


**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБОУ СПО РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

Допущен(а) к защите
Зам. директора по УР

 Иванова М.Н.

ОСИПОВА ТУЙААРА РАДОМИРОВНА

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ В
ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.02 - Акушерское дело

Студент отделения «Акушерское дело»
Гр. АД32

Осипова Т.Р.

Руководитель – преподаватель педиатрии

Герасимова К.Г.

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ	
1.1. Репродуктивное здоровье женщины.....	5
1.2. Характеристика методов контрацепции.....	10
ГЛАВА II. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ №2.	
2.1. Особенности работы женской консультации Перинатального центра №2	29
2.2. Анкетирование женщин по применению методов контрацепции.....	31
Заключение.....	35
Список источников и литературы.....	38

Введение

Актуальность: Заключается в том, что использование современных методов контрацепции, несмотря на их недостатки, способствует сохранению здоровья женщины и снижению материнской заболеваемости, смертности и заранее планировать семью, чтобы родился здоровый ребенок и снизить угрозы прерывания беременности.

Сколько и когда нужно иметь детей. Такой вопрос встречается гораздо чаще в семье. Иногда, конечно, с медицинскими проблемами, для этого нужно заранее запланировать беременность пройти медицинские обследования и применять правильно методы контрацепции. Сейчас существуют разные методы контрацепции. И как они влияют на организм женщины. Они стабилизируют гормональный фон женского организма, они обладают не только контрацептивным, но и лечебным, то есть не контрацептивным эффектом. Образ жизни современной женщины часто не только не предполагает постоянной беременности, но и требует от нее выдерживать большую социальную нагрузку. С тех пор как появилось контрацепция, количество месячных циклов женщины за жизнь значительно увеличилось.

Ежемесячная гормональная перестройка связана не только с ежемесячным риском возникновения симптомов предменструального синдрома или дистрофического расстройства, но и истощает силы организма силы в целом. Эти энергетические ресурсы женщина имеет право потратить по своему усмотрению на любой другой вид конструктивной деятельности – и гормональные контрацептивы помогают в этом.

Цель: Изучение применение методов контрацепции в планировании семьи.

Задачи: 1. Изучить анализ теоретические вопросы репродуктивного здоровья женщин.

2. Провести анализ работы женской консультации Перинатального центра №2 г. Якутска.

3. Провести анкетирование женщин и составить рекомендации по методам контрацепции.

ГЛАВА I. ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

1.1. Репродуктивное здоровье женщины

Планирование семьи — понятие, которое активно входит в нашу жизнь. Что это такое и почему планирование семьи так важно для каждого из нас, для каждой семьи? Многие годы планирование семьи ошибочно понималось как ограничение рождаемости. Но планирование семьи — это комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и сохранения здоровья женщин и детей.

Планирование семьи необходимо для: рождения желанных здоровых детей; регулирования интервалов между беременностями; установления количества детей; контролирования выбора времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей; сохранения здоровья женщины; достижения гармонии в психосексуальных отношениях в семье; осуществления жизненных планов.

Для того чтобы родительство было ответственным, чтобы на свет появлялись желанные и здоровые дети, каждый современный человек должен знать, как сохранить свое репродуктивное здоровье:

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни.

Репродуктивная система — это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства (деторождения).

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека. Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым выбором — родить

ребенка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос при наступлении нежелательной беременности у девушки – подростка. Аборт, особенно при первой беременности, может нанести серьезную психологическую травму и даже привести к нарушениям в репродуктивной сфере. В то же время решение родить означает для нее отрыв от сверстников, уход из школы (как правило), ставит под угрозу дальнейшую учебу и приобретение профессии. Каждая такая ситуация должна рассматриваться индивидуально, бережно и с большим пониманием проблемы.

Некоторые родители, учителя, общественные и религиозные лидеры выражают опасение, что приобщение молодежи к планированию семьи, половому образованию и контрацепции поощрит безответственное поведение и увеличит сексуальную активность молодых людей вне брака. Опыт многих стран свидетельствует о обратном. Там, где были разработаны программы в области полового просвещения, сексуальная активность молодежи не увеличилась. Наоборот, программы формируют у подростков ответственное отношение к сексуальности, в связи с этим происходит повышение возраста начала половой жизни, что помогает юношам и девушкам полностью реализовать жизненный потенциал, сохранить физическое и нравственное здоровье, уберечься от ошибок, иметь здоровье потомство.

