

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: «Методы контрацепции и принципы их подбора»

Выполнила:

Ординатор 2-го обучения кафедры
перинатологии, акушерства и гинекологии

Куприянова Ю.Н.

Проверил:

Ассистент кафедры

Коновалов В.Н.

г.Красноярск, 2021

Оглавление

Введение	3
Эффективность методов контрацепции.....	4
Гормональная контрацепция.....	4
Комбинированные гормональные контрацептивы.....	4
1. Комбинированные оральные контрацептивы	4
2. Трансдермальные контрацептивные системы.....	10
3. Гормоносодержащее вагинальное контрацептивное кольцо «НоваРинг»	11
Прогестиновые контрацептивы	12
1. Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК).....	12
2. Подкожные импланты.....	14
3. Гормоносодержащие внутриматочные контрацептивы.....	15
Экстренная контрацепция.....	16
Барьерные методы контрацепции	17
Химические барьерные методы контрацепции.....	17
1. Спермициды	17
Механические средства барьерной контрацепции	18
1. Диафрагма.....	18
2. Цервикальные колпачки	19
3. Презервативы.....	19
Физиологические методы контрацепции	20
Женская хирургическая контрацепция	21
Мужская контрацепция	22
Критерии выбора метода контрацепции	22
Критерии приемлемости методов контрацепции	23
Заключение	25

Введение

Проблема регуляции рождаемости сохраняет свою актуальность на протяжении тысячелетий - столько, сколько существует человеческое общество. Уже в Древнем мире применялись различные средства для предупреждения беременности.

В современном обществе планирование семьи и регуляция рождаемости имеют огромное значение как с позиции необходимости обеспечения соответственного экономического развития страны и роста населения, так и с позиции охраны здоровья матери и будущего населения. В РФ сохранение репродуктивного здоровья нации является приоритетной задачей современной медицины.

Планирование семьи, или репродуктивный выбор, обеспечивающий желаемую численность семьи, осуществляется с помощью средств контрацепции. В последние десятилетия наблюдается негативная тенденция снижения фертильности: раннее начало половой жизни, плохая информированность о методах регуляции рождаемости, короткий период послеродовой лактации приводят к тому, что около половины всех беременностей оказываются нежелательными и большая часть из них прерывается. За последние 2-3 года в нашей стране наметилась устойчивая тенденция к увеличению возраста первых и последующих родов - смещение пика рождаемости с возрастной группы 20-24 года на возрастную группу 25-29 лет, а так же увеличение среднего возраста как всех рожаящих женщин (до 27,1 года), так и первородящих (до 24,7 года). В результате совокупного действия указанных факторов не снижается материнская заболеваемость, увеличивается число бесплодных браков, что негативно сказывается не только на здоровье женщин и их будущих детей.

В этой связи трудно переоценить роль контрацепции как способа регуляции рождаемости, защищающего женщину от нежелательной беременности, а следовательно, от всех тех неблагоприятных последствий, которые может повлечь за собой ее искусственное прерывание.

В настоящее время в мире контрацепцией пользуются 45% замужних женщин, а в России - лишь около 25%. При этом за последние годы в 1,5-2,0 раза уменьшилось число женщин, использующих высокоэффективные современные методы контрацепции - гормональные и внутриматочные средства.

Как известно, далеко не все женщины репродуктивного возраста знают о лечебно-профилактических эффектах комбинированных оральных контрацептивов. Между тем мировая практика свидетельствует, что добиться снижения числа абортов возможно не их глобальным запретом, а только при условии широкого распространения высокоэффективных методов контрацепции. По данным экспертов, доступность эффективной и безопасной контрацепции позволит снизить материнскую и детскую смертность на 25-50%. Совершенствование и более широкое внедрение надежных методов предохранения от беременности являются одними из приоритетных задач современной медицины.

Эффективность методов контрацепции

Методы контрацепции подразделяются на высокоэффективные, умеренно эффективные и низкоэффективные. При этом надежность метода не является абсолютной характеристикой, во многих ситуациях она зависит от правильности использования метода. Контрацептивная эффективность метода оценивается по индексу Перля - количеству беременностей, наступивших у 100 женщин, использующих данный метод контрацепции в течение года. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2015), методы с индексом Перля от 0 до 1 считаются очень эффективными, от 2 до 9 - эффективными, от 10 и выше - низкоэффективными. Ожидаемая (теоретическая) надежность, рассчитанная в контролируемых исследованиях на высокомотивированных субъектах, строго соблюдающих правила использования метода, оказывается выше реальной (клинической) надежности. Данное расхождение объясняется погрешностями в применении того или иного метода в реальной клинической практике.

Гормональная контрацепция

Данный вид контрацепции пользуется большой популярностью в большинстве стран мира. Частота использования гормональной контрацепции среди женщин репродуктивного возраста в Европе составляет в среднем 40-50%. В России эти показатели намного ниже и составляют 10-15%, в больших городах – в среднем до 30-40%.

Этот метод предохранения от беременности включает две группы гормональных лекарственных средств: комбинированные эстроген-гестагенные препараты и гестагенные контрацептивы.

Комбинированные гормональные контрацептивы

1. Комбинированные оральные контрацептивы

Комбинированная оральная контрацепция – циклический оральный прием препаратов, содержащих эстрогены и прогестагены. Эстрогенным компонентом КОК является ЭЭ или синтетические аналоги эндогенного эстрадиола (17 β -эстрадиол или эстрадиола валерат), гестагенным – различные синтетические прогестагены (прогестины).

Преимущества КОК:

➤ Высокая контрацептивная надежность. Частота беременностей при приеме КОК составляет 6-8 на 100 женщин в год, из которых лишь одна беременность является следствием недостаточного контрацептивного эффекта препараты («ошибка метода»), а остальные наступают из-за неправильного приема КОК («ошибка пользователя»).

➤ Быстрая обратимость. Способность к зачатию восстанавливается сразу после отмены КОК, фертильность достигает популяционного значения (85% вероятность наступления беременности в течение года) через 4-6 мес.

➤ Хорошая переносимость, доступность и простота применения, отсутствие связи с половым актом;

➤ Возможность контроля менструального цикла, уменьшение или увеличение длительности приема КОК при необходимости отсрочить очередную менструацию, например, во время экзаменов, соревнований, отдыха, по медицинским показаниям.

