Контрацепция

Контрацепция — предохранение от зачатия. Медицинские показания к применению контрацепции:

• Обеспечение интервала в 2-3 года между родами (при та­ком интервале материнская смертность снижается в 2 р, а перинатальная — в 4) • Обеспечение интервала после *кеса­рева* сечения продолжительностью 2 года, после внематочной беременности — 1 год • Частое проведение абортов • Возраст моложе 18 лет (только одна из 13 беременных этого возраста донашивает до срока и рожает) » Возраст старше 35 лет • Ал­коголизм и наркомания • Злокачественные новообразования

• Экстрагенитальные заболевания, значительно усугубляющи­еся во время беременности и родов. **Методы контрацепции •** Ритмический метод (биологический) • Ба­рьерные (механические) • Химические (спермициды) • Прерванное по­ловое сношение » Внутриматочная контрацепции » Гормональная кон­трацепция.

**Требования, предъявляемые к контрацептивам»** Надежность в применении • Отсутствие вредного влияния на организм • Просто­та, доступность, дешевизна.

**РИТМИЧЕСКИЙ** МЕТОД—воздержание от половых сно­шений в фертильный период или применение в этот период других методов контрацепции. Основное условие эффектив­ности — регулярность менструального и овариального цик­лов. Фертильный период — период Менструального цикла, в течение которого возможно оплодотворение. При расчёте фертильного периода необходимо учитывать следующие факторы:

• Оплодотворение яйцеклетки возможно в течение 24-48 ч после овуляции • Овуляция происходит за 14-15 дней до на­чала менструации • Способность сперматозоидов к оплодот­ворению в половых путях женщины сохраняется 7-8 дней. **Варианты**

• Календарный метод — вычисление сроков наступления и продолжительности фертильного периода исходя из продол­жительности менструальных циклов за последние 8-12 мес. » Начало фертильного периода вычисляют, вычитая число 18 из длительности самого короткого цикла (например, за 12 мес самый короткий цикл имел продолжительность 26 дней, поэтому начало фертильного периода приходится на 8 день цикла). Конец фертильного периода — вычитают число 11 из продолжительности самого длинного цикла (например, за 12 мес самый длинный цикл имел продолжительность 30 дней, поэтому конец фертильного периода наступает на 19 день цикла).

• Температурный метод — определение сроков фертильного периода путём определения базальной температуры.

» Базальная температура — температура тела в состоянии пол­ного покоя, измеренная сразу после пробуждения до начала повседневной активной деятельности, включая приём пищи

(измеряют в прямой кишке). Базальную температуру опре­деляют ежедневно и результаты заносят в график. Обяза­тельное условие — измерение необходимо проводить од­ним и тем же термометром.

•Определение сроков фертильного периода. Фертильный пе­риод наступает за 6 дней до предовуляторного спада (день максимального риска зачатия) и длится ещё 3 дня после него.

• Цервикальный метод — определение фертильного периода на основании изменения характера шеечной слизи под вли­янием эстрогенов.

•Мультикомпонентный метод подразумевает комплексную оценку времени начала и

продолжительности фертильного периода.

**БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**

Основное преимущество — предотвращение не только зача­тия, но и заражения заболеваниями, передающимися поло­вым путём *[в т.ч.* ВПГ, вирусом папилломы человека, хламидиями, способствующими развитию онкологических заболе­вании). Различают следующие типы барьерных контрацептивов:

мужские (презервативы) и женские (диафрагмы, колпачки, контрацептивные губки).

**Презервативы** эффективны при использовании их во время каждого полового акта.

• Латексные презервативы не пропускают воздух, воду и ми­кроорганизмы, поэтому предотвращают распространение за­болеваний, передающихся половым путём. Презервативы, из­готовленные из других материалов, такой способностью не обладают.

• Контрацептивный эффект — 12,5-20 беременностей на 100 женщин в год.

**Диафрагмы** — куполообразные полусферы, изготовленные из резины или латекса, с пружинящим ободком диаметром от 50 до 95 мм. Диафрагму помещают между задней поверхнос­тью лобкового сочленения и задним сводом влагалища; она покрывает переднюю стенку влагалища и шейку матки.

