмотр для первичной и послеродовой примерки диафрагмы.
* Возможно возникновение инфекции мочевыводящих путей при несоблюдении правил личной гигиены (через грязные руки).
* Не следует извлекать в течение 6 часов после полового акта.
* При каждом применении диафрагмы необходимо использовать спермицид.

*Противопоказания для использования диафрагмы:*

* индивидуальная непереносимость материала, из которого сделана диафрагма и спермицида;
* наличие хронической инфекции мочевыводящих путей;
* анатомические изменения влагалища (сужение, аномалии развития);
* боль в промежности между половыми актами;
* первые 12 недель после родов;
* менструация или маточное кровотечение в межменструальный период.

Подбор диафрагмы по размеру осуществляется гинекологом. Диафрагма используется во время каждого полового акта. Перед ее введением опорожняется мочевой пузырь, моются руки. Проверяется целостность диафрагмы наполнением ее водой. Затем, небольшое количество спермицидного крема или геля выдавливается в чашечку диафрагмы. Используется следующим образом: края диафрагмы сводятся вместе, принимается одна из позиций (лежа на спине или сидя на корточках, одна нога поднята на стул), вводится глубоко во влагалище за лобковую кость. После этого вводится палец во влагалище и ощупывается шейка матки, проверяется, полностью ли она закрыта.

Диафрагма вводится не ранее чем за 6 часов до полового акта. После полового акта она должна оставаться во влагалище также не менее 6 часов (но не более 24 часов). Перед каждым последующим половым актом требуется дополнительное введение спермицида.

Удаляется пальцем за передний край. Если необходимо, перед удалением вводится палец между диафрагмой и лобковой костью, чтобы нарушить эффект присасывания. После использования диафрагма моется водой с мылом, высушивается, и храниться в специальной коробке.

### Колпачки

КОЛПАЧОК – это маленькая диафрагма, которая покрывает только шейку матки. Колпачки изготовлены из резины, имеют разные размеры. Подбирается гинекологом.

*Преимущества:*

* Возможно введение за 6 часов до полового акта.

Приемлемы для женщин, не имеющих возможности пользоваться диафрагмой.

*Недостатки:*

* Невысокая контрацептивная эффективность (6-20 беременностей на 100 женщин в год).
* Требуется гинекологический осмотр для первичной и послеродовой примерки колпачка.
* Неудобство введения во влагалище.
* Необходимость одновременного применения спермицидов.

*Противопоказания для использования колпачка:*

* индивидуальная непереносимость материала, из которого сделан колпачок и спермицида;
* анатомические изменения влагалища (сужение, аномалии развития);
* боль в промежности между половыми актам;
* первые 12 недель после родов;
* менструация или межменструальное маточное кровотечение.

### Спермициды

СПЕРМИЦИДЫ – вещества *(бензолконий хлорид, ноноксилон-9)*, частично или полностью лишающие активности, или разрушающие сперматозоиды.

Относятся к ***химическим*** барьерным средствам **контрацепции**.

Обычно применяются в комплексе с другими противозачаточными средствами, такими как диафрагмы, колпачки, **презервативы**.

Форма выпуска:

* аэрозоль (пена)
* вагинальные таблетки и свечи, пленки
* крем, гель
* Влагалищные губки

Влагалищные губки (небольшие подушечки, овальной формы, размером 2,5х5,0 см, изготовленные из синтетического волокна и пропитанные спермицидом *- ноноксилон-9*) обладают сочетанным действием: механическим и химическим, и относятся к ***комбинированным*** барьерным средствам **контрацепции**. Влагалищные губки предохраняют от попадания спермы в канал шейки матки, задерживая сперму в губке, а также выделяют спермицидное вещество.

*Механизм действия:* разрушение мембраны сперматозоидов, что снижает их подвижность и способность оплодотворять яйцеклетку.

*Преимущества:*

* Быстрый эффект.
* Отсутствие влияния на грудное вскармливание.
* Простота в применении.
* Дополнительное увлажнение (смазка) во время полового акта.
* Не требуют предварительного медицинского осмотра (консультация врача желательна при выборе любого средства **контрацепции**, но к обязательной консультации этот метод не относится).
* Обладают антибактериальной активностью против многих микроорганизмов, являющимися возбудителями заболеваний, передающихся половым путем.
* Многие спермициды не оказывают какого–либо действия на беременность, т.к. являются препаратами местного действия.