Однако и для взрослых людей проблема нежелательной беременности не менее важна. Именно поэтому в деятельности служб планирования семьи большое место отводится профилактике нежелательной беременности и аборта, а также проблемам медико-социального консультирования, чтобы женщина не принимала решения об аборте под влиянием временных эмоциональных переживаний или жизненных неудач.

Аборты – одна из основных проблем современного здравоохранения. Общеизвестно, что здоровье детей зависит от здоровья родителей, течения и исхода беременности и родов.

В России 78,1 млн. женщин, и среди них большая часть (38,6 млн.) - детородного возраста. Только 25% из них используют современные методы контрацепции. Семь из десяти беременностей в России заканчивается абортом.

Медики сходятся в едином мнении: современная контрацепция - это единственная альтернатива абортам. Для решения проблемы абортов 70-75% женщин должны пользоваться современными контрацептивами.

История контрацепции

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

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

корка, помещенная перед маткой. Хотя сегодня это вызывает улыбку, тем не менее, рекомендация не лишена здравого смысла, учитывая подкисляющее действие лимона на содержимое влагалища.

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

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

петли, но и спирали разной формы, получили широкое распространение лишь к концу 50-х - началу 60-х годов. Большое значение имело создание более эффективных внутриматочных средств, содержащих медь.

Создание гормональной контрацепции явилось новой вехой в предупреждении беременности. Идея гормональной контрацепции возникла в начале XX века, когда австрийский врач Хаберланд обнаружил, что введение экстракта яичников 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 с сотрудниками создал первую контрацептивную таблетку «Эновид».

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

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

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

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

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

1.2. Характеристика методов контрацепции Современные методы контрацепции

Средства, применяемые с целью предупреждения беременности, называются контрацептивными. Контрацепция является составной частью системы планирования семьи и направлена на регуляцию рождаемости, а также на состояние здоровья женщины.

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

Современные методы контрацепции подразделяются на:

- внутриматочные;
- гормональные;
- традиционные;
- хирургические (стерилизация).

Гормональная контрацепция

Одним из наиболее эффективных и распространенных методов регуляции рождаемости стала гормональная контрацепция. Таблетки (драже) - одно из самых эффективных на сегодняшний день противозачаточных средств (при правильном применении эффективность приближается к 100%).

Классификация ГК:

комбинированные эстроген-гестагенные оральные контрацептивы;

гестагенные контрацептивы:

- 1) оральные контрацептивы, содержащие микродозы гестагенов (мини-пили);
- 2) инъекционные;
- 3) импланты;

влагалищные кольца с эстрогенами и гестагенами.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) — это таблетки, содержащие эстрогенный и гестагенный компоненты. В качестве эстрогенного компонента КОК применяют синтетический эстроген - этинилэстрадиол, в качестве прогестагенного - различные синтетические прогестагены.

Механизм действия 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:

1. высокодозированные (более 35 мкг, настоящее время с контрацептивной целью не применяются);

2. низко дозированные (30-35 мкг)

минизистон (с левоноргестрелом), микрогинон (с левоноргестрелом), ригевидон (с левоноргестрелом), диане-35 (с ципротерона ацетатом), силест (с норгестиматом), марвелон (с дезогестрелом), регулон (с дезогестрелом), фемоден (с гестоденом), жанин (с диеногестом), белара (с хлормадинона ацетатом), ярина (с дроспиреноном).

3. микродозированные (20 мкг)

мерсилон (с дезогестрелом), новинет (с дезогестрелом), логест (с гестоденом). Трехфазные КОК могут содержать либо левоноргестрел (триквилар, тризистон, трирегол), либо дезогестрел (три-мерси).

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 2 или 3 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 от использования гормональных контрацептивов 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, нагрубание молочных желез, кровяные выделения могут быть обусловлены действием обоих компонентов КОК. В настоящее время эти признаки рассматриваются, как симптомы адаптации к КОК, обычно 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 тромбозов. Возможность тромботических осложнений зависит от дозы этинилэстрадиола, входящего в КОК, и факторов риска, к которым относят возраст старше 35 лет, курение, артериальную гипертензию, гиперлипидемию, ожирение и др. Общеизвестно, что использование низко- или микродозированных КОК не оказывает существенного влияния на систему гемостаза у здоровых женщин.