• Физический барьер для сперматозоидов. Достаточной эф­фективности достигают сочетанием со спермицидными кре­мами и гелями, препятствующими нейтрализации кислой среды влагалища шеечной слизью (кислая среда влагалища неблагоприятна для сперматозоидов).

**Шеечные колпачки** — колпачки, предназначенные для за­крытия шейки матки, имеющие форму широкого напёрстка размерами до 31 мм. Существует несколько типов шеечных колпачков. Колпачки изготовлены из резины.

• В зависимости от вида колпачка, его необходимо вводить на весь менструальный цикл, за исключением менструального периода (врачебная процедура), или на 36-48 ч (период по­ловых контактов — процедуру проводит сама женщина).

**Контрацептивные губки.** Препятствуют проникновению сперматозоидов в канал шейки матки и выделяют спермицидное вещество. Наиболее часто губки изготовлены из полиуретана, пропитанного 1 г ноноксинола-9.

**ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ**

**Спермициды** — кремы, гели, аэрозольные пены, а также пенные и непенные суппозитории, имеющие в составе актив­ный компонент, инактивирующий сперматозоиды в течение не­скольких секунд (максимально — 2 мин). Обычно используют вместе с другими противозачаточными средствами, например диафрагмами, контрацептивными губками и презервативами. 3% женщин применяют только спермициды.

• В качестве активного ингредиента используют 2 типа ве­ществ » Сурфактанты (например, ноноксинол-9) « Ингибито­ры активных ферментов.

• Активные ингредиенты уничтожают сперматозоиды, снижают их подвижность или инактивируют ферменты, необходимые для проникновения сперматозоида в яйцеклетку. Часть спер­матозоидов, проникающих в шеечную слизь после воздейст­вия снермицида, имеет сниженную фертильную способность.

**ПРЕРВАННОЕ ПОЛОВОЕ СНОШЕНИЕ** *(coitus interruptus).*

Обычный половой акт завершается эякуляцией вне половых путей женщины. Метод имеет много недостатков • Низкий кон­трацептивный эффект (15-30 беременностей на 100 женщин в год) • 60% женщин не испытывают оргазма • При длительном применении возможно развитие застойных явлении в малом тазу, фригидности, дисфункции яичников • У мужчин длительное применение способно обусловить неврастению, снижение по­тенции, гипертрофию предстательной железы.

**ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

**Преимущества •** Высокая эффективность — частота наступления беременности при использовании внутриматочных средств (ВМС) составляет 2-3 случая на 100 женщин в год» Отсутствие сопутству­ющего системного действия на обмен веществ • Для длительного при­менения достаточно однократной процедуры (введение ВМС) • От­сутствие тератогенного действия • Обратимость контрацептивного воз­действия • Устранение психологического дискомфорта, связанного с необходимостью заботиться о предотвращении нежелательной бере­менности перед каждым половым сношением. **Недостатки»** Большое количество противопоказаний» Высокий риск развития воспалительных процессов матки и ее придатков • Увеличе­ние кровопотери при менструациях » Высокий риск перфорации матки.

Введение возможно в любой день менст­руального цикла

**Показания** ВМС считают оптимальным методом контрацепции для, рожавших женщин, имеющих одного полового партнёра ; **Противопоказания •** Абсолютные » Беременность » Острые и подострые воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов » Отсутствие в анамнезе родов » Подростковый возраст • Относительные: аномалии развития половой системы, фибромиома мат­ки, эндометриоз, инфантильная матка (длина полости матки менее 6 см), деформация шейки матки, эрозии шейки матки, подозрение на гиперпластический процесс эндометрия, нарушения менструального цикла рецидивирующие воспалительные процессы матки и её придатков, заболевания крови *(в т.ч.* анемия), экстрагенитальные заболевания (подострый эндокардит, сахарный диабет, хронические воспалительные экстрагенитальные заболевания с частыми обострениями), *I.* Аллергия на медь, внематочная беременность в анамнезе, наличие более одного полового партнёра

**Осложнения**

• Нарушения менструального цикла — основная причина уда­ления ВМС « Гиперполименорея (3,7-9,6%) — для коррек­ции рекомендуют приём ингибиторов синтеза простагландинов в течение первых 3 менструаций » Ациклические маточные кровотечения (5-15%) — при исключении других патологических процессов назначают кровоостанавливающие средства или комбинированные пероральные контрацептив­ные средства в течение 1-3 циклов » Если кровотечение про­должается, ВМС необходимо удалить.

