

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Выполнила:

клинический ординатор

Довыдова Е.М.

Красноярск, 2018.

Рецензия

На реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Довыдовой Е.М. на тему: «Современные методы контрацепции».

Актуальность данной работы обусловлена социально-экономической важностью качественной контрацепции среди женщин репродуктивного возраста. Автором рассмотрены классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения пациенток и методы профилактики.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной - логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое - знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

И.В. Ж.

Содержание

- I. Введение
- II. Классификация
- III. Внутриматочная контрацепция
- IV. Гормональная контрацепция
- V. Барьерные методы контрацепции
- VI. Естественные методы контрацепции
- VII. Хирургические методы контрацепции
- VIII. Посткоитальная контрацепция
- IX. Подростковая контрацепция
- X. Послеродовая контрацепция
- XI. Список используемой литературы

I Введение

Средства, применяемые с целью предупреждения беременности, называются контрацептивными. Контрацепция - составная часть системы планирования семьи и направлена на регуляцию рождаемости, а также на сохранение здоровья женщины. Во-первых, использование современных методов предохранения от беременности снижает частоту абортов как основной причины гинекологической патологии, невынашивания беременности, материнской и перинатальной смертности. Во-вторых, контрацептивные средства служат для регуляции наступления беременности в зависимости от здоровья супругов, соблюдения интервала между родами, числа детей и т.д. В-третьих, некоторые из противозачаточных средств обладают защитными свойствами в отношении злокачественных новообразований, воспалительных заболеваний половых органов, постменопаузального остеопороза, служат мощным подспорьем в борьбе с рядом гинекологических заболеваний - бесплодием, апоплексией яичника, нарушениями менструального цикла и др.

Показателем эффективности любого средства контрацепции является индекс Перля - число беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, использовавших тот или иной метод контрацепции.

II Классификация

Современные методы контрацепции подразделяются на:

- внутриматочные;
- гормональные;
- барьерные;
- естественные;
- хирургические (стерилизация).

III Внутриматочная контрацепция

Внутриматочная контрацепция (ВМК) - это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки. Метод широко применяется в странах Азии (прежде всего в Китае), скандинавских странах, России.

История внутриматочной контрацепции восходит к античным временам. Однако первое такое средство предложил в 1909 г. немецкий гинеколог Рихтер: кольцо из кишки шелковичного червя, скрепленное металлической проволокой. Затем предлагалось золотое или серебряное кольцо с внутренним диском (кольцо Отта), но с 1935 г. применение ВМК было запрещено связи с высоким риском развития воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Интерес к этому методу контрацепции возродился только в 60-е годы XX века. В 1962 г. Липпс использовал для создания контрацептива гибкую пластмассу в виде удвоенной латинской буквы "S", позволявшую вводить его без значительного расширения цервикального канала. К устройству прикреплялась нейлоновая нить для извлечения контрацептива из полости матки.

Типы внутриматочных контрацептивов. ВМК подразделяются на инертные (немедикаментозные) и медикаментозные. К первым относятся пластиковые ВМК различной формы и конструкции, в том числе петля Липпса. С 1989 г. ВОЗ рекомендовала отказаться от инертных ВМК как малоэффективных и часто вызывающих осложнения. Медикаментозные ВМК имеют пластиковую основу различной конфигурации (петля, зонтик, цифра "7", буква "Т" и др.) с добавкой металла (медь, серебро) либо гормона (левоноргестрел). Эти добавки повышают контрацептивную эффективность и уменьшают число побочных реакций. В России наиболее часто применяются:

-медьсодержащий Multiload - Си 375 (цифрами обозначается площадь поверхности металла, в мм²), рассчитанный на 5 лет использования. Имеет Ф-образную форму с шиповидными выступами для удержания в полости матки;

-Nova-T - Т-образный с площадью медной обмотки 200 мм² для 5-летнего использования;

- Cooper T 380 А - Т-образный с высоким содержанием меди; срок использования - 6-8 лет;

- гормональная внутриматочная система "Мирена" *, сочетающая свойства внутриматочной и гормональной контрацепции, - Т-образный контрацептив с полупроницаемой мембраной, через которую из цилиндрического резервуара выделяется левоноргестрел (20 мкг/сут). Срок использования - 5 лет.

Механизм действия. Контрацептивное действие ВМК обеспечивает снижение активности или гибель сперматозоидов в полости матки (добавление меди усиливает сперматотоксический эффект) и усиление активности макрофагов, поглощающих попавшие в полость матки сперматозоиды. При использовании ВМК с левоноргестрелом сгущение цервикальной слизи под воздействием гестагена создает препятствие для прохождения сперматозоидов в полость матки.

В случае оплодотворения проявляется abortивное действие ВМК:

- усиление перистальтики маточных труб, что приводит к проникновению в полость матки плодного яйца, еще не готового к имплантации;
- развитие асептического воспаления в эндометрии как реакции на инородное тело, что вызывает энзимные нарушения (добавление меди усиливает эффект), препятствующие имплантации оплодотворенной яйцеклетки;
- повышение сократительной деятельности самой матки в результате увеличения синтеза простагландинов;
- атрофия эндометрия (для внутриматочной гормонсодержащей системы) делает невозможным процесс имплантации плодного яйца.

Гормонсодержащий ВМК, оказывая локальное действие на эндометрий за счет постоянного выделения гестагена, угнетает процессы пролиферации и вызывает атрофию слизистой оболочки матки, что проявляется уменьшением продолжительности менструаций или аменореей. При этом левоноргестрел не оказывает заметного системного влияния на организм с сохранением овуляции.

Контрацептивная эффективность ВМК достигает 92-98%; индекс Перля колеблется от 0,2-0,5 (при использовании гормонсодержащего ВМК) до 1-2 (при применении ВМК с добавками меди).

Внутриматочный контрацептив можно ввести в любой день менструального цикла при уверенности в отсутствии беременности, но целесообразнее делать это на 4-8-й день от начала менструации. ВМК можно вводить сразу после искусственного прерывания беременности или через 2-3 мес после родов, а после кесарева сечения - не ранее чем через 5-6 мес. Перед введением ВМК следует опросить пациентку для выявления возможных противопоказаний, осуществить гинекологический осмотр и бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на микрофлору и степень чистоты. ВМК можно вводить только при мазках I-II степени чистоты. При использовании контрацептива следует тщательно соблюдать правила асептики и антисептики.

В течение 7-10 дней после введения ВМК рекомендуют ограничить физические нагрузки, не принимать горячие ванны, слабительные средства и утеротоники, исключить половую жизнь. Женщине следует сообщить о сроках использования ВМК, а также о симптомах возможных осложнений, требующих неотложного обращения к врачу. Повторное посещение рекомендуется через 7-10 дней после введения ВМК, затем при нормальном состоянии - через 3 мес. Диспансеризация женщин, использующих ВМК, предусматривает посещение гинеколога два раза в год с проведением микроскопии мазков из влагалища, цервикального канала и уретры.