При приеме КОК повышается артериальное давление, что обусловлено влиянием эстрогенного компонента на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Однако это явление отмечено лишь у женщин с неблагоприятным анамнезом (наследственная предрасположенность, ожирение, артериальная гипертензия в настоящем, ОПГ-гестозы в прошлом). Клинически значимого изменения артериального давления у здоровых женщин, принимающих КОК, не выявлено.

При использовании КОК возможен ряд метаболических нарушений:

1. Снижение толерантности к глюкозе и повышение ее уровня в крови (эстрогенное влияние), что провоцирует проявление латентных форм сахарного диабета;

2. неблагоприятное влияние гестагенов на липидный обмен (повышение общего холестерина и его атерогенных фракций), что повышает риск развития атеросклероза и сосудистых осложнений.

Однако современные селективные гестагены, входящие в состав КОК 3-го 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.

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 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. Используемые в настоящее время высокоселективные гестагены, наоборот, проявляют антиандрогенное действие и дают не только контрацептивный, но и лечебный эффект.

Резкое ухудшение зрения при использовании КОК является следствием острого тромбоза сетчатки и требует немедленной отмены препарата. Следует учитывать, что КОК вызывают отек роговицы с дискомфортом при использовании контактных линз.

К редким, но вызывающим опасения осложнением относится аменорея, возникающая после прекращения приема КОК. Есть мнение, что КОК не вызывает аменорею, а лишь скрывает гормональные нарушения регулярными менструально подобными кровяными выделениями. 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 проходить регулярные 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 первой половине цикла, гестагенов — во второй половине), нарушение всасывания препарата (рвота, диарея), пропуски приема таблеток, конкурентное действие принимаемых вместе с КОК других лекарственных препаратов (некоторых антибиотиков, противосудорожных препаратов, бета-блокаторов и др.). В большинстве случаев, однако, 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.

Не контрацептивные преимущества КОК:

- снижение риска развития рака яичников (на 45—50%), рака эндометрия (на 50 – 60%), доброкачественных заболеваний молочных желез (на 50—75%), миомы матки, постменопаузального остеопороза (повышение минерализации костной ткани);
- понижение частоты развития воспалительных заболеваний органов малого таза (на 50—70%) в результате повышения вязкости цервикальной слизи, внематочной беременности, ретенционных образований (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 3-го поколения), при эндометриозе, при 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 язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 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, передающихся 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 недели 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 3-го 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 артериальная гипертензия (артериальное давление выше 180/110 мм рт. ст.);
- мигрени с очаговой неврологической симптоматикой;
- острый тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия;
- длительная иммобилизация;
- период 4 недели до и 2 недели после полостных хирургических операций (повышение риска тромботических осложнений);
- курение в сочетании с возрастом старше 35 лет;
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
- ожирение 3-4 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 гормональных контрацептивов:

- 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 артериального давления;
- зуд, желтуха; кожная сыпь.

Правила приема комбинированных оральных контрацепций (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.

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 недели после родов.

Существует и другая схема использования монофазных КОК: женщина принимает 3 цикла таблеток подряд, делая 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 неделе цикла, то на следующий день необходимо выпить 2 таблетки, а следующие таблетки принимать как обычно, используя дополнительную контрацепцию в течение 7 дней. Если пропуск составил 2 таблетки подряд на 1-й или 2-й неделе, 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.

Оральные гестагенные контрацептивы.

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 континуин (этинодиола диацетат), микролют (левоноргестрел), экслютон (линестренол), чарозетта (дезогестрел).

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 эффективности 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, имеющие противопоказания к эстрогенному компоненту КОК.

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

- 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 медроксипрогестерона ацетат. 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 недель после родов при кормлении грудью.

Механизм действия и противопоказания к применению депо-провера аналогичны таковым при ОК.

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.

Импланты обеспечивают контрацептивный эффект в результате постоянного длительного выделения небольшого количества гестагенов. В России в качестве импланта 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.

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

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

В настоящее время выпускается гибкое контрацептивное влагалищное кольцо «НоваРинг», которое вводят 1 раз в месяц. Ежедневно выделяя постоянную небольшую дозу гормонов, оно обеспечивает надежную контрацепцию. «НоваРинг» имеет ряд преимуществ перед комбинированной оральной контрацепцией. Во-первых, более плавное поступление гормонов в организм и меньшая их суточная доза сводят отрицательные побочные эффекты гормональной контрацепции к минимуму. Во-вторых, отсутствует нагрузка на желудочно-кишечный тракт. В-третьих, нет необходимости в ежедневном приеме таблетки, что исключает нарушение правильного пользования контрацептивом.