• Перфорация дна матки « Первичное прободение при введе­нии возникает примерно в 1 случае на 1000 введений » Про­бодение дна матки необходимо исключить, если при осмот­ре врач не обнаруживает контрольных нитей в шейке мат­ки, а женщина не заметила выпадения ВМС \* Может произойти вращение ВМС и втягивание нити в полость мат­ки » Если ВМС обнаруживают вне матки, его необходимо удалить во избежание возможных осложнений (например, спаек и непроходимости кишечника).

• Инфицированис.

• Частота инфицирования органов таза наиболее высока в течение первых 2 нед. Факторы, повышающие риск инфи­цирования: Воспалительные заболевания органов таза в анамнезе • Отсутствие в акушеиском анамнезе родов • Воз­раст менее 25 лет Большое количество половых партнеров.

» Частота сальпингита у пользующихся ВМС в 3 раза выше по сравнению с теми, кто применяет диафрагмы или перо­ральные контрацептивы. Особенно высок риск у нерожав­ших женщин моложе 25 лет.

» Лечение *•>* Удаление ВМС Антибиотикотерапия \* Односто­ронний тубоовариальный абсцесс, иногда возникающий у женщин с ВМС, можно удалить без общей санации органов малого таза. Такой абсцесс развивается только после при­менения ВМС.

• Экспульсия (самопроизвольное выпадение ВМС из полости матки) — 2-16%. При повторной экспульсии ВМС следует прибегнуть к иному методу контрацепции,

• Беременность (1-1,8%i).

• Боли (3,6%) — причинами могут быть экспульсия ВМС, вос­палительные процессы, самопроизвольный аборт, повышенная секреция простагландинов, эктопическая беременность.

**ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ** Гормоны с целью контрацепции начали применять с конца 50 гг. В настоящее время гормональным методом контрацепции пользуются бо­лее 120 млн женщин.

**Гормональная контрацепция и новообразования.** Нет статистически достоверных данных о связи между применени­ем пероральных контрацептивов и развитием новообразовании молочной железы, шейки матки, эндометрия или яичников.

**Классификация •** Комбинированные эстроген-гестагенные препа­раты (одно- и многофазные) • Мини-пили (прогестагены) • Инъекци­онные (пролонгированные) гормональные контрацептивы • Подкож­ные имплантаты.

**Комбинированные эстроген-протестагенные препараты**

• В состав входят эстрогенный компонент (чаще всего этини-лэстрадиол, реже — местранол) и прогестагенный компо­нент. Препараты различных поколений содержат разные по химической структуре прогестагены (оптимальны препара­ты третьего поколения). Наиболее оптимальным для контра­цептивного эффекта считают содержание эстрогенового ком­понента 30-35 мкг, прогестагенового — 50-150 мкг. Препа­раты с более высоким содержанием следует применять при лечении различных гинекологических заболеваний,

• Механизм контрацептивного действия « Подавление овуля­ции — эстрогены и прогестагены подавляют синтез гонадо-тропинов и предотвращают овуляцию » Шеечная слизь ста­новится густой и вязкой, что препятствует продвижению сперматозоидов по шеечному каналу « Эндометрий под дей­ствием прогестагенов не претерпевает изменений, необхо­димых для имплантации оплодотворённой яйцеклетки.

• Классификация и режим приёма » Монофазные Ф Доза гормонов в каждой таблетке назависи-мо от дня менструального цикла постоянна. Количество таб­леток в упаковке — 21 •» Препараты: Дсмулен, Днане-35, Минизистон, Ригевидон, Силест, Фемоден, Марвелон •» Ре­жим приёма: принимать необходимо с первого дня менст­

руального цикла (день начала менструации) в течение 21 дня, затем делают перерыв на 7 дней •» Если приём препарата начинают с 5 дня цикла, то в течение 7 дней необходимо применение дополнительных методов контрацепции (напри­мер, барьерных).