КОК могут быть использованы не только в целях предохранения от нежеланной беременности, но и в лечебных целях при некоторых гинекологических заболеваниях, а также для профилактики ряда гинекологических и экстрагенитальных болезней у женщин групп риска.

Можно выделить доказанные лечебные и профилактические эффекты КОК:

Основные лечебные эффекты	Основные профилактические эффекты
➤ Регуляция менструального цикла при нарушениях его продолжительности и /или АМК ➤ Устранение или уменьшения тяжести дисменореи ➤ Устранение овуляторных болей, межменструальных кровотечений, профилактика рецидивов функциональных кист яичника ➤ Уменьшение менструальной кровопотери и , вследствие этого, лечение железодефицитной анемии ➤ Снижение риска обострений хронических воспалительных заболеваний органов таза ➤ Лечебное действие при андрогензависимых дерматопатиях ➤ Предотвращение рецидивов эндометриоза и лечение тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом (при применении в непрерывном режиме)	<i>Снижается риск:</i> ➤ Развития РЭ и яичников, а также колоректального рака ➤ Возникновения доброкачественных заболеваний молочных желез ➤ Развития миомы матки ➤ Железодефицитной анемии ➤ Внематочной беременности

Классификация комбинированных оральных контрацептивов:

<i>По количеству Этинилэстрадиола:</i>		
Высокодозированные	Более 35 мкг/сут	Овидон, Антеовин, Ноновлон – в настоящее время практически не используются
Низкодозированные	30-35 мкг/сут	Ярина, Мидиана, Линдинет 30, Силует, Модэлль Про и др.
Микродозированные	15-20 мкг/сут	Джес, Джес плюс, Линдинет 20, Новинет, Димиа, Модэлль Либераи др.
<i>По виду эстрогенного компонента</i>		
Этинилэстрадиол		
Эндогенный эстрадиол	Эстрадиола валерат Эстрадиол	Клайра Зоэли
<i>По схеме комбинации эстрогена и прогестина</i>		
Монофазные	Неизменная на протяжении приема ежедневна доза эстрогена и прогестина	Ярина, Мидиана, Белара, Силует, Димиа, Линдинет 20, Модэлль Овуле, , Зоэли и др.
Режим 21+7 , где 21 -активная таблетка, 7 – таблетка без КОК Режим 24+4, где 24 – активная таблетка, 4 – таблетка без КОК		
Двухфазные	содержание эстрогена во всех таблетках одинаково, доза гестагена увеличена во второй фазе цикла.	левоноргестрел + этинилэстрадиол (антеовин) – в настоящее время не используют
Многофазные: Трехфазные	В первой группе таблеток доза гестагена составляет примерно 1/3 дозы, содержащейся в монофазных КОК; в середине цикла доза несколько увеличивается и лишь в последней группе таблеток достигает дозы монофазного препарата.	Три-регол, Три-Мерси и др. препараты резерва.
Четырехфазные	Препарат содержит пять видов таблеток: две таблетки, содержащие 3 мг эстрадиола валерата; пять таблеток, содержащих 2 мг эстрадиола валерата и 2 мг диеногеста; 17 таблеток, содержащих 2 мг эстрадиола валерата и 3 мг диеногеста; две таблетки, содержащие 1 мг эстрадио-ла валерата, и две таблетки плацебо. За счет выраженного супрессивного действия на эндометрий препарат может быть использован для лечения тяжелых маточных кровотечений (после исключения органической патологии)	Клайра

Механизм действия:

Основными механизмами контрацептивного действия являются подавление секреции гонадотропинов и ингибирование овуляции, обусловленное гестагенным (в основном) и эстрогенным компонентами. Второй по важности фактор - ухудшение условий для имплантации, увеличение вязкости цервикальной слизи, что препятствует продвижению сперматозоидов.

Эстрогенный компонент в составе КОК поддерживает пролиферацию эндометрия и тем самым обеспечивает контроль цикла – отсутствие промежуточных кровотечений при приеме КОК.

Благоприятные непротивопоказательные эффекты комбинированных гормональных контрацептивов

Снижение риска заболеваний	Лечебный эффект
- рак яичников - на 50%, рак тела матки - на 60%; - доброкачественные заболевания молочных желез; - миома матки; - эндометриоз; - кисты яичников; - воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ); - снижение минеральной плотности костной ткани в пери- и постменопаузе; - железодефицитная анемия.	- дисфункциональные маточные кровотечения; - синдром поликистозных яичников (СПКЯ); - предменструальный синдром; - дисменорея; - синдром овуляторных болей; - эндометриоз (в комплексе лечебных воздействий в непрерывном режиме); - андрогензависимые дерматопатии

У женщин, страдающих жирной себореей и угревой сыпью легкой эффективно использование КОК, содержащих диеногест и этинилэстрадиол (Силует, Жанин) или дроспиренон (Ярина, Мидиана, Димиа). В качестве длительной контрацепции с косметическим эффектом применяется Белара, в состав которой входит хлормадинона ацетат - гестаген с выраженным антиандрогенным действием.

В последние годы появляется все больше данных о важности приема фолатов на прегравидарном этапе – профилактика дефекта нервной трубки у ребенка. Рекомендуемое потребление фолиевой кислоты в количестве 400 мкг ежедневно в течение как минимум 1 мес до планируемого зачатия и на протяжении первых 3 мес беременности. В РФ представлены два препарата, обогащенных фолатом - левомефолатом кальция (метафолином) Джес Плюс и Ярина Плюс.

В целом польза от приема КОК намного превышает риск их использования. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что пятилетнее использование КОК женщинами в возрасте до 30 лет увеличивает продолжительность их жизни.