Контрацептивная эффективность «НоваРинг» сопоставима с таковой КОК. Кольцо вводят глубоко во влагалище с 1-го по 5-й день менструального цикла на 3 нед., а затем удаляют. После семидневного перерыва, во время которого появляются кровяные выделения, вводят новое кольцо.

«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.

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, в случаях, когда 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. Этот метод можно рекомендовать пациенткам, желающим в дальнейшем применять постоянную внутриматочную контрацепцию, при отсутствии риска инфицирования половых путей (противопоказан после изнасилования).

Для гормональной посткоитальной контрацепции назначают КОК (метод Юзпе) или чистые гестагены. Первый прием гормонов необходим не позже чем через 72 ч после незащищенного полового акта, второй — через 12 ч после первого приема. При использовании КОК доза этинилэстрадиола в сумме не должна быть ниже 100 мкг на каждый прием. Специально для

посткоитальной гестагенной контрацепции создан препарат постинор, содержащий лево-норгестрел. 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.

Внутриматочная контрацепция

Внутриматочная контрацепция – это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки.

Типы внутриматочных контрацептивов (ВМК). 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 либо металла (медь, серебро), либо гормона (левоноргестрел). Эти добавки повышают контрацептивную эффективность и уменьшают число побочных реакций.

В России наиболее часто применяются:

- медьсодержащий Multiload – Cu 375 (цифрой обозначается площадь поверхности металла), рассчитанный на 5 лет

использования. Имеет Ф-образную форму с шиповидными выступами для удержания в полости матки;

- Cooreg T 380 A: Т-образный с высоким содержанием меди и сроком 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.

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.

Гормонсодержащие ВМК, кроме того, оказывают локальное действие на эндометрий в результате постоянного выделения гестагенов, угнетая процессы пролиферации и вызывая атрофию слизистой оболочки матки.

Контрацептивная эффективность ВМК достигает 92—98% (индекс Перля колеблется от 0,3—0,5 при использовании гормонсодержащих 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 это делать на 4-8-й день от начала менструации. ВМК можно вводить сразу же после искусственного прерывания беременности или через 2—3 месяцев после родов, а после кесарева сечения — не ранее чем через 5—6 мес. Перед введением ВМК следует опросить пациентку для выявления возможных противопоказаний, произвести гинекологический осмотр и бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на флору и степень чистоты. ВМК можно вводить только при мазках 1 — 2 степени чистоты. При введении 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 внутриматочную контрацепцию, предусматривает посещение гинеколога 2 раза в год с проведением микроскопии мазков из влагалища, цервикального канала и уретры.

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

Наиболее частыми осложнениями внутриматочной контрацепции являются боли, кровотечения по типу менометроррагий, воспалительные заболевания внутренних половых органов. Постоянные интенсивные боли чаще всего свидетельствуют о несоответствии размеров контрацептива и матки.

ГЛАВА II. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ №2.

2.1 Особенности работы женской консультации Перинатального центра №2 по планированию семьи.

Перинатальный центр республиканской больницы №2 Якутска – специализированный центр по оказанию квалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. В структуре центра функционируют 16 подразделений с поликлинической службой (женской консультацией, медико-генетической консультацией, отделением вспомогательных репродуктивных технологий) и стационаром с гинекологическим, акушерскими и неонатальными отделениям.

В женская консультация Перинатального центра республиканской больницы №2 проводит лечебно-профилактическую мероприятия, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждений гинекологических заболеваний, диагностику и лечения беременных и гинекологически больных.

Структура женской консультации:

- а) регистратура;
- б) кабинет врача-акушера-гинеколога;
- г) кабинеты специалистов:
 - врача-терапевта;
- д) другие подразделения:
 - малая операционная;
 - дневной стационар;
 - процедурный кабинет;
 - стерилизационная.

Виды акушерско-гинекологической помощи женской консультации.

- диагностика и лечение гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц и женщин с гинекологической патологией на стационарное лечение, кроме того на оказание высокотехнологические помощи в Федеральные центры России;
- экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам и в связи с гинекологическими заболеваниями;
- Выявление беременных высокой группы риска и решение вопроса о возможности вынашивания беременности.