ВМК извлекают по желанию пациентки, а также в связи с истечением срока использования (при замене отслужившего ВМК на новый перерыва можно не делать), при развитии осложнений. ВМК извлекают потягиванием за "усики". При отсутствии или обрыве "усиков" (при превышении сроков использования ВМК) рекомендуется проводить процедуру в условиях стационара. Целесообразно уточнить присутствие и месторасположение контрацептива с помощью УЗИ. ВМК удаляют после расширения цервикального канала под контролем гистероскопии. Расположение ВМК в стенке матки,

не вызывающее жалоб пациентки, не требует извлечения ВМК, поскольку это может привести к серьезным осложнениям.

Осложнения. При введении ВМК возможна перфорация матки (1 на 5000 введений) вплоть до расположения контрацептива в брюшной полости. Перфорация проявляется острыми болями внизу живота. Осложнение диагностируют с использованием УЗИ органов малого таза, гистероскопии. При частичной перфорации можно удалить контрацептив потягиванием за "усики". Полная перфорация требует лапароскопии или лапаротомии. Ча-

стичная перфорация матки нередко остается незамеченной и выявляется только при безуспешной попытке удаления ВМК.

Наиболее частыми осложнениями ВМК являются боли, кровотечения по типу менометроррагий, воспалительные заболевания внутренних половых органов. Постоянные интенсивные боли чаще всего свидетельствуют о несоответствии размеров контрацептива и матки. Схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей - признак экс-пульсии ВМК (самопроизвольного изгнания из полости матки). Частоту экспульсий (2-9%) можно снизить, назначая после введения ВМК один из НПВП (индометацин, диклофенак - вольтарен* и др.)

Сочетание болей с повышением температуры тела, гнойными или сукровично-гнойными выделениями из влагалища указывает на развитие воспалительных осложнений (0,5-4%). Заболевания протекают особенно тяжело, с выраженными деструктивными изменениями в матке и придатках и часто требуют радикальных хирургических вмешательств. Для снижения частоты подобных осложнений рекомендуется профилактический прием антибиотиков в течение 5 дней после введения ВМК.

Маточные кровотечения - самое частое (1,5-24%) осложнение внутри-маточной контрацепции. Это меноррагии, реже - метроррагии. Увеличение менструальной кровопотери приводит к развитию железодефицитной анемии. Назначение НПВП в первые 7 дней после введения ВМК повышает приемлемость этого метода контрацепции. Положительный эффект дает назначение за 2-3 мес до введения ВМК и в первые 2-3 мес после него комбинированных оральных контрацептивов (КОК), облегчающих период адаптации. Если менструации остаются обильными, ВМК необходимо удалить. При появлении метроррагий показаны гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание.

Беременность при использовании ВМК наступает редко, но все же не исключена. Частота самопроизвольных выкидышей при использовании ВМК увеличивается. Тем не менее, при желании такую беременность можно сохранить. Вопрос о необходимости и сроках удаления ВМК остается спорным. Существует мнение о возможности извлечения ВМК на ранних сроках, но это может привести к прерыванию беременности. Другие специалисты считают допустимым не удалять контрацептив во время беременности, полагая, что ВМК не оказывает отрицательного влияния на плод вследствие экстраамниального расположения. Обычно ВМК выделяется вместе с плацентой и плодными оболочками в третьем периоде родов. Некоторые авторы предлагают прервать беременность, наступившую при применении ВМК, поскольку ее пролонгация повышает риск септического аборта.

ВМК значительно снижает возможность наступления беременности, в том числе внематочной. Однако частота внематочной беременности в этих случаях выше, чем в популяции.

Фертильность после удаления ВМК в большинстве наблюдений восстанавливается сразу. При применении ВМК не отмечено увеличения риска развития рака шейки и тела матки, яичников.

Показания. ВМК рекомендуются рожавшим женщинам, не планирующим беременность как минимум в течение года, при отсутствии риска заболеваний, передаваемых половым путем.

Противопоказания. К абсолютным противопоказаниям относятся:

- беременность;
- острые или подострые воспалительные заболевания органов малого таза;
- хронические воспалительные заболевания органов малого таза с частыми обострениями;
- злокачественные новообразования шейки и тела матки. Относительные противопоказания:
- гиперполименорея или метроррагия;
- гиперпластические процессы эндометрия;
- альгоменорея;
- гипоплазия и аномалии развития матки, мешающие введению ВМК;
- стеноз цервикального канала, деформация шейки матки, истмико-цервикальная недостаточность;
- анемия и другие заболевания крови;
- субмукозная миома матки (небольшие узлы без деформации полости противопоказанием не являются);
- тяжелые экстрагенитальные заболевания воспалительной этиологии;
- частые экспульсии ВМК в анамнезе;
- аллергия на медь, гормоны (для медикаментозных ВМК);
- отсутствие родов в анамнезе. Однако некоторые специалисты допускают использование ВМК у нерожавших женщин, имеющих в анамнезе аборт, при условии одного полового партнера. У нерожавших пациенток риск осложнений, связанных с применением ВМК, выше.

Необходимо подчеркнуть, что многие противопоказания для применения обычных ВМК становятся показаниями для назначения гормонсодержащих ВМК. Так, содержащийся в

"Мирене"[★] левоноргестрел оказывает лечебное действие при гиперпластических процессах эндометрия после установления гистологического диагноза, при миоме матки, при нарушениях менструального цикла, уменьшая менструальную кровопотерю и устраняя болевые ощущения.

К преимуществам внутриматочной контрацепции следует отнести:

- высокую эффективность;
- возможность длительного использования;
- немедленное контрацептивное действие;
- быстрое восстановление фертильности после удаления ВМК;
- отсутствие связи с половым актом;
- низкую стоимость (за исключением гормональной внутриматочной системы);
- возможность использования в период лактации;
- лечебный эффект при некоторых гинекологических заболеваниях (для гормональной внутриматочной системы).

Недостатками являются необходимость медицинских манипуляций при введении и удалении ВМК и возможность осложнений.

IV Гормональная контрацепция

Одним из наиболее эффективных и распространенных методов регуляции рождаемости стала гормональная контрацепция.

Идея гормональной контрацепции возникла в начале XX века, когда австрийский врач Хаберланд обнаружил, что введение экстракта яичников обуславливает временную стерилизацию. После открытия половых гормонов (эстрогена - в 1929 г. и прогестерона - в 1934 г.) была предпринята попытка синтеза искусственных гормонов, а в 1960 г. американский ученый Пинкус и сотр. создали первую контрацептивную таблетку "Эновид". Гормональная контрацепция развивалась по пути снижения дозы стероидов (эстрогенов) и по пути создания селективных (избирательного действия) гестагенов.

На 1-м этапе были созданы препараты с высоким содержанием эстрогенов (50 мкг) и множеством серьезных побочных эффектов. На 2-м этапе появились контрацептивы с низким содержанием эстрогенов (30-35 мкг) и гестагенов с избирательным действием, что позволило существенно снизить количество осложнений при их приеме. К препаратам III поколения относят средства, содержащие низкие (30-35 мкг) или минимальные (20 мкг) дозы эстрогенов, а также высокоселективные гестагены (норгестимат, де-зогестрел, гестоден, диеногест, дроспиренон), обладающие еще большим преимуществом перед своими предшественниками.