Возможные побочные эффекты и способы их преодоления

Нагрубание молочных желез, мастодиния, головокружение, преходящая головная боль, изменение настроения, увеличение массы тела, тошнота.	Межменструальные кровяные выделения (кровотечения «прорыва»)	Аменорея.	Изменение настроения (склонность к дисфории, депрессии).
- Использовать гель с прогестероном для локального нанесения на кожу молочных желез (Прожестожель) или фитопрепараты (Мастодинон), не прекращая прием КГК. - Выждать 3 мес - период адаптации к препарату. - Принимать таблетки перед сном. - Перейти на препарат с меньшей дозой эстрогена или с антиминералокортикоидным действием. - Перейти на прогестиновые оральные контрацептивы.	- Принимать таблетки в одно и то же время. - Выждать 3 мес. - Обследоваться на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). - Перейти на КОК с большей дозой эстрогена или на многофазные препараты.	- Исключить беременность. - Если беременность исключена, можно после консультирования и уточнения индивидуальных предпочтений женщины относительно регулярности менструаций продолжить прием контрацептива.	- консультация психотерапевта, психиатра, при необходимости - добавление антидепрессантов с учетом характера взаимодействия с КГК; - использование негормональных методов контрацепции.

Аменорея на фоне приема КОК является нормальной реакцией, возникающей вследствие атрофических, но обратимых изменений эндометрия. Менструация появляется при восстановлении функционального слоя эндометрия самостоятельно после отмены КОК или под влиянием терапии эстрогенами.

Показания к прекращению использования комбинированных гормональных контрацептивов

Контрацепция должна быть немедленно прекращена в таких случаях, как следующие:

- Подозрение на беременность.
- Тромботические или тромбоэмболические осложнения.
- Стойкое повышение артериального давления.
- Диплопия, отек и воспаление соска зрительного нерва, ангиопатия сетчатки.
- Плановое большое хирургическое вмешательство (операция длительностью >30 мин).
- Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле.
- Желтуха.

Противопоказания к применению комбинированных оральных контрацептивов

Абсолютные противопоказания (категория 4)	Относительные противопоказания (категория 3)
• Венозная тромбэмболическая болезнь (ТГВ и ТЭЛА): текущее (острое) состояние или анамнестические данные. • Обширное оперативное вмешательство, связанное с длительной иммобилизацией во время (операции продолжительностью >30 мин) или после операции. Использование комбинированных гормональных контрацептивов должно быть прекращено по крайней мере за 4 нед до плановой операции, предполагающей иммобилизацию. • Установленный полиморфизм генов свертывающей системы крови (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеинов S, C и антитромбина). • Артериальная гипертензия с систолическим давлением 160 мм рт.ст. и более, и/или диастолическим давлением 100 мм рт.ст. и более, и/или с наличием гипертензивной ретинопатии. • Ишемическая болезнь сердца, инсульт (в том числе в анамнезе), стентирование в анамнезе, заболевания сосудов, сопровождаемые хромотой, гипертензивная ретинопатия, транзиторные ишемические атаки. • Мигрень с аурой в любом возрасте или появление мигрени без ауры на фоне КОК в возрасте старше 35 лет. • Осложненные заболевания клапанного аппарата сердца (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе). • Системная красная волчанка при наличии антифосфолипидных антител. • Курение более 15 сигарет в сутки в возрасте старше 35 лет. • Острый вирусный гепатит или обострение хронического гепатита, сопровождаемое цитолизом (повышение уровней печеночных трансаминаз). • Декомпенсированный цирроз печени. • Злокачественные опухоли печени, гепатоцеллюлярная аденома. • Тяжелое течение СД с ангиопатиями	• Адекватно контролируемая (регулярный прием антигипертензивных препаратов) гипертензия с систолическим давлением менее 140 мм рт.ст. и/или диастолическим менее 90 мм рт.ст. • Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит) заболевания клапанного аппарата сердца. • Вторичная болезнь Рейно с волчаночным антикоагулянт. • Мигренозная головная боль, появившаяся на фоне приема КОК, мигрень без ауры у женщин старше 35 лет, мигрень с аурой у женщин до 35 лет. • Курение менее 15 сигарет в день в возрасте старше 35 лет. • Желчнокаменная болезнь и другие заболевания желчного пузыря с клиническими проявлениями в анамнезе или в настоящее время. • Холестаз, ранее связанный с приемом КОК. • РМЖ в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения. • Эпилепсия и другие состояния, требующие приема антиконвульсантов и барбитуратов. • Лактация от 6 нед до 6 мес после родов. • Послеродовой период без лактации до 3 нед. • Хирургическое лечение ожирения в анамнезе, сопровождаемое укорочением функциональной длины тонкого кишечника (только для КОК; для контрацептивного пластыря и вагинального кольца - категория 1). • Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле. • Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с риском РМЖ (например, BRCA 1/2). В ряде клинических ситуаций категория может быть заменена на 2-ю при индивидуальной оценке риска. • Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический

(микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) и/или длительность заболевания более 20 лет. • РМЖ в настоящее время, а также подозрение на него. • Лактация - первые 6 нед после родов.	язвенный колит, болезнь Крона) при сопутствующих факторах риска тромбозов (активное заболевание, хирургическое вмешательство, длительная иммобилизация, применение глюкокортикоидов, витаминдефицит, потеря жидкости).
--	--

Восстановление фертильности

После прекращения приема КОК нормальное функционирование системы «гипоталамус-гипофиз-яичники» восстанавливается быстро. При первом подозрении на беременность женщина должна сразу прекратить прием КОК.

У большинства пациенток овуляция и менструальная функция восстанавливаются сразу после отмены КОК. При отсутствии менструаций в течение 3 мес после отмены КОК необходимо инициировать обследование по алгоритму поиска причины аменореи.

Правила назначения комбинированных оральных контрацептивов

- Первичное назначение: использование КОК можно начинать в любой день менструального цикла, используя дополнительные методы контрацепции (презерватив или воздержание) в течение первых 7-8 дней. В клинической практике общепринято использование обычного контрацептивного режима - начинать прием КОК с первого дня менструального цикла.

- Назначение после аборта - сразу после прерывания беременности, вне зависимости от его вида (кюретаж, медикаментозный аборт).

- Назначение КОК после родов возможно не ранее 21-го дня в случае отсутствия лактации. В период лактации КОК при необходимости могут быть использованы не ранее 6 мес после родов, но у кормящих женщин следует отдать предпочтение прогестиновым контрацептивам или негормональным методам.

- Смена препарата: женщина заканчивает очередной цикл приема препарата и в тот день, когда необходимо начать прием следующего блистера, принимает первую таблетку нового КОК.

Переход с КОК на чисто ПОК осуществляется в первый день очередного кровотечения; переход с ПОК на КОК - в произвольно выбранный день, если ритм менструации отсутствует.