» Многофазные •{• Концентрация эстрогена постоянна, а со­держание прогестерона увеличивается в 2 или в 3 раза (со­ответственно двух- и трёхфазные препараты) <• Препараты:

двухфазный — Антеовин (принимают с 5 дня менструаль­ного цикла в течение 21 дня с 7-дневным интервалом), трёх­фазные — Три-регол, Тризистон, Триквилар, Тринивум, Тринордиол 21, Синфазе — с 1 дня менструального цикла в течение 21 дня с 7-дневным интервалом (необходимо пре­дупредить пациентку, что первая менструация при приёме препарата наступит на 23-24 день) •?• Некоторые фирмы вы­пускают упаковки из 28 таблеток — 21 таблетка содержат гормональные вещества, оставшиеся 7 — плацсбо (иногда содержат препараты железа).

Примечание. Наиболее оптимальны для контрацепции трёхфазные препараты и монофазные, содержащие прогестагены третьего по­коления (Марвелон, Мерсилон, Силест).

• Контрацептивная эффективность — 0-1 беременность на 100 женщин в год.

• Показания » Необходимость надёжной контрацепции « Не­обходимость контрацепции молодым нерожавшим женщи­нам (подросткам не .рекомендуют многофазные препараты, оптимальными для этой возрастной группы считают моно­фазные препараты, содержащие прогестагены третьего по­коления) « Обеспечение соответствующего интервала меж­ду родами » Контрацепция при наличии в семейном анамне­зе рака яичников « Терапевтические показания (нарушения менструальной функции, альгоменорея, предменструальный синдром, функциональные кисты яичников, климактеричес­кий синдром, постгеморрагическая анемия, разрешение вос­палительных процессов матки и сё придатков, реабилитация после эктопической беременности, розовые угри, жирная себорея,гирсутизм).

Примечание. При использовании гормональных контрацептивов не­обходимо исключить активное курение (более 10-12 сигарет/сут).

• Противопоказания

» Абсолютные: беременность, тромбоэмболические заболева­ния, поражение сосудов головного мозга, злокачественные опухоли половых органов или молочных желез, тяжёлые нарушения функций печени, цирроз. Перечисленную соматическую патологию считают абсолютным противопоказа­нием даже при наличии её в анамнезе.

» Относительные: тяжёлый токсикоз второй половины бере­менности, идиопатическая желтуха в анамнезе, герпес беременных, тяжёлая депрессия, психозы, бронхиальная астма, артериальная гипертензия тяжёлой степени (выше 160/100 мм рт.ст.), серповидно-клеточная анемия, тяжёлое течение сахарного диабета, ревматическая болезнь сердца, отосклероз, гиперлипидемия, тяжёлые заболевания почек, варикозное расширение вен и тромбофлебит, калькулезный холецистит, пузырный ЗЭНОС (до исчезновения хорионическо-го гонадотроцина в крови), кровотечения из половых путей неясной этиологии, гиперпролактинемия, ожирение II1-IV степенен, активное курение (более 10-12 сигарет/сут), особенно в возрасте старше 35 лет.

• Побочные эффекты

•Этроген- и гестагензависимые. Вид побочных эффектов за­висит от содержания в конкретном препарате эстрогенов и гестагенов, а также от индивидуальной чувствительности к ним <• Эстрогензависимые: тошнота, увеличение чувствитель­ности кожи молочных желез и/или их увеличение; задержка жидкости, обусловливающая циклическую прибавку массы тела; усиление влагалищной секреции; эктопия цилиндри­ческого эпителия шейки матки; головные боли; головокру­жение; раздражительность; судороги в икроножных мыш­цах: хлоазма; артериальная гипертёнзия; тромбофлебит <• Ге­стагензависимые (андрогензависимые): повышение аппетита и увеличение массы тела, депрессия, повышенная утомляе­мость, понижение полового влечения, розовые угри, повы­шение активности сальных желез кожи, нейродермит, зуд, сыпь, головные боли, уменьшение продолжительности мен­струаций и снижение количества выделяемой крови, *при-лиаы,* сухость во влагалище, кандидозный кольпит, холес-татическая желтуха.