Состав гормональных контрацептивов. Все гормональные контрацептивы (ГК) состоят из эстрогенного и гестагенного или только гестагенного компонентов.

В качестве эстрогена в настоящее время используется этинилэстрадиол. Наряду с контрацептивным действием эстрогены вызывают пролиферацию эндометрия, препятствуют отторжению слизистой оболочки матки, обеспечивая гемостатический эффект. Чем ниже доза эстрогенов в препарате, тем выше возможность появления "межменструальных" кровяных выделений. В настоящее время назначают ГК с содержанием этинилэстрадиола не более 35 мкг.

Синтетические гестагены (прогестагены, синтетические прогестины) подразделяются на производные прогестерона и производные норгестостерона (норстероиды). Производные прогестерона (медроксипрогестерон, мегэстрол и др.) при приеме внутрь не дают контрацептивного эффекта, поскольку разрушаются под действием желудочного сока. Они используются в основном для инъекционной контрацепции.

Норстероиды I поколения (норэтистерон, этинодиол, линестренол) и более активные норстероиды II (норгестрел, левоноргестрел) и III (норгести-мат, гестоден, дезогестрел, диеногест, дроспиренон) поколений после всасывания в кровь связываются с прогестероновыми рецепторами, оказывая биологическое действие. Гестагенную активность норстероидов оценивают по степени связывания с рецепторами прогестерона; она значительно выше, чем у прогестерона. Кроме гестагенного, норстероиды дают выраженные в различной степени андрогенный, анаболический и минералокортикоидный

эффекты из-за взаимодействия с соответствующими рецепторами. Гестагены III поколения, напротив, оказывают антиандрогенное влияние на организм в результате повышения синтеза глобулина, связывающего свободный тестостерон в крови, и высокой селективности (способности в большей степени связываться с рецепторами прогестерона, чем с андрогенными рецепторами), а также антиминоалокортикоидное действие (дроспиренон). Классификация ГК:

- комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы:
- оральные;
- влагалищные кольца;
- пластыри;
- гестагенные контрацептивы:
- оральные контрацептивы, содержащие микродозы гестагенов (мини-пили);
- инъекционные;
- имплантаты.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) - это таблетки, содержащие эстрогенный и гестагенный компоненты (табл. 20.1).

Механизм действия КОК многообразен. Контрацептивный эффект достигается в результате блокады циклических процессов гипоталамо-гипофизарной системы в ответ на введение стероидов (принцип обратной связи), а также из-за непосредственного тормозящего действия на яичники. В результате не происходит роста, развития фолликула и овуляции. Кроме того, прогестагены, повышая вязкость цервикальной слизи, делают ее непроходимой для сперматозоидов. Наконец, гестагенный компонент замедляет перистальтику маточных труб и продвижение по ним яйцеклетки, а в эндометрии вызывает регрессивные изменения вплоть до атрофии, в результате чего имплантация плодного яйца, если оплодотворение все же произошло, становится невозможной. Такой механизм действия обеспечивает высокую надежность КОК. При правильном применении контрацептивная эффективность достигает почти 100%, индекс Перля составляет 0,05-0,5.

По уровню этинилэстрадиола КОК подразделяются на высокодозированные (более 35 мкг; в настоящее время с контрацептивной целью не применяются), низкодозированные (30-35 мкг) и микродозированные (20 мкг). Кроме того, КОК бывают монофазными, когда все таблетки, входящие в упаковку, имеют один и тот же состав, и многофазными (двухфазными, трехфазными), когда в упаковке, рассчитанной на цикл приема, содержатся два или три вида таблеток разного цвета, различающихся по количеству эстрогенного и гестагенного компонентов. Ступенчатая дозировка вызывает в органах-мишенях (матка, молочные железы) циклические процессы, напоминающие таковые при нормальном менструальном цикле.

Осложнения при приеме КОК. В связи с применением новых низко-и микродозированных КОК, содержащих высокоселективные гестагены, побочные эффекты при использовании ГК встречаются редко.

У небольшого процента женщин, принимающих КОК, в первые 3 мес приема возможны неприятные ощущения, связанные с метаболическим действием половых стероидов. К эстрогензависимым эффектам относятся тошнота, рвота, отеки, головокружение, обильные менструальноподобные кровотечения, к гестагензависимым - раздражительность, депрессия, повышенная утомляемость, снижение либидо. Головная боль, мигрень, на-грубание молочных желез, кровяные выделения могут быть обусловлены действием обоих компонентов КОК. В настоящее время эти признаки рас-

сматриваются как симптомы адаптации к КОК; обычно они не требуют назначения корректирующих средств и самостоятельно исчезают к концу 3-го месяца регулярного приема.

Наиболее серьезное осложнение при приеме КОК - влияние на систему гемостаза. Доказано, что эстрогенный компонент КОК активирует свертывающую систему крови, из-за чего повышается риск тромбозов, прежде всего коронарных и церебральных, а также тромбозмболии. Возможность тромботических осложнений зависит от дозы этинилэстрадиола, входящего в КОК, и факторов риска, к которым относят возраст старше 35 лет, курение, АГ, гиперлипидемию, ожирение и др. Общепризнано, что использование низкоили микродозированных КОК не оказывает существенного влияния на систему гемостаза у здоровых женщин.

При приеме КОК повышается АД, что обусловлено влиянием эстроген-ного компонента на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Однако это явление отмечено лишь у женщин с неблагоприятным анамнезом (наследственная предрасположенность, ожирение,

АГ в настоящем, ОПГ-гестозы в прошлом). Клинически значимого изменения АД у здоровых женщин, принимающих КОК, не выявлено.

При использовании КОК возможен ряд метаболических нарушений:

- снижение толерантности к глюкозе и повышение ее уровня в крови (эстрогенное влияние), что провоцирует проявление латентных форм сахарного диабета;
- неблагоприятное влияние гестагенов на липидный обмен (повышение уровня общего холестерина и его атерогенных фракций), что увеличивает риск развития атеросклероза и сосудистых осложнений. Однако современные селективные гестагены, входящие в состав КОК III поколения, не оказывают отрицательного влияния на липидный обмен. Кроме того, действие эстрогенов на липидный обмен прямо противоположно эффекту гестагенов, что расценивается как фактор защиты сосудистой стенки;
- повышение массы тела, обусловленное анаболическим эффектом гестагенов, задержкой жидкости из-за влияния эстрогенов, повышением аппетита. Современные КОК с невысоким содержанием эстрогенов и селективными гестагенами практически не влияют на массу тела.

Эстрогены могут оказывать небольшое токсическое действие на печень, проявляющееся в транзиторном повышении уровня трансаминаз, вызывать внутрипеченочный холестаз с развитием холестатического гепатита и желтухи. Гестагены, повышая концентрацию холестерина в желчи, способствуют образованию камней в желчных протоках и пузыре.

Акне, себорея, гирсутизм возможны при применении гестагенов с выраженным андрогенным действием. Используемым в настоящее время высокоселективным гестагенам, наоборот, присуще антиандрогенное действие, и они дают не только контрацептивный, но и лечебный эффект.

Резкое ухудшение зрения при использовании КОК является следствием острого тромбоза сетчатки; в этом случае требуется немедленная отмена препарата. Следует учитывать, что КОК при использовании контактных линз вызывают отек роговицы с появлением ощущения дискомфорта.