2.Трансдермальные контрацептивные системы

Трансдермальная контрацептивная система «Евра» представляет собой тонкий кусочек гибкого пластика. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь два гормона - ЭЭ и норэргестромин.

Пластырь можно наклеивать на одну из четырех возможных зон: ягодицы, грудь (за исключением молочных желез), внутренняя поверхность плеча, нижняя часть живота.

В течение одного менструального цикла используют три пластыря, каждый из которых наклеивают на 7 дней. Менять пластырь необходимо в один и тот же день недели. Затем следует сделать 7-дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция.

По дозам поступающих в кровь гормонов система «Евра» соответствует низкодозированным КОК. Режим приема «Евра» соответствует монофазному стандартному режиму 21+7.

Механизм действия идентичен механизму действия КОК.

Главные преимущества применения «Евра» связаны с удобством его использования.

Недостатки:

- эффективность пластыря снижается у женщин с массой тела 90 кг и более;
- отсутствие анонимности контрацептивного выбора;
- возможность отклеивания пластыря;
- если отклеивание пластыря не замечено женщиной в течение 48 ч, противозачаточный эффект утрачивается;
- возможность местных побочных реакций.

3. Гормоносодержащее вагинальное контрацептивное кольцо «НоваРинг»

«НоваРинг» - гибкое кольцо, помещаемое во влагалище. Из кольца непрерывно высвобождаются два гормона – ЭЭ и этоногестрел (аналог орального дезогестрела). Высвобождаемые гормоны всасываются через стенки влагалища и попадают в кровоток.

Каждое кольцо предназначено для применения в течение одного менструального цикла. Женщина сама вводит и удаляет «НоваРинг». Кольцо вводят с 1-го по 5-й день менструального цикла, в течение 3 нед оно находится во влагалище, затем его удаляют и после 7-дневного перерыва вводят следующее кольцо.

Основной механизм действия идентичен механизму действия КОК и состоит в подавлении овуляции. Противопоказания к использованию «НоваРинг» идентичны таковым при приеме КОК.

Преимущества:

- хороший контроль цикла;
- простой контроль режима приема;
- отсутствие необходимости ежедневного приема таблеток или еженедельного переклеивания пластыря;
- низкая частота ошибок приема обуславливает повышение контрацептивной надежности;

- возможность самостоятельного использования (без участия медицинского персонала);
- в некоторых исследованиях описано улучшение качества сексуальной жизни.

Недостатки:

- наличие дополнительного противопоказания - нарушение анатомии влагалища (риск экспульсии контрацептива);
- возможное увеличение белей, связанных с раздражением слизистой оболочки влагалища.

Прогестиновые контрацептивы

1. Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК)

ПОК - таблетки, содержащие малые дозы синтетического прогестагена. В упаковке содержится 28 или 35 активных таблеток, которые принимают ежедневно в одно и то же время. Прогестиновые таблетки не содержат эстрогена, что обеспечивает возможность их применения кормящими матерями, а также женщинами, которым эстрогены противопоказаны.

Препараты	Состав
Чарозетта [▲] , Лактинет [▲] , Модэлль Мам [▲]	75 мкг дезогестрела
Линэстренол (Экслютон [▲])	500 мкг линэстренола

Главными механизмами контрацептивного эффекта прогестиновых оральных контрацептивов являются нарушение процесса имплантации и повышение вязкости цервикальной слизи. Снижение моторики маточных труб способствует несвоевременному попаданию яйцеклетки в полость матки, что также ухудшает условия имплантации. Главным контрацептивным механизмом прогестиновых оральных контрацептивов, содержащих дезогестрел (Чарозетта, Лактинет, Модэлль Мам), является надежное подавление овуляции, что отличает их от мини-пили (линэстренол) и позволяет расширить «правило пропущенных таблеток» до 12 ч.

Основная область применения прогестиновых оральных контрацептивов - послеродовая контрацепция у кормящих женщин. Доказано отсутствие влияния дезогестрелсодержащих прогестиновых оральных контрацептивов на качество и количество грудного молока, а также на рост и развитие ребенка.

Прогестиновая оральная контрацепция - высокоприемлемый метод контрацепции у курящих женщин старше 35 лет, а также у пациенток с артериальной гипертензией, тромбофилией, множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, мигренью, тромбофилией. Прогестиновые оральные контрацептивы могут быть также рекомендованы женщинам со стойкими эстрогензависимыми побочными эффектами.

Режим приёма:

ПОК принимают в непрерывном режиме в одно и то же время суток, начиная с 1-го дня менструального цикла. Отклонение во времени приема не должно быть более 3 ч для мини-пили (ПОК, содержащие линестренол или ЛНГ) и 12 ч для дезогестрела. У кормящих матерей при типичном характере применения метода на 100 женщин, принимающих ПОК в течение первого года, обычно приходится от 3 до 10 случаев незапланированной беременности.

Противопоказания к приему прогестиновых оральных контрацептивов

Абсолютные противопоказания (категория 4)	Относительные противопоказания (категория 3)
РМЖ	-Высокий риск для здоровья женщины в случае наступления нежелательной беременности. Однако это не относится к дезогестрелсодержащим препаратам, эффективность которых сопоставима с КОК. -Хирургическое лечение ожирения в анамнезе, сопровождаемое укорочением функциональной длины тонкой кишки. -Острый ТГВ/ТЭЛА. -Ишемическая болезнь сердца, в том числе после оперативного лечения. -Инсульт (в том числе в анамнезе). -Системная красная волчанка при наличии антифосфолипидных антител. -Мигрень с аурой, возникшая на фоне приема ПОК. -РМЖ в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения. -ВИЧ-инфицированные женщины, получающие антиретровирусную терапию усиленными ритонавиром ингибиторами протеаз. -Декомпенсированный цирроз печени. -Злокачественные опухоли печени, гепатоцеллюлярная аденома. -Первичный склерозирующий холангит, осложненный циррозом. -Осложненная трансплантация внутренних органов. -Сопутствующая терапия противосудорожными препаратами (кроме ламотриджина), рифампицином или рифабутином.

Правила назначения:

- Первичное назначение. Прием таблеток следует начать в первый день менструального цикла. Принимать следует по 1 таблетке 1 раз в день ежедневно, в порядке, указанном на упаковке. Прием каждой последующей таблетки из упаковки начинают немедленно после окончания предыдущей, без какого-либо перерыва.