2.2. Анкетирование женщин по применению методов контрацепции

В исследовании по изучению применению методов контрацепции в Перинатальном центре №2 г. Якутска, мной были изучены вопросы контрацептивного поведения 50 женщин. При сборе научной информации использовался анкетный метод; анкеты заполняли сами женщины анонимно. Анкетирование проводилось в женской консультации.

Из числа опрошенных женщин 40% имели повторные аборт (два и более), в том числе 5% делали пять и более. У 2% женщин в анамнезе было 4 и более аборт.

Полученные данные свидетельствуют о слабой профилактической работе, так как женщины редко посещают, если не сказать - ее отсутствию, с женщиной, делающей аборт, по проблемам планирования семьи и контрацепции с целью профилактики последующей непланируемой беременности и повторных аборт.

Принимая во внимание, что альтернативой аборт может быть только контрацепция, мной были изучены объем знаний женщин в отношении различных методов предупреждения нежелательной беременности, источники этих знаний, психологические аспекты применения контрацепции и др.

Таблица 1. (Какими методами контрацепции наиболее пользуются)

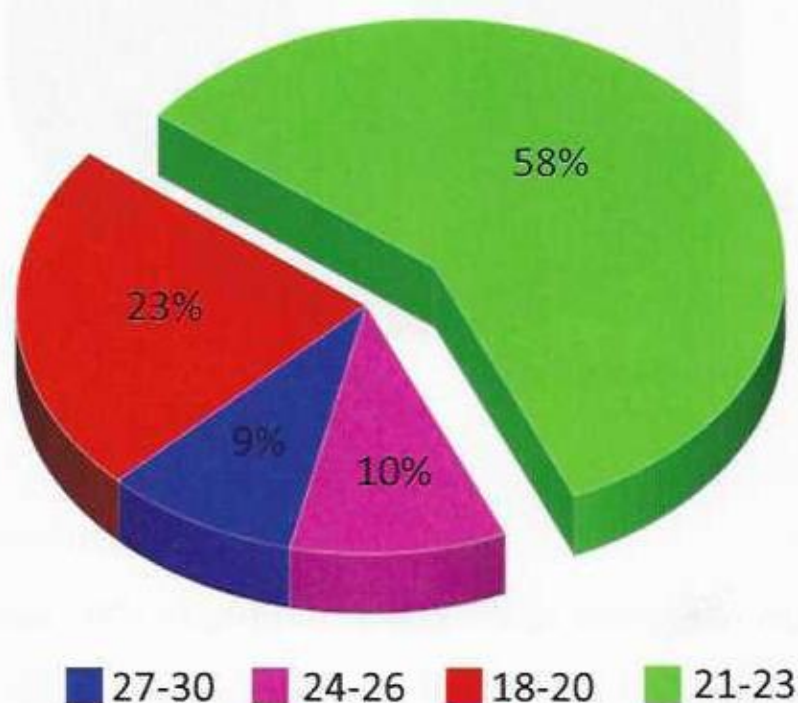
Метод контрацепции	Сколько %
Барьерный метод	60%
КОК	20%
Ритм-метод	10%
ВМК	5%
Прерванный половой акт	2%

Хирургическая стерилизация	0%
----------------------------	----

Наиболее часто дают предпочтение в барьерной контрацепции .

Таблица 2. Часто используют контрацептивы в возрасте.

Часто используют контрацептивы в возрасте:



Часто пользуются контрацептивами в возрасте с21-23 лет.

Таблица 3. Используемые методы контрацепции в зависимости от семейного положения.



Из 60 респондентов:

60% семейные, 35% планируют семью, 5% не планируют создать семью.

Статистика абортов в Республиканской больнице № 1 Перинатального центра г. Якутска.

- 2015 год - 112;
- 2016 год - 101;
- 2017 год - 181.

Таблица 4. Статистика аборт



Выявлено, что 60% респондентов, состоящих в браке, и 5% не состоящих в нем, отдают предпочтение барьерным средствам контрацепции. Потребителями средств длительной (в 100% случаев) и гормональной оральной контрацепции (в 94%) являются женщины, имеющие постоянного полового партнера. Большая часть женщин (40,6%), выбирая контрацептивное средство, в первую очередь обращает внимание на его стоимость, более 50% женщин старше 21 лет ориентируются на рекомендации врачей акушер -гинекологов и фармацевтов.