*Недостатки:*

* Невысокая контрацептивная активность (6-26 беременностей на 100 женщин в год).
* Необходимость использовать во время каждого полового акта.
* Вагинальные таблетки, свечи необходимо ввести за 10-15 минут до полового акта, иначе снижается контрацептивный эффект.
* Каждое введение спермицида эффективно только в течение 2-6 часов (влагалищная губка - 24 часа).
* Необходимо наличие контрацептива до начала полового акта.
* Возможно раздражение слизистой оболочки влагалища или кожи полового члена.
* Спермицид *СТЕРИЛИН* нельзя использовать во время кормления грудью и при беременности.

*Противопоказания для использования спермицидов:*

* индивидуальная непереносимость спермицида.

*Использование спермицидов возможно:* у женщин, которые не хотят или не могут использовать гормональные противозачаточные таблетки или внутриматочные спирали; у кормящих матерей, имеющих редкие половые связи.

*Использование спермицидов не рекомендуется:* женщинам, чей возраст, количество родов или проблемы со здоровьем делают беременность опасной; при невозможности использования во время каждого полового акта; женщинам с аномалиями развития половых органов

*Выбор спермицида:*

* Аэрозоли (пены) и влагалищные губки эффективны сразу после введения.
* Вагинальные таблетки и свечи требуют введения за 15 минут до начала полового акта.
* Спермицидные кремы и гели обычно используют **только** в сочетании с диафрагмой, колпачком или презервативом.

**Гормональная контрацепция - общие сведения**

Первые оральные контрацептивы появились на рубеже 50-х - 60-х гг. этого века. Первый оральный контрацептив "Enovid" (1959) содержал 0.15 мг местранола и 10 мг норэтинодрела.

В последующем **метод гормональной контрацепции** претерпел значительные усовершенствования, среди которых необходимо выделить следующие:

* во-первых, в комбинированных OK существенно уменьшились дозы гормонов при сохранении высокой контрацептивной надежности
* во-вторых, синтезированы высокоактивные гормональные средства (этанилэстрадиол, левоноргестрел), а также депо-препараты
* в-третьих, разработаны новые способы введения контрацептивов- мини-пили, многофазная оральная контрацепция (или метод step-up), инъекционные препараты и подкожные силастиковые капсулы, наконец, выделены прогестагены третьего поколения -дезогестрел, норгестимат, гестоден; следует отметить, что уменьшение концентрации гормонов в ОК, а также появление прогестагенов третьего поколения в совокупности способствовали расширению их приемлемости благодаря снижению частоты побочных реакций и осложнений.

Более 100 миллионов женщин во всем мире используют гормональный метод предохранения от нежелательной беременности.

Современные **гормональные контрацептивы** в зависимости от состава и способа их применения подразделяются на:

* комбинированные эстроген-гестагенные препараты
* мини-пили (чистые прогестагены)
* инъекционные (пролонгированные)
* подкожные имплантанты.

Необходимо подчеркнуть, что посткоитальные препараты ("Постинор") в настоящее время ВОЗ не рекомендует к употреблению из-за высокой частоты нарушений менструальной функции (40%), сравнительно низкого контрацептивного эффекта (индекс Перля "Постинора" составляет 1.7-8.3 беременностей на 100 женщин/лет), а также высокой вероятности внематочной беременности.

# Оральные контрацептивы

Преимущества трехфазной контрацепции и монофазных препаратов, содержащих прогестагены третьего поколения:

* низкое содержание гормонов обеспечивает уменьшение ингибирующего влияния на гипоталамо-гипофизарную систему при сохранении высокой контрацептивной эффективности
* в многофазных препаратах колеблющиеся соотношения эстрогена и прогестагена имитируют циклические изменения уровня гормонов при физиологическом цикле
* циклические изменения в эндометрии при многофазной контрацепции (короткая пролиферативная фаза, формирование секреторной трансформации, идентичной средней стадии секреции физиологического цикла; более полноценная пролиферация и развитие спиральных артерий) обуславливают низкую частоту нарушений менструальной функции
* хорошая переносимость
* низкая частота побочных реакций
* раннее восстановление фертильности (после 6-12 мес приема овуляция восстанавливается в течении 1-3 циклов)
* адекватный лечебный эффект при функциональных нарушениях менструального цикла
* минимальное воздействие на свертывающую систему крови
* липидный и углеводный обмен.