- ПОК могут быть назначены сразу после аборта. ПОК могут быть назначены через 3 нед после родов у некормящих женщин или у кормящих женщин через 6 нед после родов.

Эффективность ПОК составляет, по данным различных источников, от 0,3-0,8 случаев беременности на 100 женщин в год.

2. Подкожные импланты

Имплантаты - небольшие стержни размером со спичку, высвобождающие в кровь прогестин - искусственный аналог естественного прогестерона. Относятся к высокоэффективным пролонгированным методам контрацепции.

Имплантаты не содержат эстрогена и, соответственно, могут применяться кормящими матерями, а также женщинами, которым противопоказаны эстрогенсодержащие контрацептивы.

Восстановление фертильности происходит сразу после отмены метода.

В РФ зарегистрированы «Импланон» и «Импланон НКСТ» (рентгеноконтрастный аналог) - имплантаты для подкожного применения. Одностержневой контрацептивный препарат помещен в иглу стерильного одноразового аппликатора, который содержит 68 мг этоногестрела. Длительность действия - до 3 лет (не подвергается биологическому распаду, поэтому имплантат нельзя оставлять в месте введения в течение >3 лет).

Преимущества:

- самая высокая контрацептивная эффективность, превосходящая женскую и мужскую стерилизацию;
- отсутствие необходимости ежедневного приема;
- быстрое восстановление фертильности после отмены;
- возможность применения у женщин различного возраста;
- снижение частоты дисменореи.

Недостатки:

- невозможность самостоятельного использования (введение и удаление проводит врач);
- отсутствие анонимности контрацептивного выбора (имплантат может быть виден - крайне редко);
- на месте введения препарата может развиваться фиброз, абсцесс, образоваться шрам;
- возможность местных побочных реакций.

Правила назначения:

Первичное назначение. Имплантат следует ввести в течение первых 5 дней. После введения локализация имплантата должна быть подтверждена пальпаторно.

При переходе с КОК имплантат предпочтительно ввести на следующий день после приема последней активной таблетки КОК.

После аборта или выкидыша в I триместре имплантат следует ввести немедленно или в течение 5 дней после аборта; после аборта или выкидыша во II триместре имплантат должен быть введен между 21-м и 28-м днем после аборта.

После родов при грудном вскармливании имплантат следует ввести по завершении 4 нед после родов. После родов при отсутствии грудного вскармливания имплантат следует ввести между 21-м и 28-м днем послеродового периода.

3. Гормоносодержащие внутриматочные контрацептивы

В настоящее время в отечественной практике широко используют ЛНГ-ВМС «Мирена», состоящая из белой гормонально-эластомерной сердцевинки, помещенной на Т-образном корпусе. Резервуар покрыт мембраной, через которую высвобождается 20 мкг ЛНГ в сутки. Длительность использования ЛНГ-ВМС - 5 лет.

Основные механизмы действия - сгущение слизистого отделяемого цервикального канала, что предупреждает проникновение спермы в матку, предупреждение оплодотворения яйцеклетки вследствие угнетения подвижности сперматозоидов в матке и маточных трубах, локальное влияние ЛНГ на эндометрий: торможение пролиферации, атрофия эпителия и децидуоподобная реакция стромы.

ЛНГ-ВМС являются одним из наиболее надежных методов контрацепции: на 100 женщин, применяющих метод в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (2 случая на 1000 пользователей).

Восстановление фертильности после удаления ЛНГ-ВМС происходит практически сразу.

«Мирена» обладает рядом положительных неконтрацептивных эффектов: уменьшает объем менструальной кровопотери, выраженность дисменореи, в том числе при генитальном эндометриозе, снижает риск развития железодефицитной анемии. Продемонстрирован выраженный антипролиферативный эффект ЛНГ-ВМС в лечении гиперпластических процессов эндометрия.

В РФ для использования ЛНГ-ВМС зарегистрированы три показания: контрацепция; идиопатическая меноррагия; профилактика гиперплазии эндометрия во время заместительной терапии эстрогенами.

Преимущества:

- очень высокая контрацептивная эффективность;
- хорошая переносимость;
- минимальное системное влияние на организм;
- отсутствие необходимости ежедневного приема;
- быстрое восстановление фертильности после отмены.

Недостатки:

- невозможность самостоятельного использования (введение и удаление проводит врач);
- возможность местных побочных реакций.

Побочные эффекты:

Редко использование «Мирены» сопровождается изменениями настроения, головной болью, масталгией, тошнотой, появлением акне, прибавкой массы тела.

Возможно развитие функциональных кист яичников, которые, как правило, регрессируют самостоятельно и не требуют лечения и удаления ЛНГ-ВМС. Тем не менее, учитывая тот факт, что функциональные кисты

могут маскировать возникновение истинной опухоли яичника, при выявлении овариального образования показан динамический УЗ-контроль на протяжении 3 мес. Если за период наблюдения киста не подвергается обратному развитию и не уменьшается в размерах, следует провести обследование и оперативное лечение соответственно алгоритму ведения пациенток с подозрением на опухоль яичника. Перед хирургическим лечением ЛНГ-ВМС рекомендуется извлечь.

Возможные нарушения менструального цикла:

- ациклические маточные кровотечения;
- олиго- и аменорея.

Экспульсия (самопроизвольное изгнание) ВМС у 20% пациенток происходит в течение первого года контрацепции. Экспульсия часто протекает бессимптомно. К возможным симптомам относится дискомфорт во влагалище, боль, мажущие кровяные выделения, диспареуния, удлинение нитей ВМК, обнаружение ВМК во влагалище. Учитывая возможность отсутствия симптоматики, женщинам рекомендуют проверять наличие нитей ВМК в течение первых месяцев использования контрацептива.

Экстренная контрацепция

Экстренная контрацепция - метод предупреждения беременности после незащищенного полового акта, когда требуется немедленная защита от нежелательной беременности после случайного полового акта, при разрыве презерватива, изнасиловании, неудаче другого контрацептивного метода. В качестве средств экстренной контрацепции в настоящее время применяют прогестины или КОК, медьсодержащие внутриматочные средства, антипрогестины (Мифепристон в дозе 10 мг).