К редким, но вызывающим опасения осложнениям относится аменорея, возникшая после прекращения приема КОК. Есть мнение, что КОК не вызывают аменорею, а лишь скрывают гормональные нарушения за счет регулярных менструальноподобных кровяных выделений. Таких пациенток обязательно нужно обследовать на предмет опухоли гипофиза.

Длительный прием КОК изменяет микроэкологию влагалища, способствуя возникновению бактериального вагиноза, вагинального кандидоза. Кроме того, применение КОК рассматривается как фактор риска для перехода имеющейся дисплазии шейки матки в карциному. Женщины, принимающие КОК, должны регулярно проходить цитологические исследования мазков из шейки матки.

Любой из компонентов КОК может вызвать аллергическую реакцию.

Один из самых частых побочных эффектов - маточные кровотечения при использовании КОК (от "мажущих" до "прорывных"). Причинами кровотечений служат недостаток гормонов для конкретной пациентки (эстрогенов - при появлении кровяных выделений в 1-й половине цикла, гестагенов - во 2-й половине), нарушение всасывания препарата (рвота, диарея), пропуски приема таблеток, конкурентное действие принимаемых вместе с КОК лекарственных препаратов (некоторых антибиотиков, противосудорожных препаратов, β -адреноблокаторов и др.). В большинстве случаев межменструальные кровяные выделения самостоятельно исчезают в течение первых 3 мес приема КОК и не требуют отмены контрацептивов.

КОК не оказывают отрицательного влияния на фертильность в дальнейшем (она восстанавливается в большинстве наблюдений в течение первых 3 мес после отмены препарата), не увеличивают риск возникновения дефектов плода. Случайное применение современных гормональных контрацептивов в ранние сроки беременности не дает мутагенного, тератогенного эффекта и не требует прерывания беременности.

К контрацептивным преимуществам КОК относят:

- высокую эффективность и почти немедленный контрацептивный эффект;
- обратимость метода;
- низкую частоту побочных эффектов;
- хороший контроль фертильности;
- отсутствие связи с половым актом и влияния на полового партнера;
- устранение страха нежелательной беременности;
- простоту в применении. Неконтрацептивные преимущества КОК:

- снижение риска развития рака яичников (на 45-50%), рака эндометрия (на 50-60%), доброкачественных заболеваний молочных желез (на 50-75%), миомы матки (на 17-31%), постменопаузального остеопороза (повышение минерализации костной ткани), колоректального рака (на 17%);

- снижение частоты развития воспалительных заболеваний органов малого таза (на 50-70%) в результате повышения вязкости цервикальной слизи, внематочной беременности, ретенционных образо-

ваний (кист) яичника (до 90%), железодефицитной анемии в связи с меньшей потерей крови при менструальноподобных выделениях, чем при обычной менструации;

- ослабление симптомов предменструального синдрома и дисменореи;

- лечебный эффект при акне, себорее, гирсутизме (для КОК III поколения), при эндометриозе, неосложненной эктопии шейки матки (для трехфазных КОК), при некоторых формах бесплодия, сопровождающихся нарушением овуляции (ребаунд-эффект после отмены

КОК);

- повышение приемлемости ВМК;

- положительное влияние на течение ревматоидного артрита. Защитный эффект КОК проявляется уже через 1 год приема, усиливается с увеличением продолжительности использования и сохраняется в течение 10-15 лет после отмены.

Недостатки метода: необходимость ежедневного приема, возможность ошибок при приеме, отсутствие защиты от инфекций, передаваемых половым путем, снижение эффективности КОК при одновременном приеме других лекарственных препаратов.

Показания. В настоящее время, согласно критериям ВОЗ, гормональная контрацепция рекомендуется женщинам любого возраста, желающим ограничить свою репродуктивную функцию:

- в послеабортном периоде;
- в послеродовом периоде (через 3 нед после родов, если женщина не кормит грудью);
- с эктопической беременностью в анамнезе;
- перенесшим воспалительные заболевания органов малого таза;
- с менометроррагиями;
- с железодефицитной анемией;
- с эндометриозом, фиброзно-кистозной мастопатией (для монофазных

КОК);

- с предменструальным синдромом, дисменореей, овуляторным синдромом;
- с ретенционными образованиями яичников (для монофазных КОК);
- с акне, себореей, гирсутизмом (для КОК с гестагенами III поколения). Противопоказания. Абсолютные противопоказания к назначению КОК:
 - гормонально-зависимые злокачественные опухоли (опухоли половых органов, молочной железы) и опухоли печени;
 - выраженные нарушения функции печени и почек;
 - беременность;
 - тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, сосудистые заболевания головного мозга;
 - кровотечения из половых путей неясной этиологии;
 - тяжелая АГ (АД выше 180/110 мм рт.ст.);

- мигрени с очаговой неврологической симптоматикой;
- острый тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия;
- длительная иммобилизация;
- период, включающий 4 нед до полостных хирургических операций и 2 нед после них (повышение риска тромботических осложнений);
- курение и возраст старше 35 лет;
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
- ожирение III-IV степени;
- лактация (эстрогены проникают в грудное молоко).

Возможность использования оральной контрацепции при других заболеваниях, на течение которых могут повлиять КОК, определяют индивидуально.

Состояния, требующие немедленной отмены ГК:

- внезапная сильная головная боль;
- внезапное нарушение зрения, координации, речи, потеря чувствительности в конечностях;
- острая боль в груди, необъяснимая одышка, кровохарканье;
- острая боль в животе, особенно продолжительная;
- внезапная боль в ногах;
- значительное повышение АД;
- зуд, желтуха;
- кожная сыпь.

Правила приема КОК. КОК начинают принимать с 1-го дня менструального цикла: ежедневно по 1 таблетке в одно и то же время суток в течение 21 дня (как правило, упаковка препарата содержит 21 таблетку). Следует помнить, что многофазные препараты необходимо принимать в строго указанной последовательности. Затем делают 7-дневный перерыв, во время которого возникает менструальноподобная реакция, после чего начинают новый цикл приема. При выполнении искусственного аборта начать прием КОК можно в день операции. Если женщина не кормит грудью, необходимость контрацепции возникает через 3 нед после родов. При необходимости отсрочки менструальноподобного кровотечения перерыва в приеме препаратов можно не делать, продолжая принимать таблетки следующей упаковки (для многофазных контрацептивов для этого используют только таблетки последней фазы).

Для микродозированного КОК джес^{*}, содержащего 28 таблеток в пачке, режим приема следующий: 24 активные таблетки с последующим использованием 4 таблеток плацебо. Таким образом, продлевается действие гормонов еще на 3 дня, а наличие таблеток плацебо облегчает соблюдение режима приема контрацептива.

Существует и другая схема использования монофазных КОК: прием 3 циклов таблеток подряд, затем - 7-дневный перерыв.