Показания:

* необходимость надежной контрацепции
* терапевтическое воздействие при нарушениях менструальной функции и/или некоторых патологических состояниях (дисменорея, функциональные кисты яичников, пред-менструальный синдром, климактерический синдром, постгеморрагическая анемия, воспалительные процессы матки и ее придатков в стадии разрешения, эндокринное бесплодие, реабилитация после эктопической беременности, акне, жирная себорея, гирсутизм; следует подчеркнуть, что при трех последних состояниях предпочтение отдается препаратам, содержащим прогестагены третьего поколения - Марвелон, Мерсилон, Силест)
* необходимость обратимого контроля рождаемости и/ или соответствующего интервала между родами
* сексуальная активность молодых нерожавших женщин (подросткам рекомендуется прием многофазных ОК или монофазных препаратов, содержащих прогестагены третьего поколения)
* состояние после аборта или родов (безусловно, после прекращения грудного кормления)
* семейный анамнез рака яичников.

Условия:

* возможность соблюдения режима приема препарата
* отсутствие активного курения (свыше10-12 сигарет/ сутки) в возрасте старше 35 лет.

Противопоказания подразделяются на абсолютные и относительные.

**Абсолютные противопоказания к применению оральных контрацептивов**:

* беременность
* тромбоэмболические заболевания
* поражение сосудов системы головного мозга
* злокачественные опухоли репродуктивной системы и молочных желез
* тяжелые нарушения функции печени, цирроз.

Перечисленные заболевания имеются в настоящее время или отмечались ранее.

**Относительные противопоказания к применению оральных контрацептивов:**

* тяжелый токсикоз второй половины беременности
* идиопатическая желтуха в анамнезе
* герпес беременных
* зуд во время беременности
* тяжелая депрессия
* психозы
* бронхиальная астма
* эпилепсия
* тяжелая гипертензия (160/100 мм рт. ст.)
* серповидно-клеточная анемия
* тяжелый сахарный диабет
* ревматический порок сердца
* отосклероз
* гиперлипидемия
* заболевания почек
* варикозное расширение вен и тромбофлебит
* калькулезный холецистит
* пузырный занос (до исчезновения хорионического гонадотропина в крови)
* кровотечения из половых путей неясной этиологии
* гиперпролактинемия
* ожирение 3-4 степени
* активное курение (свыше 10-12 сигарет/сутки), особенно, в возрасте старше 35 лет.

**Побочные реакции и осложнения, обусловленные приемом оральных контрацептивов**, связаны с нарушением эстроген-гестагенного баланса и могут возникнуть как при избытке гормонов, так и при их дефиците, подразделяют на эстроген- и гестагензависимые:

* Эстрогензависимые побочные эффекты:
	+ тошнота
	+ чувствительность и/или увеличение молочных желез
	+ задержка жидкости и. связанная с этим циклическая прибавка массы
	+ усиление влагалищных слизистых выделений
	+ эктопия цилиндрического эпителия шейки матки
	+ головная боль
	+ головокружение
	+ раздражительность
	+ судороги ног
	+ вздутие живота
	+ хлоазма
	+ гипертензия
	+ тромбофлебит.
* Гестагензависимые (андрогензависимые) побочные эффекты:
	+ повышение аппетита и массы тела
	+ депрессия
	+ повышенная утомляемость
	+ понижение либидо
	+ акне, увеличение сальности кожи
	+ нейродермит
	+ зуд, сыпь
	+ головная боль (между приемом препарата)
	+ увеличение и болезненность молочных желез
	+ скудные менструации
	+ приливы
	+ сухость во влагалище
	+ кандидоз влагалища
	+ холестатическая желтуха.

При недостатке эстрогенов могут возникнуть раздражительность, мажущие межменструальные кровянистые выделения в начале и/или середине цикла, скудная менструальноподобная реакция или ее отсутствие, уменьшение молочных желез, головная боль, депрессия. При недостатке прогестагенов: межменструальные кровянистые выделения в конце цикла, обильная менструально-подобная реакция или ее задержка.

Приемлемость ОК определяется развитием, длительностью и выраженностью побочных реакций, имеющих сугубо индивидуальный характер.В зависимости от времени появления побочные реакции подразделяются на ранние и поздние.

* Ранние (тошнота, головокружение, болезненность и увеличение молочных желез, межменструальные кровянистые выделения, боли в животе) - формируются, как правило, в первые 3 месяца применения препарата и, в большинстве случаев, со временем самостоятельно исчезают.
* Поздние (утомляемость, раздражительность, депрессия, акне, увеличение массы, снижение либидо, нарушение зрения, задержка менструальноподобной реакции) - развиваются в более поздние сроки (свыше 3-6 мес).