Заключение

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни.

Репродуктивная система — это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства (деторождения).

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека. Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым выбором — родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос при наступлении нежелательной беременности у девушки – подростка. Аборт, особенно при первой беременности, может нанести серьезную психологическую травму и даже привести к нарушениям в репродуктивной сфере. В то же время решение родить означает для нее отрыв от сверстников, уход из школы (как правило), ставит под угрозу дальнейшую учебу и приобретение профессии. Каждая такая ситуация должна рассматриваться индивидуально, бережно и с большим пониманием проблемы.

Некоторые родители, учителя, общественные и религиозные лидеры выражают опасение, что приобщение молодежи к планированию семьи, половому образованию и контрацепции поощрит безответственное поведение и увеличит сексуальную активность молодых людей вне брака. Опыт многих стран свидетельствует о обратном. Там, где были разработаны программы в области полового просвещения, сексуальная активность молодежи не увеличилась. Наоборот, программы формируют у подростков ответственное отношение к сексуальности, в связи с этим происходит повышение возраста начала половой жизни, что помогает юношам и

девушкам полностью реализовать жизненный потенциал, сохранить физическое и нравственное здоровье, уберечься от ошибок, иметь здоровое потомство.

В женской консультации Перинатального центра проведено анкетирование 60 респондентов. Выявлено, что 60% респондентов, состоящих в браке, и 5% не состоящих в нем, отдают предпочтение барьерным средствам контрацепции. Потребителями средств, (в 100% случаев) и комбинированно оральной контрацепции (в 94%) являются женщины, имеющие постоянного полового партнера. Большая часть женщин (40,6%), выбирая контрацептивное средство, в первую очередь обращает внимание на его стоимость, более 50% женщин старше 21 лет ориентируются на рекомендации врачей акушер - гинекологов и фармацевтов.

Наиболее используемые методы контрацепции выявлены при анкетировании: барьерный метод - 60%, КОК- 20%, ритм-метод – 10%, внутриматочная контрацепция – 5%, прерванный половой акт – 2%, хирургическая стерилизация - 0%

Вывод

1. Планирование семьи это государственная программа по охране репродуктивного здоровье населения. Их организовать в женских консультациях и средствах массовой информации. Имеются разнообразные способы предупреждения беременности ()
2. В женской консультации Перинатального центра проведено опрос 60 респондентов при этом выявлено среди них наиболее используемые методы контрацепции : барьерный метод - 60%, КОК - 20%, ритм-метод– 10%, внутриматочная контрацепция – 5%, прерванный половой акт – 2%, хирургическая стерилизация - 0%.
3. В результате исследования разработаны практические рекомендации для женщин.

Методические рекомендации:

- 1) рождение ребенка каждая семья должна планировать;
- 2) профилактика нежелательной беременности;
- 3) борьба с абортами;
- 4) профилактика инфекций, передающихся половым путем;
- 5) пропаганда методов контрацепции;
- 6) пропаганда здорового образа жизни.

Список источников и литературы

1. И.Б. Назарова И.Г. Шембелева «Репродуктивное здоровье и планирование семьи». / И.Б. Назарова И.Г. Шембелева - СПб 2016. - 280 стр.
2. В.Е. Радзынский О.А.Пустонина «Планирование семьи в XXI веке». / В.Е. Радзынский О.А.Пустонина – 2015.-260 стр.
3. В.Н. Прилепская «Гормональная контрацепция». / В.Н. Прилепская -2014.- 256 стр.
4. В.Н. Прилепская «Внутриматочная контрацепция». / В.Н. Прилепская- 2014.- 192 стр.
5. М.Н. Подзолкова С.И. Роговская, Ю.А. Колодова «Современная контрацепция». / М.Н. Подзолкова С.И. Роговская, Ю.А. Колодова- 2013.- 132стр.
6. Полю Бригге, Гавбора Ковоча, Джона Гиллбода «Контрацепция» / 2015.- 352 стр.
7. А.Б.Хурасева «Репродуктивное здоровье женщины» / 2012.- 280 стр.
8. Ирина Шарабанова «Репродуктивная функция» / 2012.- 152 стр.
9. Дмитрий Лубнин «Главная книга женщины» / 2016.- 480 стр.
10. Анатолий Сенчук, Борис Венцковский, Ирина Вовк, Инна Доскач «Контрацепция» / 2012.- 224 стр.