•Ранние и поздние <• Ранние: тошнота, головокружение, уве­личение и болезненность молочных желез, межменструаль­ные кровянистые выделения, боли в животе. Возникают, как правило, в первые 3 мес применения препаратов и про­ходят без лечения <• Поздние: утомляемость, раздражитель­ность, депрессия, увеличение массы тела, снижение поло­вого влечения, нарушения зрения, задержка менструально-подобной реакции. Возникают через 3-6 мес от начала приёма препарата.

•Осложнении

•Тромбоэмболия. Эстрогены вызывают увеличение концент­рации ряда факторов свёртывания плазмы крови, особенно фактора VII, предположительно за счёт действия на печень. Содержание антитромбина III падает в течение первых 10 дней после начала применения пероральных контрацепти­вов. Вероятность тромбоза как поверхностных, так и глубо­ких вен при употреблении пероральных контрацептивов повышена.

•Заболевания ССС. У женщин, принимающих пероральные контрацептивы, отмечают более высокие показатели смерт­ности от сердечно-сосудистых или цереброваскулярных за­болеваний (в 4 р). Наиболее частая причина — ИМ. Часто­та развития нс зависит от длительности использования пе­роральных контрацептивов + Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленные при­ёмом пероральных контрацептивов, значительно ниже при использовании препаратов, содержащих менее 50 мкг эст­рогенов •;> Курящие женщины старше 35 лет подвержены наибольшему риску.

•Артериальная гипертёнзия — необходимо периодическое измерение АД, особенно при смене препарата или в тех случаях, когда женщина впервые начала применять перо­ральные контрацептивы •{• При использовании пероральных контрацептивов отмечают повышение содержания ангио-тензиногена, активности ренина плазмы и уровня ангио-тензина. Наблюдают увеличение секреции альдостерона и

задержку натрия почками ^ Развитие артериальной гипер-тёнзии, по-видимому, связано с длительностью примене­ния пероральных контрацептивов: её регистрируют при­мерно у 5% женщин через 5 лет после начала применения пероральных противозачаточных средств <• Почти у всех женщин с артериальной гипертёнзией, обусловленной при­менением пероральных контрацептивов, АД возвращается к норме после прекращения их приёма.

» Аменорея, обусловленная прекращением приёма таблеток, возникает в 0,2-3,1% случаев и не зависит от длительнос­ти применения пероральных контрацептивов •}• У 35-56% женщин с аменореей, возникшей после прекращения при­ёма пероральных контрацептивов, и раньше были наруше­ния менструального цикла 4> При аменорее в любом случае необходимо исключить аденому гипофиза. При аменорее, связанной с прекращением приёма контрацептивов, необхо­димо проверить содержание пролактина в сыворотке крови.

» Опухоли печени — гепатоцеллюлярная аденома. Риск по­явления увеличивается при использовании пероральных кон­трацептивов в течение 5 лет и более. Опухоль возникает с частотой 3 случая на 100 000 женщин в год.

• Недостатки » Необходимость ежедневного приёма препара­та » Высокий риск заражения заболеваниями, передающи­мися половым путём « Возможность развития побочных эф­фектов и осложнений. При содержании эстрогенов менее 30 мкг и использовании прогестагенов третьего поколения риск побочных эффектов и осложнений минимален.

• Ведение пациенток

» Строгий контроль за наличием противопоказаний. » Гинекологическое обследование 1 р/год (кольпоскопия, ци­тологическое исследование).

• Трансвагинальное УЗИ либо 1 р/год, либо при нарушени­ях менструальной функции (межменструальные кровотече­ния спустя 3 мес после начала приёма препарата, ложная аменорея).

« Осмотр молочных желез 1-2 р/год.

• Измерение АД. При повышении диастолического АД до 90 мм рт.ст. и выше показано прекращение приёма перо­ральных контрацептивов,

» Регулярное клинико-лабораторное обследование пациенток с отягощённой наследственностью, невыраженными нару­шениями функций печени и почек.