**Ограничения метода оральной контрацепции:**

* необходимость ежедневного приема препарата
* не предохраняет от инфекций, передаваемых половым путем
* возможность развития (менее 1%) сердечно-сосудистых осложнений (гипертония, инфаркт миокарда, тромбоэмболические и цереброваскулярные состояния), связанных с наличием эстрогенного компонента (особенно у активно курящих женщин старше 35 лет, а также при наличии факторов риска по возникновению указанных заболеваний)
* аденомы и гепатоцеллюлярной карциномы печени; вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что
	+ во-первых, уменьшение дозы эстрогена в современных препаратах значительно снижает риск их развития (с 2.9% - при 50 мкг до 1.8% - при 30-40 мкг),
	+ во-вторых, смертность среди женщин до 40 лет от искусственного аборта (1.9% - до 24 лет; 9.2% - 35-39 лет), значительно выше, чем при гормональной контрацепции
* возможность развития побочных реакций (см. выше), а также метаболических нарушений, обусловленных как влиянием эстрогенов. так и прогестагенов (аналогичные изменения наблюдаются во время беременности или приема кортикостероидов и носят преходящий характер; более того, уменьшение дозы эстрогена (до 30 мкг) и прогестагена (до 150 мкг), использование прогестагенов третьего поколения сводит к минимуму риск развития метаболических нарушений.

**Преимущества метода оральной контрацепции:**

* высокий контрацептивный эффект
* хорошая переносимость
* доступность и простота применения
* адекватный контроль менструального цикла
* обратимость (полное восстановление фертильности в течение 1-12 мес)
* безопасность для большинства соматически здоровых женщин (особенно для некурящих женщин моложе 35 лет)
* снимает "страх" перед нежелательной беременностью
* возможность "отсрочки" (с помощью монофазных препаратов) очередной менструальноподобной реакции во время экзаменов
* соревнований
* отдыха (путем пропуска 7 дневного интервала и продолжения приема препарата из следующей упаковки; прием необходимо прекратить за 3 дня до начала желаемой менструальноподобной реакции; не рекомендуется прибегать к "отсрочке" более 3 циклов подряд)
* возможность использования монофазных ОК в качестве "аварийной" контрацепции (см. ниже).

К преимуществам оральной контрацепции следует также отнести лечебные (неконтрацептивные) эффекты комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, а именно:

* регуляция менструального цикла (купирование альгодисменореи, гиперполименореи, овуляторных болей, отдельных симптомов предменструального синдрома)
* профилактика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников, рака эндометрия, кистозной мастопатии, а также доброкачественных опухолей молочных желез (применение OK в течение четырех и более лет на 50% уменьшает риск развития этих заболеваний)
* профилактика постменопаузального остеопороза
* профилактика миомы матки
* эндометриоза
* функциональных кист яичников
* ОК предотвращают развитие эктопической беременности: воспалительных процессов половых органов благодаря изменению физико-химических свойств шеечной слизи (последняя обеспечивает плотный барьер не только для сперматозоидов, но и для патогенной флоры, включая гонококков)
* профилактика ревматоидного артрита
* язвенной болезни желудка
* терапия акне, себореи, гирсутизма
* наличие "rebound-эффекта", используемого для лечения некоторых форм бесплодия.

# Внутриматочная контрацепция

В настоящее время с помощью **внутриматочных средств (ВМС)** предохраняются от беременности более 70 млн/ женщин во всем мире. Причем 70% из них жительницы - Китая. В 30-е годы нынешнего столетия внедрены контрацептивы из серебра и золота, в 60-е - созданы ВМС типа петли Липпса из пластиковой массы (полиэтилена), а в 70- 80-х гг. - разработаны медикаментозные ВМС с медью и прогестероном.

**Классификация современных ВМС**:

* инертные (или нейтральные), изготовленные из полиэтилена с добавлением сульфата бария (для рентгеноконтра-стности)
* медикаментозные, содержащие медь или гестагены.