Основной механизм действия заключается в нарушении условий для имплантации плодного яйца. Эффективность: на 100 женщин, воспользовавшихся таблетками экстренной контрацепции прогестинового ряда, приходится 1 незапланированная беременность. Обеспечивают надежное предохранение от беременности только в тех случаях, когда их принимают в течение 5 дней (120 ч) после незащищенного полового контакта.

Медьсодержащие ВМС могут быть использованы в течение 5 дней (120 ч) после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной (экстренной) контрацепции.

Экстренная контрацепция прогестинами

Для прогестагенной экстренной контрацепции используют два режима приема ЛНГ:

- по 0,75 мг 2 раза с интервалом 12 ч («Постинор», «Эскинор-Ф»). Первую таблетку необходимо принять в течение 48 ч после незащищенного полового акта, вторую - через 12 ч после первой;
- дозу 1,5 мг ЛНГ («Эскапел») принимать однократно не позднее 72 ч после незащищенного полового акта, однако допустимо использование в течение 96 ч.

С целью экстренной контрацепции высокоэффективны антигестагены, например Мифепристон в дозе 10 мг - 1 таблетка (препарат Гинепристон).

Одну таблетку Гинепристона принимают в течение 72 ч (3 дней) после незащищенного полового акта вне зависимости от фазы менструального цикла. Препарат разрешен к применению для экстренной контрацепции у девочек-подростков.

Комбинированные оральные контрацептивы

К методу экстренной контрацепции с помощью КОК относится метод Юзпе, который заключается в двукратном приеме таблеток, содержащих суммарно на прием 100 мкг ЭЭ и 0,5 мг ЛНГ. Первую дозу необходимо принять в течение 72 ч после незащищенного полового акта, вторую - через 12 ч после первой.

Противопоказания:

- беременность;
- состояния, при которых противопоказаны эстрогены.

Основные побочные эффекты:

- тошнота;
- рвота;
- масталгия;
- кровотечение.

Несмотря на высокую контрацептивную эффективность экстренной контрацепции, постоянно применять данный метод нельзя - его применяют только в экстренных случаях!

Барьерные методы контрацепции

Химические барьерные методы контрацепции

1. Спермициды

Спермициды - это химические агенты, инактивирующие сперму во влагалище и препятствующие прохождению ее в матку, которые состоят из двух компонентов: химического, токсического для сперматозоидов, и носителя, или основы.

Наиболее известными химическими веществами, входящими в состав спермицидов, являются ноноксинол-9, октоксинол-9, менфегол и хлорид бензалкония.

Различные виды влагалищных *таблеток и свечей* вводятся в верхнюю часть влагалища с помощью пальца или специального проводника за 10-20 мин до коитуса. Это необходимо для того, чтобы началось их расплавление.

Кремы, гели и аэрозольные пены выпускаются либо для разового применения, либо для сочетанного применения с диафрагмой или колпачками. Аэрозоль и крем быстрее распределяются во влагалище, чем гель и свечи, и образуют барьер перед шейкой матки. В этом случае нет необходимости в выжидании определенного времени для растворения, как при использовании суппозитория и таблеток.

Контрацептивная пленка — размерами 2х2 см, обработанная тем или иным спермицидом, наиболее часто ноноксином-9. Вводится в задний свод влагалища за 10-15 мин до полового акта и там растворяется.

Контрацептивные губки — это натуральные морские губки, которые используются в качестве противозачаточных средств на протяжении столетий. Вагинальная противозачаточная губка обладает сочетанным действием: механическим и химическим.

Губки состоят из полиуретана, импрегнированного ноноксином-9 или хлоридом бензалкония, поэтому при использовании таких губок нет необходимости дополнительно вводить спермицид при повторных половых контактах. Рекомендуется не извлекать губку в течение 6 часов после коитуса, чтобы быть уверенным в том, что сперматозоиды утратили жизнеспособность. Губку можно вводить за сутки до полового акта и оставлять во влагалище до 30 ч.

Преимущества:

- 1) спермициды удобны и просты в применении;
- 2) их действие кратковременно;
- 3) не вызывают системных побочных эффектов;
- 4) доступны для большинства стран мира;
- 5) дешевле, чем другие виды современных контрацептивов;
- 6) женщина самостоятельно может контролировать их использование.

Недостатки:

- 1) имеют невысокую по сравнению с гормональными и внутриматочными контрацептивами эффективность.
- 2) могут обладать местным раздражающим действием;
- 3) некоторые спермициды, особенно пенообразующие, могут создавать дискомфорт при половом контакте;
- 4) повышенная чувствительность и аллергические реакции наблюдаются у 1-5% женщин;
- 5) некоторые женщины считают этот метод контрацепции неприемлемым для себя;
- 6) профилактика ИППП не обеспечивается.

Механические средства барьерной контрацепции

1. Диафрагма

Диафрагма — это куполообразное приспособление с гибким ободком, выполненное из латекса. Внешний ободок содержит металлическую пружинку. Диафрагма выполняет функцию барьера для шейки матки.

Применение диафрагмы вместе со спермицидами более эффективно защищает от беременности, чем использование только диафрагмы.

Диафрагма вводится перед коитусом, извлекается спустя 6-8 ч, не должна находиться во влагалище более 24 ч. После использования ее следует тщательно промыть и хранить в закрытом контейнере.

При типичном использовании диафрагмы в сочетании со спермицидами частота незапланированной беременности составляет 16 случаев на 100 женщин в течение года, при идеальном - 6 случаев.

Диафрагма может в некоторой степени защищать от некоторых ИППП, однако не должна рассматриваться как средство профилактики.

Противопоказания:

- половой инфантилизм;
- опущение стенок влагалища и матки, снижение тонуса мышц тазового дна;
- старые, плохо заживающие разрывы промежности;
- очень емкое влагалище (диафрагмы выпадают);
- острый воспалительный процесс половых органов;
- высокий риск инфицирования ВИЧ-инфекцией;
- ВИЧ-инфицированные и женщины со СПИДом;
- синдром токсического шока;
- аллергия на латекс;
- аллергия на спермициды.

2.Цервикальные колпачки

Современный цервикальный колпачок изготавливается из латекса и выполняет функцию барьера для шейки матки. Часто используется вместе со спермицидами, причем спермицидный препарат наносится на его внутреннюю поверхность таким образом, чтобы он занимал примерно четверть или треть объема колпачка.