Если перерыв между приемом таблеток составил более 36 ч, надежность контрацептивного действия не гарантируется. Если прием таблетки пропущен на 1-й или 2-й нед цикла, то на следующий день необходимо выпить 2 таблетки, а затем принимать таблетки, как обычно, используя дополнительную контрацепцию в течение 7 дней. Если пропуск составил 2 таблетки подряд на 1-й или 2-й нед, то в последующие 2 дня следует принять по 2 таблетки, затем продолжить прием таблеток по обычной схеме, используя до конца цикла дополнительные методы контрацепции. При пропуске таблетки на последней неделе цикла рекомендуется начать прием следующей упаковки без перерыва.

При правильном подборе КОК безопасны. Длительность приема не увеличивает риск осложнений, поэтому использовать КОК можно столько лет, сколько это необходимо, вплоть до наступления постменопаузы. Доказано, что делать перерывы в приеме препаратов не только не нужно, но и рискованно, поскольку в этот период возрастает вероятность нежелательной беременности.

Влагалищное кольцо "НоваРинг"^{*} относится к эстроген-гестагенной контрацепции с парентеральным поступлением гормонов в организм. "Но-ваРинг"^{*} представляет собой гибкое пластиковое кольцо, которое вводят глубоко во влагалище с 1-го по 5-й день менструального цикла на 3 нед, а затем удаляют. После 7-дневного перерыва, во время которого появляются кровяные выделения, вводят новое кольцо. Находясь во влагалище, "НоваРинг"^{*} ежедневно выделяет постоянную небольшую дозу гормонов (15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг гестагена этоноргестрела), которые поступают в системный кровоток, что обеспечивает надежную контрацепцию (индекс Перля - 0,4). "НоваРинг"^{*} не мешает вести активный образ жизни, заниматься спортом, плавать. Случаев выпадения кольца из влагалища не отмечалось. Каких-либо неприятных ощущений у партнеров во время сексуальных контактов влагалищное кольцо не вызывает.

При использовании трансдермальной контрацептивной системы "Евра"^{*} комбинация эстрогена и гестагена поступает в организм с поверхности пластыря через кожу, блокируя овуляцию. Ежедневно всасывается 20 мкг эти-нилэстрадиола и 150 мкг норэлгестрамина. В одной упаковке содержится 3 пластыря, каждый из которых поочередно наклеивается на 7 дней в 1-й, 8-й, 15-й дни менструального цикла. Пластыри прикрепляются на кожу ягодиц, живота, плеч. На 22-й день последний пластырь удаляют, а следующую упаковку начинают использовать после недельного перерыва. Пластырь надежно крепится на коже, не мешает вести активный образ жизни, не отклеивается ни при водных процедурах, ни под воздействием солнца.

Трансвагинальный и трансдермальный пути поступления контрацептивных гормонов в организм имеют ряд преимуществ перед оральным. Во-первых, более плавное поступление гормонов в течение суток обеспечивает хороший контроль цикла. Во-вторых, вследствие отсутствия первичного прохождения гормонов через печень требуется меньшая их суточная доза, что сводит отрицательные побочные эффекты гормональной

контрацепции к минимуму. В-третьих, нет необходимости в ежедневном приеме таблетки, что исключает нарушение правильного пользования контрацептивом.

Показания, противопоказания, отрицательные и положительные эффекты "НоваРинга"[★] и пластырей "Евра"[★] такие же, что и у КОК.

Оральные гестагенные контрацептивы (ОГК) содержат небольшие дозы гестагенов (мини-пили) и были созданы как альтернатива КОК. ОГК применяют у женщин, которым противопоказаны препараты, содержащие эстрогены. Использование чистых гестагенов, с одной стороны, позволяет уменьшить число осложнений гормональной контрацепции, а с другой - снижает приемлемость этого вида контрацепции. Из-за отсутствия эстрогенов, предупреждающих способность эндометрия к отторжению, при приеме ОГК нередко наблюдаются межменструальные выделения.

К ОГК относятся демулен^{*} (этинодиол 0,5 мг), микролют^{*} (левонор-гестрел 0,03 мг), эксклютон^{*} (линестренол 0,5 мг), чарозетта^{*} (дезогестрел 0,075 мг).

Действие ОГК обусловлено повышением вязкости цервикальной слизи, созданием в эндометрии неблагоприятных для имплантации оплодотворенной яйцеклетки условий, снижением сократительной способности маточных труб. Доза стероидов в мини-пили недостаточна для эффективного подавления овуляции. Более чем у половины женщин, принимающих ОГК, имеются нормальные овуляторные циклы, поэтому контрацептивная эффективность ОГК ниже, чем КОК; индекс Перля составляет 0,6-4.

В настоящее время лишь немногие женщины пользуются этим методом контрацепции. В основном это кормящие грудью (ОГК не противопоказаны при лактации), курящие, женщины в позднем репродуктивном периоде, с противопоказаниями к эстрогенному компоненту КОК.

Мини-пили принимают с 1-го дня менструации по 1 таблетке в день в непрерывном режиме. Следует помнить, что эффективность ОГК снижается при пропуске приема, составляющем 3-4 ч. Такое нарушение режима требует использования дополнительных методов контрацепции в течение минимум 2 сут.

К приведенным выше противопоказаниям, обусловленным гестагенами, необходимо добавить еще эктопическую беременность в анамнезе (гестагены замедляют транспорт яйцеклетки по трубам) и овариальные кисты (гестагены нередко способствуют возникновению ретенционных образований яичника).

Преимущества ОГК:

- меньшее по сравнению с КОК системное влияние на организм;
- отсутствие эстрогензависимых побочных эффектов;
- возможность применения во время лактации. Недостатки метода:
- меньшая по сравнению с КОК контрацептивная эффективность;
- высокая вероятность кровяных выделений.

Инъекционные контрацептивы используют для пролонгированной контрацепции. В настоящее время с этой целью применяется Депо-провера*, содержащий медроксипрогестерон. Индекс Перля инъекционной контрацепции не превышает 1,2. Первую внутримышечную инъекцию делают в любой из первых 5 дней менструального цикла, следующие - через каждые 3 мес. Препарат можно вводить сразу после аборта, после родов, если женщина не кормит грудью, и через 6 нед после родов при кормлении грудью.

Механизм действия и противопоказания к применению депо-провера* аналогичны таковым при ОГК. Преимущества метода:

- высокая контрацептивная эффективность;
- отсутствие необходимости ежедневного приема препарата;
- длительность действия;
- небольшое число побочных эффектов;
- отсутствие эстрогензависимых осложнений;
- возможность применять препарат с лечебной целью при гиперпластических процессах эндометрия, доброкачественных заболеваниях молочных желез, миоме матки, аденомиозе.

Недостатки метода:

- отсроченное восстановление фертильности (от 6 мес до 2 лет после прекращения действия препарата);
- частое возникновение кровяных выделений (последующие инъекции приводят к аменорее).

Инъекционная контрацепция рекомендуется женщинам, нуждающимся в долгосрочной обратимой контрацепции, в период лактации, имеющим противопоказания к использованию эстрогенсодержащих препаратов, не желающим ежедневно принимать гормональные контрацептивы.