» Ведение пациенток с развившимися побочными эффектами. <• Увеличение массы тела — препараты с низкой андроген-ной активностью, диета, физические упражнения; цикли­ческая прибавка тела — препараты с низким содержани­ем гормонов или их отмена.

•Нарушения зрения (чаще возникают при ношении кон­тактных линз) — отмена пероральных контрацептивов, временный отказ от использования контактных линз, кон­сультации офтальмолога и невропатолога.

•Депрессия — отмена пероральных контрацептивов, на­значение витамина Bg (20 мг/сут), антидепрессантов (при необходимости), консультация психиатра.

•Скудные кровянистые выделения из половых путей. — При появлении в первые 3 цикла от начала приёма препаратов необходимости в лечении нет.

— После 3 первых циклов: если выделения появляются в первой фазе или в середине цикла, то необходимо подобрать препа­рат, содержащий большую дозу эстрогенов; если выделения появляются во второй фазе, то помимо препарата, содержаще-то большую дозу эстрогенов, в следующем цикле необходим приём препарата, содержащего большую дозу гестагенов.

— Неэффективность указанных мероприятий может быть обус­ловлена ошибками в приёме препаратов или какой-либо орга­нической патологией.

• Задержка менструальноподобной реакции (необходимо в первую очередь предполагать наличие беременности, осо­бенно при несоблюдении правил приёма препарата).

• Оптимальная длительность гормональной контрацепции со­ставляет от 12 мес до нескольких лет по данным разных авторов.

• Рекомендации пациенткам

» Строго соблюдать режим приёма препарата и 7-дневный ин­тервал. Препарат необходимо принимать в одно и то же время дня (утром или вечером), запивая молоком для пре­дупреждения тошноты или водой.

» Если таблетка не была принята вовремя, необходимо при­нять её как можно быстрее (в течение 12 ч). В течение 14 дней после пропуска приёма контрацепцию считают нена­дёжной, что требует применения дополнительных методов контрацепции.

« Если менструальноподобная реакции не наступила вовремя, следует продолжить приём препарата и обратиться к врачу.

» Сочетание пероральных контрацептивов и антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминных препаратов, противосудорожных, аналгезирующих средств, нитрофура-нов, барбитуратов приводит к снижению контрацептивного эффекта. Рекомендуют применять другие методы контра­цепции до очередной менструальноподобной реакции.

» После прекращения приёма препарата беременность может развиться уже в первом цикле

« Необходимо прекратить приём пероральных контрацепти­вов за 6 нед до планового хирургического вмешательства.

» При желании иметь ребёнка следует прекратить приём перо­ральных противозачаточных средств и в течение 3 мес при­менять другой метод контрацепции (лучше всего барьерный).

» Замену одного перорального контрацептива на другой, с мень­шим содержанием гормонов, осуществляют приёмом ново­го препарата на следующий день после приёма последней таблетки предыдущего; при замене монофазного препарата на многофазный возможно возникновение более обильной и болезненной менструации.

» Если после приёма очередной таблетки препарата по ка­ким-либо причинам возникла рвота в течение 3 ч, то необ­ходим приём ещё одной таблетки; при диарее в течение нескольких дней рекомендовано применение дополнитель­ных методов контрацепции до очередной менструальнопо­добной реакции.

» Приём препарата следует прекратить при: внезапном при­ступе сильной головной боли • приступе мигрени *•*болях за грудиной • нарушении зрения •затруднении дыхания ^ желтухе Ф повышении АД более 160/100 мм рт.ст.

« Скудные межменструальные выделения в первые месяцы приёма препарата — необходимо принять дополнительную таблетку из запасной упаковки (при многофазных препара­тах необходимо принять таблетку, предназначенную для того же дня), затем обычный режим приёма препарата.

**Посткоитальная контрацепция**

• Посткоитальные препараты (например, Постинор) ВОЗ к упо­треблению не рекомендует, т.к. при большой частоте побоч­ных эффектов (в 40% случаев возникают нарушения менст­руального цикла) они не оказывают высокого контрацептив­ного эффекта.