Частота незапланированной беременности составляет 32 случая на 100 женщин в течение года, при идеальном и постоянном использовании - 20 случаев. Контрацептивный эффект выше у нерожавших женщин. При типичном использовании шеечного колпачка в сочетании со спермицидами частота незапланированной беременности составляет 16 случаев на 100 женщин в течение года, при идеальном - 9 случаев.

3.Презервативы

Мужские и женские презервативы, выполненные из латекса, являются механическим барьером для проникновения сперматозоидов, вирусных и бактериальных инфекций во влагалище.

Женский кондом

Женский кондом состоит из свободной полиуретановой пленки с упругими кольцами на концах.

Эффективность метода зависит от пользователя: непостоянное и неправильное использование, соскальзывание и разрыв презерватива могут привести к незапланированной беременности и/или заражению ИППП. При типичном характере применения частота незапланированной беременности составляет 21 случай на 100 женщин в течение 1 года.

Мужской презерватив

Контрацептивный эффект обеспечивается за счет создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Помимо этого, презервативы препятствуют передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище, здоровому партнеру.

При типичном характере применения мужских презервативов частота незапланированной беременности составляет 15 случаев на 100 женщин в год.

Нежелательно использовать барьерные методы контрацепции женщинам:

- с аллергической реакцией на латекс или спермициды;
- с опущением матки и стенок влагалища, фиксированным загибом матки, несостоятельностью мускулатуры промежности, цисто или ректоцеле, со свищами влагалища (диафрагмы, губки, колпачки);
- имеющим в анамнезе синдром токсического шока (диафрагмы, губки, колпачки);
- после родов - в течение 6 нед (диафрагмы, губки, колпачки);
- имеющим в анамнезе рецидивирующие урогенитальные инфекции (диафрагма, колпачки);
- с аномалиями развития гениталий;
- в случае если половые партнеры страдают нарушением эрекции.

Физиологические методы контрацепции

Достаточная информированность и осведомленность женщины о наиболее вероятном времени овуляции в течение всего менструального цикла позволяет избежать непланируемой беременности. Для этого необходимо последовательное ежедневное наблюдение и анализ самой женщиной следующих показателей циклически протекающих физиологических изменений в ее организме: ректальной температуры тела; количества и свойств цервикальной слизи; продолжительности менструальных циклов.

Физиологические методы контрацепции можно использовать, если женщины имеют регулярный менструальный цикл, не могут или не хотят использовать другие современные методы контрацепции, в том числе по религиозным или этическим убеждениям.

Преимущества:

- возможность использовать как с целью контрацепции, так и при заинтересованности женщин в наступлении беременности;
- отсутствие побочных эффектов;
- методы контрацепции бесплатны;
- в реализации методов принимает участие партнер;
- повышение уровня самопознания женщины (супругов);

Недостатки:

- необходимость постоянного и ежедневного ведения наблюдений (не менее 3-4 менструальных циклов);

- трудности в определении фертильной фазы женщины/пары в первые месяцы использования метода, например в интерпретации состояния цервикальной слизи;
- определенные обязательства обоих партнеров, необходимость воздержания или применения прерванного полового контакта, использование барьерных методов контрацепции на протяжении фертильной фазы цикла;
- зависимость от условий жизни, графика работы (ночные смены), сопутствующих состояний и заболеваний, сопровождающихся изменениями температуры тела и т.д.;
- отсутствие защиты от ИППП;
- нередко неуверенность в эффективности используемого метода.

К методам, основанным на отслеживании фертильности, относятся календарные (ритмические) методы (метод календарных ритмов, метод стандартных дней) и симптоматические методы (метод базальной температуры, метод цервикальной слизи, симптомотермальный метод).

Календарный метод предусматривает непрерывный учет дней менструального цикла для определения времени начала и окончания фертильного периода.

Симптоматические методы основаны на отслеживании признаков готовности женского организма к зачатию, а именно характера цервикальной слизи и базальной температуры тела.

При использовании метода лактационной аменореи необходимо соблюдать 3 принципа:

- 1) отсутствие менструации;
- 2) ребенок находится полностью на грудном вскармливании;
- 3) с момента родов прошло не более 6 мес.

Исключительно грудное вскармливание предполагает, что ребенок питается исключительно грудным молоком.

ВОЗ рекомендует метод лактационной аменореи до возраста ребенка полных 6 мес. Для обеспечения метода лактационной аменореи промежутки между кормлениями в дневное и ночное время не должны превышать 4 и 6 ч соответственно.

Женская хирургическая контрацепция

Методы хирургической стерилизации (ХС) получили широкое распространение в большинстве стран мира.

Показание к ХС - желание супружеской пары предотвратить фертильность, а также непереносимость других методов контрацепции.

К медицинским показаниям стерилизации относятся все заболевания, при которых наступление беременности и роды абсолютно противопоказаны (заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, костно-мышечной систем, психические и генетические заболевания).

Оперативное вмешательство лучше проводить в ранней пролиферативной фазе, после родов в период от 24 до 38 ч или на 8-й неделе послеродового периода.

Наиболее распространенным методом ХС в настоящее время является биполярная коагуляция маточных труб как более безопасный и надежный.

Коагуляция маточной трубы осуществляется на расстоянии не менее 2 см от матки без захвата мезосальпинкса. Выполняется несколько захватов трубы в течение 3-5 с, зона коагуляции достигает 15 мм. Вероятность реканализации значительно уменьшается при рассечении маточной трубы в зоне коагуляции.

Мужская контрацепция

В последнее время значительно возрос интерес к мужской контрацепции.

Мужские методы контрацепции можно разделить на:

- не препятствующие созреванию сперматозоидов;
- угнетающие сперматогенез;
- препятствующие попаданию сперматозоидов в женские половые

пути.

Вазэктомия

Цель операции заключается в создании непроходимости семявыносящих протоков(обструкции), надежно предотвращающей миграцию сперматозоидов навсегда или на желаемый для пациента срок. Вмешательство проводят в амбулаторных условиях.

Причины неэффективности метода

- Реканализация протока.
- Исходное удвоение протока.
- Неполное пересечение протока.