Имплантаты обеспечивают контрацептивный эффект в результате постоянного длительного выделения небольшого количества гестагенов. В России в качестве имплантата зарегистрирован норплант*, содержащий левоноргестрел и представляющий собой 6 силиконовых капсул для подкожного введения. Уровень левоноргестрела, необходимый для контрацепции, достигается уже через 24 ч после введения и сохраняется в течение 5 лет. Капсулы вводят под кожу внутренней стороны предплечья веерообразно через небольшой разрез под местной анестезией. Индекс Перля для норпланта составляет 0,2-1,6. Контрацептивный эффект обеспечивается в результате подавления овуляции, повышения вязкости цервикальной слизи и развития атрофических изменений в эндометрии.

Норплант рекомендуется женщинам, нуждающимся в длительной (не менее 1 года) обратимой контрацепции, с непереносимостью эстрогенов, не желающим ежедневно принимать гормональные контрацептивы. По истечении срока действия или по желанию

пациентки контрацептив удаляют хирургическим путем. Фертильность восстанавливается в течение нескольких недель после извлечения капсул.

Кроме норпланта, существует однокапсульный имплантационный контрацептив импланон^{Р*}, содержащий этоногестрел - высокоселективный гестаген последнего поколения, биологически активный метаболит дезо-гестрела. Введение и удаление импланона производится в четыре раза быстрее, чем многокапсульного препарата; осложнения наблюдаются реже (менее 1%). Импланон обеспечивает длительную контрацепцию в течение 3 лет, высокую эффективность, более низкую частоту побочных реакций, быстрое восстановление фертильности и лечебные эффекты, присущие гестагенным контрацептивам.

Достоинства метода: высокая эффективность, длительность контрацепции, безопасность (небольшое число побочных эффектов), обратимость, отсутствие эстрогензависимых осложнений, отсутствие необходимости в ежедневном приеме препарата.

Недостатки метода: частое возникновение кровяных выделений, необходимость хирургического вмешательства для введения и удаления капсул.

* Данный препарат в настоящее время проходит регистрацию в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ в Департаменте государственного регулирования обращения лекарственных средств.

V Барьерные методы контрацепции

В настоящее время в связи с ростом числа заболеваний, передаваемых половым путем, число использующих барьерные методы увеличилось. Барьерные методы контрацепции подразделяются на химические и механические.

Химические методы контрацепции (спермициды) - это химические вещества, губительные для сперматозоидов. Основными спермицидами, входящими в состав готовых форм, являются ноноксинол-9 и бензалкония хлорид. Они разрушают клеточную мембрану сперматозоидов. Эффективность контрацептивного действия спермицидов невелика: индекс Перля составляет 6-20.

Спермициды выпускаются в виде влагалищных таблеток, свечей, паст, гелей, кремов, пленок, пены со специальными насадками для интравагинального введения. Особого внимания заслуживают бензалкония хлорид (фарматекс^{*}) и ноноксинол (патентекс овал^{*}). Свечи, таблетки, пленки со спермицидами вводят в верхнюю часть влагалища за 10-20 мин до полового акта (время, необходимое для растворения). Крем, пена, гель сразу после введения проявляют контрацептивные свойства. При повторных половых актах требуется дополнительное введение спермицидов.

Существуют специальные губки из полиуретана, пропитанные спермицидами. Губки вводят во влагалище перед половым актом (можно за сутки до полового акта). Они обладают свойствами химических и механических контрацептивов, поскольку создают механический барьер для прохождения сперматозоидов и выделяют спермициды. Рекомендуется оставлять губку не менее чем на 6 ч после полового акта для надежности контрацептивного эффекта, но не позже чем через 30 ч она должна быть извлечена. Если

используется губка, то при повторных половых актах дополнительного введения спермицида не требуется.

Кроме контрацептивного эффекта, спермициды обеспечивают некоторую защиту в отношении инфекций, передаваемых половым путем, поскольку химические вещества обладают бактерицидным, вирусоцидным свойством. Однако при этом риск инфицирования все же сохраняется, а для ВИЧ-инфекции даже увеличивается в связи с повышением проницаемости стенки влагалища под воздействием спермицидов.

Преимущества химических методов: кратковременность действия, отсутствие системного действия на организм, малое число побочных эффектов, защита в отношении инфекций, передаваемых половым путем.

Недостатки методов: возможность развития аллергических реакций, низкая контрацептивная эффективность, связь применения с половым актом.

К механическим методам контрацепции относятся презервативы, шеечные колпачки, влагалищные диафрагмы, создающие механическое препятствие для проникновения сперматозоидов в матку.

Наибольшее распространение получили презервативы.

Существуют мужские и женские презервативы. Мужской презерватив представляет собой цилиндрической формы из латекса или винила; некоторые презервативы обработаны спермицидом и надевают на

эрегированный половой член до полового акта. Извлекать половой член из влагалища следует до прекращения эрекции во избежание соскальзывания презерватива и попадания спермы в половые пути женщины. Женские презервативы цилиндрической формы выполнены из полиуретановой пленки и имеют два кольца. Одно из них вводят во влагалище и надевают на шейку, другое выводят за пределы влагалища. Презервативы являются средствами одноразового применения.

Индекс Перля для механических методов колеблется от 4 до 20. Эффективность презерватива снижается при его неправильном применении (использование жировых смазок, разрушающих поверхность презерватива, повторное использование презерватива, интенсивный и продолжительный половой акт, приводящий к микротрещинам презерватива, неправильное хранение и т.д.). Презервативы являются хорошей защитой от инфекций, передаваемых половым путем, но заражение вирусными заболеваниями, сифилисом все же не исключено при соприкосновении поврежденных кожных покровов больного и здорового партнера. К побочным эффектам относится аллергия к латексу.

Этот вид контрацепции показан пациенткам, имеющим случайные половые связи, с высоким риском инфицирования, редко и нерегулярно живущим половой жизнью.

Для надежной защиты от беременности и от инфекций, передаваемых половым путем, используют "двойной голландский метод" - сочетание гормональной (хирургической или внутриматочной) контрацепции и презерватива.

Влагалищная диафрагма - куполообразное приспособление, выполненное из латекса, с упругим ободком по краю. Диафрагму вводят во влагалище до полового акта так, чтобы купол прикрывал шейку матки, а ободок тесно прилегал к стенкам влагалища. Диафрагму обычно используют со спермицидами. При повторных половых актах через 3 ч требуется

повторное введение спермицидов. После полового акта нужно оставить диафрагму во влагалище не менее чем на 6 ч, но не более чем на 24 ч. Извлеченную диафрагму моют водой с мылом и высушивают. Пользование диафрагмой требует специального обучения. Не рекомендуется применять диафрагму при опущениях стенок влагалища, старых разрывах промежности, больших размерах влагалища, заболеваниях шейки матки, воспалительных процессах половых органов.

Шеечные колпачки представляют собой металлические или латексные чашечки для надевания на шейку матки. Колпачки используют также вместе со спермицидами, вводят до полового акта, удаляют через 6-8 ч, (максимально - через 24 ч). Колпачок после использования моют и хранят в сухом месте. Противопоказаниями к предохранению от беременности этим способом служат заболевания и деформация шейки матки, воспалительные заболевания половых органов, опущение стенок влагалища, послеродовый период.

Ни диафрагмы, ни колпачки, к сожалению, не защищают от инфекций, передаваемых половым путем.