**Механизм контрацептивного действия ВМС** окончательно не изучен, существует несколько теорий:

* теория спермато- и овотоксического действия ионов меди
* теория абортивного действия - ВМС приводят к повышению синтеза простагландинов, усиливающих тонус миометрия
* теория ускоренной перистальтики маточных труб -ВМС способствуют усилению перистальтики труб, что обеспечивает преждевременное проникновение оплодотворенной яйцеклетки в полость матки; в подобной ситуации имплантация становится невозможной вследствие неподготовленности эндометрия и трофобласта
* теория асептического воспаления - ВМС вызывают воспалительные изменения в эндометрии (полиморфноядер-ная лейкоцитарная инфильтрация, увеличение количества макрофагов и т.д.), препятствующие имплантации
* теория сперматотоксического действия - ВМС усиливают фагоцитоз сперматозоидов макрофагами и тормозят миграцию сперматозоидов
* теория энзимных нарушений в эндометрии - ВМС повышают содержание кислой и щелочной фосфатаз в слизистой тела матки, что нарушает процесс имплантации
* теория подавления функциональной активности эндометрия - ВМС, содержащие гестагены, приводят к атрофии эндометрия, а также тормозят развитие секреторных преобразований.

В настоящее время существует более 50 различных типов ВМС. Самые распрастраненные ВМС :

* ВМС инертного типа (петля Литса) -изготавливаются из полиэтилена с добавлением сульфата бария для контрастирования в рентгеновских лучах в форме удвоенной буквы "S". С 1986 г. применение петли Липпса запрещено положением ВОЗ.
* Медьсодержащие ВМС - изготовлены из полиэтилена с добавлением сульфата бария. В экспериментальных исследованиях обнаружено, что медь обладает выраженным противозачаточным действием, основанным на спермато- и овотоксическом эффектах.
* TCu-380A (TCu-380S Slimline). Медная проволока накручена на вертикальную ось (площадь сечения - 314 мм2), на горизонтальных частях - цельные медные рукава (33 мм2); таким образом, общая площадь сечения составляет 380 мм2. Длина контрацептива 36 мм, ширина - 32 мм. Две нити белого цвета. Для введения используется проводник извлекающего типа диаметром 4.4 мм. Перед введением (не более, чем за 5 мин) горизонтальные части заправляют в проводник: полностью - у TCu-380S, и только их концы - у TCu-380A.

**Основные принципы применения ВМС**

Время введения: - 4-6 день менструального цикла (или последние 2 дня менструации при меньшей ее продолжительности), петля Липпса Progestasert Levonorgestrel TCu-380A Мультилоуд через 6 недель после неосложненных родов (при исключении беременности), в любой день менструального цикла (при исключении беременности).

Техника введения ВМС зависит от типа контрацептива. Инструкции прилагаются к упаковке ВМС. ВМС подлежат удалению в стационаре в следующих клинических ситуациях:

* невозможность удаления ВМС в амбулаторных условиях (ситуация, представленная выше)
* беременность на фоне ВМС
* отсутствие нитей ВМС
* длительное использование ВМС
* нарушения менструального цикла на фоне ВМС.

В стационаре ВМС удаляют во время диагностического выскабливания слизистой матки (или цуг-биопсии эндометрия) под контролем гистероскопии.

**Показания к применению ВМС:**

* ВМС представляет оптимальный метод контрацепции для рожавших женщин (особенно после рождения последнего ребенка) и имеющих одного постоянного партнера (т.к., отсутствует риск возникновения заболеваний, передаваемых половым путем).

**Противопоказания к применению ВМС:**

* абсолютные
	+ кровотечения из половых путей неуточненного генеза
	+ беременность
	+ аллергия на медь (для медьсодержащих ВМС)
	+ подозрение на рак женских половых органов
	+ острые и подострые воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов
	+ отсутствие в анамнезе родов
	+ подростковый период
* относительные
	+ аномалии развития половой системы
	+ миома матки
	+ инфантильная матка (длина полости матки менее 6 см)
	+ деформация шейки матки
	+ подозрение на гиперпластический процесс эндометрия
	+ рецидивирующие воспалительные процессы матки и ее придатков
	+ заболевания крови
	+ анемия
	+ экстрагенитальные заболевания (подострый эндокардит, диабет, хронические воспалительные экстрагенитальные заболевания с частыми обострениями)
	+ внематочная беременность в анамнезе
	+ наличие двух и более половых партнеров (риск развития зaбoлeвaний передаваемых половым путем)
	+ частая половая жизнь (более 5 раз в нед)
	+ стеноз шеечного канала.