• Для контрацепции в случае *неприкрытого* полового акта (изнасилование, разрыв презерватива) применяют *т. н. ава­рийную контрацепцию* (высокая контрацептивная эффектив­ность). В первые 72 ч после *неприкрытого* полового акта принимают 2-3 таблетки монофазного пероральниш кинтра-цептива (суммарная доза эстрогенов — не менее ЮОмкг), через 12 ч приём повторяют в такой же дозе. Обычно через 2 сут появляются кровянистые выделения. Методику ава-рийной контрацепции не рекомендуют применять более 1 р/ год. В качестве альтернативного варианта возможен приём этинилэстрадиола по 5 мг в течение 5 дней.

• Даназол в таблетках по 400 мг 3 раза с интервалом 12 ч.

• Введение ВМС в течение 5 дней после полового акта.

• После полового акта, близкого по времени к овуляции, воз­можен приём *утренней посткоитальной таблетки* (если не применяли другие методы контрацепции) \* Препарат не­обходимо принять не позже 72 ч после полового акта; пред­почтительно в течение 24 ч • Глюкокортикоиды, принятые в большой дозе сразу после овуляции, изменяют состояние эндометрия, предотвращая имплантацию яйцеклетки.

• Из-за возможного тератогенного действия гормонов в слу­чае неудачной посткоитальной контрацепции и возникнове­ния беременности *рекомендован медицинский аборт.*

**Мини-пили** содержат микродозы прогестагенов.

• Препараты: Континуин, Микронор, Оврет, Экслютон, Фемулен.

• Препарат применяют в непрерывном режиме, начиная с 1 дня менструального цикла.

• Контрацептивная эффективность — О.З-06 беременностей на 100 женщин в год.

• Рекомендации пациенткам.

» В течение первых 7 дней необходимо применение дополни­тельных методов контрацепции.

» При задержке приёма препарата на 3 ч необходимо примене­ние дополнительных методов контрацепции в течение 7 дней.

» При пропуске 1 таблетки её необходимо принять в кратчай­шие сроки, при пропуске 2 таблеток показан метод аварий­ной контрацепции,

» Межменструальные кровотечения в первые месяцы — сле­дует продолжить приём препарата, при продолжающихся межменструальных кровотечениях необходимо обратиться к врачу.

» При длительной диарее следует прибегнуть к дополнитель­ным методам контрацепции.

« При желании иметь ребёнка допустимо прекратить приём препарата непосредственно перед планируемым зачатием.

• Показания \* Период лактации (не оказывают влияния на лактационную функцию) » Старший репродуктивный возраст » Наличие противопоказаний к применению эстроге-нов » Ожирение.

• Ограничения метода » Относительно невысокая эффектив­ность но сравнению с комбинированными пероральными кон­трацептивами « Увеличение, риска развития кист яичника » Увеличение риска развития внематочной беременности « На­рушения менструальною цикла.

**Инъекционные (пролонгированные) препараты.** Прогестагены пролонгированного действия без эстрогенной и андрогенной активности. Контрацептивный эффект — 0,5-1,5 беременностей на 100 женщин в год.

• Наиболее часто применяемый препарат — медроксипрогестерон (Депо-провера-150): прогестин, подавляющий овуля­цию за счёт действия на систему гипоталамус-гипофиз. Пре­парат также действует на состояние эндометрия и секрецию шеечной слизи (повышение вязкости и волокнистости).

• Обычная доза — 150 мг *в/м* каждые 3 мес на 5 день менст­руального цикла (эффективность достигает 100%). Вос­становление фертильности происходит через 4-24 мес (чаще через 9 мес).

« Показания: невозможность ежедневного приёма пероральных контрацептивов, поздний репродуктивный возраст, пе­риод лактации, наличие противопоказании к назначению эстрогенов, контрацепции в ранний период после аборта.

• Рекомендации пациенткам » В течение 2 нел после первой инъекции следует применять дополнительные методы кон­трацепции « Инъекции необходимо проводить каждые 3 мес в лечебном учреждении, место инъекции нельзя массиро­вать » При желании иметь ребёнка следует прекратить инъ­екции за несколько месяцев до планируемой беременности » Обратиться к врачу необходимо при появлении жалоб на головные боли, депрессию, увеличение массы тела, учащён­ное мочеиспускание, обильные маточные кровотечения.