К преимуществам механических средств контрацепции относятся отсутствие системного влияния на организм, защита от инфекций, передаваемых половым путем (для презервативов), к недостаткам - связь использования метода с половым актом, недостаточная контрацептивная эффективность.

VI Естественные методы контрацепции

Использование этих методов контрацепции основано на возможности наступления беременности в дни, близкие к овуляции. Для предохранения от беременности воздерживаются от половой жизни или применяют другие методы контрацепции в дни менструального цикла с наибольшей вероятностью зачатия. Естественные методы предохранения от беременности малоэффективны: индекс Перля составляет от 6 до 40. Это значительно ограничивает их применение.

Для вычисления фертильного периода используют:

- календарный (ритмический) метод Огино-Кнауца;
- измерение ректальной температуры;
- исследование цервикальной слизи;
- симптотермальный метод.

Применение календарного метода основано на определении средних сроков овуляции (в среднем на 14-й день ± 2 дня при 28-дневном цикле), продолжительности жизни сперматозоидов (в среднем 4 дня) и яйцеклетки (в среднем 24 ч). При 28-дневном цикле фертильный период продолжается с 8-го по 17-й день. Если продолжительность менструального цикла непостоянна (определяется продолжительность как минимум 6 последних циклов), то фертильный период определяют, вычитая из самого короткого цикла 18 дней, из самого длинного - 11. Метод приемлем только у женщин с регулярным менструальным циклом. При значительных колебаниях продолжительности фертильным становится практически весь цикл.

Температурный метод основан на определении овуляции по ректальной температуре. Яйцеклетка выживает в течение максимум трех дней после овуляции. Фертильным считается период от начала менструации до истечения трех дней с момента повышения ректальной температуры. Большая продолжительность фертильного периода делает метод неприемлемым для пар, ведущих активную половую жизнь.

Цервикальная слизь в течение менструального цикла меняет свои свойства: в преовуляторной фазе ее количество увеличивается, она становится более растяжимой. Женщину обучают оценивать шеечную слизь в течение нескольких циклов для определения времени овуляции. Зачатие вероятно в течение двух дней до отхождения слизи и 4 дней после. Использовать этот метод нельзя при воспалительных процессах во влагалище.

Симптотермальный метод основан на контроле ректальной температуры, свойств цервикальной слизи и овуляторных болей. Сочетание всех способов позволяет более точно вычислить фертильный период. Симптотермальный метод требует от пациентки скрупулезности и настойчивости.

Прерванное половое сношение - один из вариантов естественного метода контрацепции. Его достоинствами можно считать простоту и отсутствие материальных затрат. Однако контрацептивная эффективность метода низка (индекс Перля - 8-25). Неудачи объясняются возможностью попадания предэякуляционной жидкости, содержащей сперматозоиды, во влагалище. Для многих пар такой вид контрацепции неприемлем, поскольку самоконтроль снижает чувство удовлетворения.

Естественные методы предохранения от беременности используют пары, не желающие применять другие средства контрацепции, опасаясь побочных эффектов, а также по религиозным соображениям.

VII Хирургические методы контрацепции

Хирургические методы контрацепции (стерилизация) применяются как у мужчин, так и у женщин (рис. 20.1). Стерилизация у женщин обеспечивает непроходимость маточных труб, вследствие чего оплодотворение невозможно. При стерилизации у мужчин перевязывают и пересекают семявыносящие протоки (вазэктомия), после чего сперматозоиды не могут поступать в эякулят. Стерилизация является самым эффективным методом предохранения от беременности (индекс Перля составляет 0-0,2). Наступление беременности, хотя и крайне редкое, объясняется техническими дефектами операции стерилизации или реканализацией маточных труб. Следует подчеркнуть, что стерилизация относится к необратимым методам. Существующие варианты восстановления проходимости маточных труб (микрохирургические операции) сложны и малоэффективны, а ЭКО является дорогостоящей манипуляцией.

Перед операцией проводят консультирование, во время которого объясняют суть метода, сообщают о его необратимости, выясняют детали анамнеза, препятствующие выполнению стерилизации, а также проводят всестороннее обследование. От всех пациенток в обязательном порядке получают письменное информированное согласие на проведение операции.

В нашей стране добровольная хирургическая стерилизация разрешена с 1993 г. Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 37), медицинская

стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2 детей, а при наличии медицинских показаний и при согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

К медицинским показаниям относятся заболевания или состояния, при которых беременность и роды сопряжены с риском для здоровья. Перечень медицинских показаний для стерилизации определяется приказом ? 121н от 18.03.2009 Минздравсоцразвития России.

Противопоказаниями к стерилизации являются заболевания, при которых выполнение операции невозможно. Как правило, это временные ситуации, они становятся причиной лишь переноса сроков хирургического вмешательства.

Оптимальными сроками проведения операции являются первые несколько дней после менструации, когда вероятность беременности минимальна, первые 48 ч после родов. Возможна стерилизация во время кесарева сечения, но только при письменном информированном согласии.

Операция проводится под общей, региональной или местной анестезией. Используют лапаротомию, мини-лапаротомию, лапароскопию. К лапарото-мии прибегают, когда стерилизацию выполняют во время другой операции. Наиболее часто используют два других доступа. При мини-лапаротомии длина кожного разреза не превышает 3-4 см, ее выполняют в послеродовом периоде, когда дно матки находится высоко, или при отсутствии соответствующих специалистов и лапароскопической техники. У каждого доступа есть свои преимущества и недостатки. Время, необходимое для выполнения операции, независимо от доступа (лапароскопия или мини-лапаротомия) составляет 10-20 мин.

Техника создания окклюзии маточных труб различна - перевязка, перерезка с наложением лигатур (метод Помероя), удаление сегмента трубы (метод Паркланда), коагуляция трубы (см. рис. 20.1), наложение титановых зажимов (метод Филши) или силиконовых колец, сжимающих просвет трубы.

Проведение операции сопряжено с риском анестезиологических осложнений, кровотечений, образования гематомы, раневых инфекций, воспалительных осложнений со стороны органов малого таза (при лапаротомии), ранений органов брюшной полости и магистральных сосудов, газовой эмболии или подкожной эмфиземы (при лапароскопии).

Кроме абдоминального метода стерилизации, существует трансцерви-кальный, когда во время гистероскопии в устья маточных труб вводят ок-клюзирующие вещества. В настоящее время метод считается экспериментальным.

Вазэктомия у мужчин является более простой и менее опасной процедурой, но в России к ней прибегают немногие из-за ложной боязни неблагоприятного влияния на сексуальную функцию. Неспособность к зачатию наступает у мужчин через 12 нед после хирургической стерилизации.

Преимущества стерилизации: одноразовое вмешательство, обеспечивающее долговременную защиту от беременности, отсутствие побочных эффектов.

Недостатки метода: необходимость проведения хирургической операции, возможность развития осложнений, необратимость вмешательства.

VIII Посткоитальная контрацепция

Посткоитальной, или экстренной, контрацепцией называется метод предупреждения беременности после незащищенного полового акта. Цель этого метода - предотвращение беременности на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации. Механизм действия посткоитальной контрацепции многообразен и проявляется в десинхронизации менструального цикла, нарушении процессов овуляции, оплодотворения, транспорта и имплантации плодного яйца.