**Побочные эффекты и осложнения от ВМС:**

* боли (3.6%)
* нарушения менструального цикла: - гиперполименорея (3.7-9.6%)
* воспалительные заболевания матки и ее придатков (1.6 -10%)
* экспульсия (2-16%)
* беременность (1.1-1.8%)
* перфорация матки (0.04-1.2%)

Ограничения метода:

* возможность применения определенным контингентом пациенток вследствие большого числа противопоказаний
* относительно высокий риск развития воспалительных процессов матки и ее придатков (частота воспалительных осложнений на фоне ВМС в 1.5-5 раз превышает таковую в общей популяции)
* увеличение общего объема менструальной кровопотери
* опасность перфорации матки (особенно у многорожавших женщин и/или при нарушениях техники введения контрацептива).

Преимущества метода:

* высокий контрацептивный эффект
* высокая безопасность при соблюдении адекватных мер предосторожности, условий и противопоказаний
* отсутствие тератогенного действия
* уменьшение интенсивности менструального кровотечения, альгоменореи, дисменореи на фоне гестагенсодержащих ВМС (однако следует учитывать возрастание риска внематочной беременности)
* обратимость контрацептивного воздействия (восстановление фертильности происходит в течение двух лет)
* снимает "страх" перед нежелательной беременностью.

**Наблюдение и рекомендации пациенткам, использующим ВМС:**

* первый осмотр пациентки проводят через 3-5 дней после введения ВМС
* возобновление половой жизни рекомендуют только после осмотра
* повторные осмотры проводят каждые 3-6 мес
* следует обучить пациентку пальпаторно проверять положение нитей ВМС после каждой менструации
* при их отсутствии - необходимо обратиться к врачу (для уточнения наличия и локализации ВМС проводят трансвагинальное ультразвуковое сканирование и/или рентгенографию малого таза)
* при повышении температуры, появлении болей внизу живота, патологических выделений из половых путей (белей), изменении характера или задержке менструации - следует обратиться к врачу.

# Хирургическая стерилизация

**Добровольной хирургической стерилизации (ДХС)** отводится особое место в программе планирования семьи, так как, во-первых, данный метод сопряжен с хирургическим вмешательством и, во-вторых, отличается необратимостью.

В настоящее время ДХС является наиболее распространенным методом регулирования рождаемости как в развитых, так и в развивающихся странах (по данным мировой статистики, в 1990 г. ДХС подверглись 145 миллионов женщин и 45 миллионов мужчин). По мнению большинства исследователей, ДХС представляет наиболее эффективный и, вместе с тем, экономичный метод контрацепции. Однако не вызывает сомнений, что ДХС женщин далеко не самый безопасный способ предохранения.

**Женская стерилизация** основана на создании искусственной непроходимости маточных труб хирургическим путем во время лапароскопии, мини-лапаротомии или традиционного чревосечения (например, во время кесарева сечения). В современной медицине предпочтительным является использование лапароскопического доступа как наименее травматичного вмешательства.

В литературе описаны различные способы создания искусственной окклюзии маточных труб, среди которых наиболее распространенные можно разделить на 4 группы:

* Методы перевязки и разделения (по Померою, по Паркланду) - маточные трубы лигируюг с помощью шовного материала (перевязка) с последующим пересечением (разделение) или иссечением (резекция) фрагмента трубы. Метод Помероя - маточную трубу складыают с образованием петли, перетягивают рассасывающимся шовным материалом и иссекают вблизи места перевязки. Метод Паркланда - маточную трубу перевязывают в двух местах с удалением небольшого внутреннего участка.
* Механические методы основаны на блокировании маточной трубы с помощью специальных устройств - силиконовых колец, зажимов (зажим Фильши, изготовленный из титана, покрытого силиконом; пружинный зажим Халка-Вульфа). Зажимы или кольца накладывают на истмическую часть маточной трубы на расстоянии 1-2 см от матки. Преимуществом зажимов является меньшая травматизация тканей трубы, что облегчает проведение реконструктивных операций с целью восстановления фертильности.
* Методы с использованием теплоэнергетического воздействия (моно- и биполярная электрохирургия, фульгура-ция, диатермия) заключаются в коагуляции и блокировании маточных труб на расстоянии 3 см от матки.
* Прочие методы - введение в маточные трубы удаляемой пробки, жидких химических веществ, вызывающих образование рубцовой стриктуры труб.