• Преимущества: простота применения, высокий контрацеп­тивный эффект, отсутствие выраженных изменении обмена веществ (отсутствуют эстрогены), оказание терапевтичес кого эффекта при альгомекорее, предменструальном и климактерическом синдромах, нарушениях менструации и т.д.

• Осложнения: различные нарушения менструального цикла (дисмснорея, аменорея). При их развитии необходимо пре­кращение приёма препарата.

**Аналоги гонадолиберина •** Суперагонист бусерелин — аналог гонадолиберина; применяют интраназально, вызывает подавление овуляции вследствие уменьшенной секреции гонадотропных гормонов, обусловленной гипочувствительностью рецепторов либерина после длительной их стимуляции » Еже­дневно от 400 до 600 мкг бусерелина интрапазально в тече­ние 3-6 мес » Кровотечения при длительном применении суперагониста — довольно регулярные менструальноподобные, возможны олигоменорея и аменорея; однако дисфункциональные маточные кровотечения не возникают » Побочные эффек­ты не появляются, за исключением нарушения характера кро­вотечений, обусловленного ановуляцией.

**Подкожные имплантаты** Левоноргестрел (норплянт, нор-плант-2) — длительно действующее, обратимое и эффектив­ное контрацептивное средство.

• Механизм контрацептивного действия: постепенное выделе­ние левоноргестрела что обусловливает подавление овуля­ции (не у всех), изменение характера шеечной слизи (стано­вится более вязкой), подавление пролиферативных измене­ний эндометрия.

• Контрацептивная эффективность — 0,5-1,5 беременности на 100 женщин в год.

• Способ применения » Шесть гибких имплантатов из силикоковой резины, содержащих левоноргестре.л, имплантируют под кожу плеча женщины \* Небольшое количество левонор-гестрела высвобождается с относительно постоянной скоро­стью в течение 5 лет при применении норплата и 3 лет — норпланта-2 » Время введения <• В первые 7 дней менстру­ального цикла ^ После медицинского аборта •> Через 6-8 нед после родов » Удаление имплантата проводят под местной анестезией по истечении срока его действия, при развитии стойких побочных реакций или в любое время по желанию женщины.

• Рекомендации пациенткам

» Достаточный контрацептивный эффект развивается через 24 ч после введения препарата.

» Рану кожи после имплантации не следует мочить вплоть до её заживления.

» Препарат необходимо своевременно удалить (через 3 или, соответственно, через 5 лет).

» Ситуации, диктующие необходимость обращения к врачу:

•возникновение воспалительной реакции в месте введения имплантата • отсутствие менструации или обильное маточ­ное кровотечение •боли в низу живота *<* экспульсия кап­сул о головные боли, напоминающие мигрень о нарушения зрения.

• Показания: поздний репродуктивный возраст, наличие про­тивопоказаний к применению эстрогенсодержащих препара­тов, миома матки размерами до 8 нед беременности, необхо­димость назначения прогестагенов с лечебной целью (фиброзно-кистозная мастопатия. гиперполименорея, альгоменорея, овуляторные боли).

» Побочное действие — появление частых и нерегулярных кровотечений, межменструальных мажущих выделений или аменореи. Если побочные эффекты не исчезают через не­сколько месяцев, имплантаты необходимо удалить.

**ДОБРОВОЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗА­ЦИЯ** — наиболее распространённый метод планирования се­мьи. В 1990 году хирургическую стерилизацию перенесли 145 млн женщин и 45 млн мужчин. Метод наиболее эффекти­вен и экономичен, но обеспечивает необратимую контрацеп­цию. Восстановление фсртильностн возможно, однако чаще всего затруднительно.

**Женская стерилизация —** создание механического пере­рыва маточных труб. Наиболее оптимален лапароскопический доступ.

**Мужская стерилизация** (вазэктомия) — пересечение семявыносящих протоков. Операция по сравнению с женской стерилизацией относительно проста и недорогостояща • Ос­ложнения: гематома, развитие воспалительных процессов (на­иболее часто — застойного эпидидимита), гранулёма