Экстренную контрацепцию нельзя использовать регулярно, она должна применяться только в исключительных случаях (изнасилование, разрыв презерватива, смещение диафрагмы, если использование других методов предохранения от беременности невозможно) или у женщин, имеющих редкие половые контакты.

Наиболее распространенными методами посткоитальной контрацепции следует считать введение ВМК или прием половых стероидов после полового акта.

С целью экстренного предохранения от беременности ВМК вводят не позднее 5 дней после незащищенного полового акта. При этом следует учитывать возможные противопоказания для использования ВМК и рекомендовать пациенткам, желающим в дальнейшем применять постоянную внутриматочную контрацепцию, в отсутствие риска инфицирования половых путей (противопоказан после изнасилования).

Для гормональной посткоитальной контрацепции назначают КОК (метод Юзпе), чистые гестагены или антипрогестины. Первый прием КОК по методу Юзпе необходим не позже чем через 72 ч после незащищенного полового акта, 2-й - через 12 ч после 1-го приема. Суммарная доза этинилэ-страдиола не должна быть ниже 100 мкг на каждый прием. Специально для посткоитальной гестагенной контрацепции созданы препараты постинор[®], содержащий 0,75 мг левоноргестрела, и эскапел[®], содержащий 1,5 мг лево-норгестрела. Постинор[®] следует принимать по 1 таблетке 2 раза по схеме, аналогичной методу Юзпе. При использовании эскапел[®] 1 таблетку необходимо использовать не позднее чем через 96 ч после незащищенного полового акта. Антипрогестин мифепристон в дозе 10 мг связывает рецепторы прогестерона и предотвращает или прерывает процесс подготовки эндометрия к имплантации, обусловленный действием прогестерона. Рекомендуется однократный прием 1 таблетки в течение 72 ч после полового акта.

Перед назначением гормонов необходимо исключить противопоказания.

Эффективность различных способов этого вида контрацепции составляет по индексу Перля от 2 до 3 (средняя степень надежности). Высокие дозы гормонов могут быть причиной побочных эффектов - маточных кровотечений, тошноты, рвоты и др. Неудачей следует считать наступившую беременность, которую, по мнению экспертов ВОЗ, необходимо прервать из-за опасности тератогенного действия высоких доз половых стероидов. После применения экстренной контрацепции целесообразно провести тест на беременность, при отрицательном результате выбрать один из методов плановой контрацепции.

IX Подростковая контрацепция

По определению ВОЗ, к подросткам относятся молодые люди от 10 до 19 лет. Раннее начало половой жизни ставит подростковую контрацепцию на одно из первых мест, поскольку первый аборт или роды в юном возрасте могут серьезно повлиять на здоровье, в том числе репродуктивное. Сексуальная активность подростков повышает риск заболеваний, передаваемых половым путем.

Контрацепция у молодежи должна быть высокоэффективной, безопасной, обратимой и доступной. Для подростков считаются приемлемыми несколько видов контрацепции.

Комбинированная оральная контрацепция - микродозированные, низ-кодозированные КОК с гестагенами последнего поколения, трехфазные КОК. Однако эстрогены, входящие в состав КОК, могут вызвать преждевременное закрытие центров роста эпифизов костей. В настоящее время считается допустимым назначение КОК с минимальным содержанием эти-нилэстрадиола после того, как у девушки-подростка прошли первые 2-3 менструации.

Посткоитальная контрацепция КОК или гестагенами используется при незапланированных половых актах.

Презервативы в сочетании со спермицидами обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем.

Использование чистых гестагенов ввиду частого появления кровяных выделений малопримемлемо, а применение ВМК относительно противопоказано. Естественные методы предохранения от беременности, спермициды подросткам не рекомендуются ввиду низкой эффективности, а стерилизация неприемлема как необратимый метод.

X Послеродовая контрацепция

Большинство женщин в послеродовом периоде сексуально активны, поэтому контрацепция после родов остается актуальной. В настоящее время рекомендуют несколько видов послеродовой контрацепции.

Метод лактационной аменореи (МЛА) - естественный метод предохранения от беременности, основан на отсутствии способности к зачатию при

регулярном кормлении грудью. Выделяющийся при лактации пролактин блокирует овуляцию. Контрацептивный эффект обеспечивается в течение 6 мес после родов, если ребенка кормят грудью не менее 6 раз в сутки, а промежутки между кормлениями составляют не более 6 ч (правило "трех шестерок"). В этот период менструации отсутствуют. Использование других естественных методов контрацепции исключено, поскольку нельзя предсказать время возобновления менструаций после родов, а первые менструации зачастую бывают нерегулярными.

Послеродовую стерилизацию в настоящее время выполняют еще до выписки из родильного дома. Гестагенную оральную контрацепцию разрешено использовать во время лактации. Пролонгированную гестагенную контрацепцию (депо-провера*, норплант*) можно начинать с 6-й нед после родов при кормлении грудью.

Презервативы применяют в сочетании со спермицидами.

При отсутствии лактации возможно применение любого метода предохранения от беременности (КОК - с 21-го дня, ВМК - с 5-й нед послеродового периода).

Перспективно создание противозачаточных вакцин на основе достижений генной инженерии. В качестве антигенов используют ХГ, антигены сперматозоидов, яйцеклетки, плодного яйца.

Ведется поиск контрацептивов, вызывающих временную стерилизацию у мужчин. Выделенный из хлопка госсипол при приеме внутрь вызывал прекращение сперматогенеза у мужчин на несколько месяцев. Однако множество побочных эффектов не позволило внедрить этот метод в практику. Исследования по созданию гормональной контрацепции для мужчин продолжаются. Доказано, что выработку мужских половых клеток можно прекратить введением андрогена и прогестагена в виде инъекции или им-плантата. После прекращения действия препарата фертильность восстанавливается через 3-4 мес.

XI Список литературы

1. Барьерные контрацептивы и спермициды. ВОЗ, Женева 1990.
2. Гормональная контрацепция/ Под ред. проф. Прилепской В.Н. - М.: МедПресс, 1998.
3. Гуркин Ю.А, Балансян В.Г. Контрацепция для подростков. Методические материалы. СПб 1994.
4. Гуркин Ю.А Гинекология подростков. СПб., 1998.
5. Двинских Е. А. Современная контрацепция. Советы профессионала., Питер, 2000.
6. Ершов В. Н. Современные методы контрацепции : Справ. пособие для врачей. М-во здравоохранения Рос. Федерации, 2002.
7. Куприянова И.К. Контрацепция: Практический взгляд на романтические отношения, 2003.
8. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства. Москва 1995.
9. Попов Ю.В.- Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени. Санкт-Петербург, 1998.
10. Прилепская В.Н., Яглов В.В. Барьерные методы контрацепции./Акуш. и гinek., 1999.
11. Стерилизация женщин. ВОЗ, Женева 1994.
12. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Современные методы контрацепции. Москва 1996.
13. Серов В.Н., Пауков С.В. Оральная гормональная контрацепция. - М.: Триада-Х, 1998.
14. Савельева Е.Н. - Современная контрацепция: выбор за вами. Санкт-Петербург 2002.