**Хирургическая стерилизация** вызывает необратимые изменения в репродуктивной системе. Несмотря на отдельные случаи восстановления фертильности после дорогостоящих консервативно-пластических микрохирургических операций, частота отрицательных результатов значительно превышает успешные. Именно необратимость ДХС ограничивает спектр ее применения.

**Контрацептивный эффект ДХС** - 0.05-0.4 беременностей на 100 женщин/лет.

**Показания медицинские:**

* наличие противопоказаний к беременности и родам по состоянию здоровья женщины (тяжелые пороки развития и расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и нервной системы, злокачественные новообразования, заболевания крови и т.д.);
* желание женщины

В соответствии с законодательством Российской Федерации, **ДХС может быть выполнена при условии:**

* возраст женщины превышает 32 года при наличии в семье одного ребенка и более
* наличие в семье двух и более детей.

При выборе данного метода контрацепции супружеская пара должна быть информирована о необратимости стерилизации, особенностях хирургического вмешательства, а также возможных побочных реакциях и осложнениях. При этом следует учитывать состояние здоровья детей и стабильность брака.

Юридическая сторона вопроса требует документального оформления согласия пациентки на проведение ДХС. Перед операцией ДХС проводится традиционное обследование, даются общепринятые рекомендации, в том числе, о возможности и/или целесообразности применения другого метода контрацепции.

Стерильность достигается непосредственно после хирургического вмешательства (в отличие от мужской стерилизации). ДХС может быть проведена в следующие сроки:

* "отсроченная стерилизация" во второй фазе менструального цикла
* спустя 6 нед после родов
* во время гинекологической операции
* "послеабортная стерилизация" непосредственно после неосложненного искусственного аборта
* "послеродовая стерилизация" во время кесарева сечения, в течение 48 часов или, с особой осторожностью, через 3 -7 дней после родоразрешения через естественные родовые пути (с 8 по 41 день после родов стерилизацию не выполняют).

Лапароскопический доступ не рекомендуется использовать в послеродовом периоде, а также после прерывания беременности сроком свыше 14 нед.

**Противопоказания:**

* абсолютные (но временные) острые воспалительные заболевания органов малого таза;
* относительные
	+ генерализованная или очаговая инфекция
	+ сердечно-сосудистые заболевания
	+ аритмия
	+ респираторные заболевания
	+ артериальная гипертония
	+ 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:**

* гематома (1.6%)
* воспалительные процессы (1.5%)
* эпидидимит (1.4%)
* гранулема (0.3%).

Несмотря на то. что частота осложнений **вазэктомии** сравнительно низкая, необходимо информировать пациентов о возможности их возникновения и проводить профилактические мероприятия, обеспечивающие минимальный риск развития подобных осложнений (тщательное соблюдение правил асептики, контроль гемостаза, исключение физической нагрузки в течение 1-2 суток после операции).

Отдаленные эпидемиологические исследования не выявили каких-либо отрицательных последствий вазэктомии.

**Рекомендации пациентам в послеоперационном периоде, перенесшим вазэктомию:**

* использовать холодные компрессы на область операции для предотвращения отека, боли, кровотечения
* в течение двух дней применять суспензоры для мошонки
* исключить физическую нагрузку в течение двух недель (особенно в первые два дня)
* не принимать душ и ванну в первые два дня
* половой покой в течение 2-3 дней
* контрацепция с помощью презервативов в течение первых 20 половых контактов (сперматозоиды могут сохраняться в протоках ниже места перевязки и лишь после 20 эякуляций формируется полная стерильность).

**Противопоказания:**

* заболевания, передаваемые половым путем
* паховая грыжа
* тяжелый сахарный диабет.

Таким образом, выбор рационального метода контрацепции - ответственная задача стоящая как перед женщиной, так и врачом гинекологом, если учитывать возрастные периоды, состояние здоровья и особенности полового поведения, неконтрацептивные эффекты, обратимость метода, стоимость и другие, в том числе, социального и личного характера.

В 1996 г. Всемирной организацией здравоохранения были выработаны рекомендации по категориям приемлемости методов контрацепции. Во многих странах мира решение о выборе контрацептива принимает специалист по планированию семьи совместно с пациентом. Подбор гормональной контрацепции правильнее доверить гинекологу - эндокринологу.

Выбор метода контрацепции должен волновать исключительно женщин. Так думают только те мужчины, которые не дорожат здоровьем своих любимых. Правильная контрацепция - это дело двоих, так же, как и решение о рождении ребенка.