Гормональная мужская контрацепция

Тестостерон - идеальное средство для гормональной мужской контрацепции. Этот гормон подавляет гипофизарную секрецию ЛГ и ФСГ, вследствие чего клетки Лейдига, соседствующие с семенными канальцами, прекращают выработку тестостерона, и необходимый для сперматогенеза уровень андрогенов в яичках резко уменьшается. В то же время экзогенно вводимый тестостерон обеспечивает сохранность вторичных половых признаков.

Критерии выбора метода контрацепции

При выборе метода контрацепции следует учитывать несколько факторов.

Возраст. Особенности состояния системы репродукции, общего гомеостаза и социальные факторы требуют выделения в особые группы девушек в периоде полового созревания, женщин в позднем репродуктивном возрасте и перименопаузе.

Репродуктивное здоровье. Особо выделяются такие периоды жизни женщины, как послеабортный, послеродовой (после самопроизвольных родов или кесарева сечения), лактационный. Заслуживают внимания

заболевания репродуктивной системы, в том числе анамнестические указания на них. При планировании контрацепции обязательно учитывается наличие в анамнезе беременностей и родов.

Инфекции, передаваемые половым путем. Высокий риск инфицирования существует при наличии заболевания у партнера, а также у женщин, часто меняющих половых партнеров и имеющих случайные половые связи. Высокий риск инфицирования определяет выбор контрацептивного метода, способного предохранить женщину от ИППП.

Планирование семьи. Принимается во внимание желание женщины в будущем иметь ребенка, а также предполагаемое время деторождения, определяющее длительность контрацепции.

Сексуальная активность. Регулярность половой жизни, частота половых сношений также влияют на выбор контрацептивного метода.

Состояние здоровья. Наличие тех или иных заболеваний, а также повышенного риска их возникновения обуславливает ряд противопоказаний к некоторым видам контрацепции. Выбирая между безопасностью и эффективностью контрацептивов, следует помнить о риске нежелательной беременности и ее прерывания у соматически ослабленных женщин.

Индивидуальные требования. Приемлемость каждого вида контрацепции определяется особенностями техники их использования, готовностью женщины перенести возможные побочные эффекты, а также стоимостью метода.

Критерии приемлемости методов контрацепции

В 1996 г. был опубликован первый международный документ ВОЗ по планированию семьи, основанный на данных доказательной медицины, - «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции». Он представлял собой руководство по безопасному использованию контрацептивных средств женщинами и мужчинами с теми или иными особенностями и медицинскими состояниями.

Согласно рекомендациям ВОЗ, все состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырех категорий.

Категория	С учетом клинических данных	При недостатке клинических данных
1	Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции. Метод можно использовать при любых обстоятельствах	Да
2	Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать	Метод можно использовать
3	Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные способы контрацепции	Нет
4	Состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции. Метод не рекомендуется к применению	Метод не следует использовать

Медицинские работники могут руководствоваться этими категориями для оценки безопасности метода контрацепции у женщин и мужчин с теми или иными состояниями и особенностями.

В 2015 г. была опубликована пятая редакция документа ВОЗ, в котором представлены новейшие рекомендации, основанные на последних клинических и эпидемиологических данных. В состав рабочей группы вошли 68 специалистов. Представлены критерии приемлемости следующих методов контрацепции: низкодозированные (≤ 35 мкг этинилэстра-диола) КОК, контрацептивный пластырь, контрацептивное кольцо, комбинированные инъекционные контрацептивы (не зарегистрированы в РФ), прогестиновые контрацептивы (оральные), прогестерон-рилизинг вагинальное кольцо (не зарегистрировано в РФ), депо-медроксипрогестерона ацетат, норэтистерон энантат, имплантаты с левоноргестрелом и этоногестрелом, препараты для экстренной контрацепции (включая улипристала ацетат), медьсодержащие ВМС, ЛНГ-ВМС, медьсодержащие средства для экстренной контрацепции, барьерные методы контрацепции, календарный метод, метод лактационной аменореи, прерванный половой акт, мужская и женская стерилизация. В пятое издание были внесены изменения некоторых категорий критериев приемлемости, включены рекомендации по новым состояниям и информация по новым контрацептивам.

Заключение

Существует множество современных средств и методов контрацепции. У каждого метода есть свои как положительные, так и отрицательные моменты.

С точки зрения эффективности комбинированные оральные контрацептивы являются распространённым методом выбора, однако учитывая безопасность, переносимость и доступность метода наибольшее предпочтение должно отдаваться барьерным методам контрацепции в сочетании со спермицидами. Для женщин старшего репродуктивного возраста существует достаточно широкий выбор методов и средств контрацепции, позволяющий оптимально удовлетворить индивидуальные потребности каждой женщины, а также осуществить профилактику некоторых видов возрастной патологии, обусловленной гормональными

Известно, что побочные эффекты оказывают выраженное влияние на выбор метода контрацепции, хотя выраженность их проявления во многом зависит от индивидуальной чувствительности. Использование контрацептивов требует регулярного врачебного контроля. Каждой женщине, которая желает предотвратить нежелательную беременность, все-таки разумнее всего обратиться за помощью к специалисту. Конечно, естественные методы контрацепции кажутся простыми и доступными и без совета врача, но, чтобы иметь дополнительную информацию о своем организме и о возможных способах предохранения, необходима консультация специалиста.

Список используемой литературы

1. Подзолкова, Н. М. Современная контрацепция. Новые возможности, критерии безопасности, основы консультирования / Н. М. Подзолкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с.
2. Савельева, Г. М. Гинекология / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с.
3. Баисова, Б. И. Гинекология : учебник / под ред. Савельевой Г. М. , Бреусенко В. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с.
4. Гинекологическая эндокринология / В.Н.Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянников. – 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 512с. : ил.
5. Медицинские критерии приемленности для использования методов контрацепции 5-е издание, 2015г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича, ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2-ого года обучения

по специальности «Акушерство и гинекология»

Куприяновой Юлии Николаевны
(ФИО ординатора)

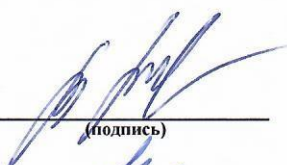
Тема реферата «Методы контрацепции и принципы их подбора»

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отл

Дата: «25» сентября 2020 год

Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)