

**ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии**

**Методы контрацепции и
критерии их применения**

Учебное пособие

**Екатеринбург
2019**

УДК 615.256.5

Методы контрацепции и критерии их применения / федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Составители: Т.А. Обоскалова, д.м.н., доцент, Н.В. Изможерова, д.м.н., доцент, А.Б. Бакуринских, к.м.н., доцент, М.Г. Аскерова, к.м.н., доцент, М.К. Киселева, к.м.н., доцент, Е.А. Росюк, к.м.н., доцент, О.В. Прохорова, к.м.н., доцент - Екатеринбург, 2019 - 76 с.

Составители:

1. Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, доктор медицинских наук, доцент Т.А. Обоскалова.
2. Заведующая кафедрой клинической фармакологии, доктор медицинских наук, доцент Н.В. Изможерова.
3. Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук, доцент А.Б. Бакуринских.
4. Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук М.Г. Аскерова.
5. Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук М.К. Киселева.
6. Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук Е.А. Росюк.
7. Доцент кафедры акушерства и гинекологии, кандидат медицинских наук О.В. Прохорова.

Рецензенты:

1. Главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения г. Екатеринбурга, д.м.н., доцент О.Ю. Севостьянова.
2. Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор О.Д. Константинова.

Учебное пособие посвящено актуальным вопросам репродуктивного здоровья, планирования семьи и контрацепции. Приведены современные данные о механизмах действия, рисках использования, приемлемости различных методов контрацепции в соответствии с международными рекомендациями. Освещены фармакологические аспекты медикаментозных средств контрацепции, взаимодействие с другими лекарственными веществами.

Учебное пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по специальностям «общая терапия», «клиническая фармакология», «акушерство и гинекология». Учебное пособие может быть адресовано практикующим врачам акушерам-гинекологам, врачам общей практики и другим заинтересованным специалистам. Рекомендовано к печати на заседании Центрального методического совета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ России от 27.02.2019 г. Протокол № 3.

УДК 615.256.5

ОГЛАВЛЕНИЕ

Оглавление:	4
Список сокращений	6
Введение	7
1. Репродуктивное здоровье – основные вопросы	8
1.1. Понятие репродуктивного здоровья	8
1.2. Факторы риска и пути профилактики нарушений репродуктивного здоровья	9
1.3. Статистика аборт	9
1.4. Способы предотвращения абортов	11
2. Контрацепция: определение, история, требования	11
2.1. Определение контрацепции	11
2.2. История контрацепции	11
2.3. Требования к контрацепции	12
2.4. Классификация методов контрацепции	13
3. Разновидности контрацепции	14
3.1. Естественные методы контрацепции	14
3.1.1. Половое воздержание	14
3.1.2. Методы, основанные на определении цикличности функционирования женского организма	15
3.1.3. Прерванный половой акт	17
3.1.4. Метод лактационной аменореи	18
3.2. Барьерные методы контрацепции	19
3.2.1. Презерватив мужской (кондом)	19
3.2.2. Презерватив женский (фемидом)	21
3.2.3. Вагинальная диафрагма	22
3.3. Спермициды	24
3.4. Внутриматочные средства	25
3.5. Гормональная контрацепция	28
3.5.1. Комбинированные гормональные контрацептивы	28
3.5.2. Только прогестагенсодержащие контрацептивы (чистопрогестинные гормональные контрацептивы)	35
3.6. Экстренная контрацепция	37
3.7. Добровольная хирургическая стерилизация	39
3.7.1. Добровольная хирургическая стерилизация женщин	41
3.7.2. Добровольная хирургическая стерилизация мужчин	45
4. Консультирование по выбору метода контрацепции	48
4.1. Понятие и цель консультирования	48
4.2. Этические и юридические основы консультирования	48
4.3. Организация консультирования	50
4.4. Оценка пациентов	52

5. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции	54
6. Фармацевтический справочник	56
7. Оценочные средства	59
7.1. Тестовые задания	59
7.2. Ситуационные задачи	61
Заключение	64
Критерии приемлемости для использования методов контрацепции	65
Литература	72

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД - артериальное давление
БТТ - базальная температура тела
ВГВ - вирус гепатита В
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
ВМС - внутриматочное средство
ВМК - внутриматочный контрацептив
ВПЧ - вирус папилломы человека
ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
ДГ - диеногест
ДЗГ - дезогестрел
ДМПА - депо медроксипрогестерона ацетата
ДХСЖ - добровольная хирургическая стерилизация женщин
ДХСМ - добровольная хирургическая стерилизация мужчин
ЗППП - заболевания, передаваемые половым путём
ИППП - инфекции, передаваемые половым путём
ИПП - инфекции половых путей
КВК - комбинированный вагинальный контрацептив
КГК - комбинированный гормональный контрацептив
КИК - комбинированный инъекционный контрацептив
КОК - комбинированный оральные контрацептив
ЛНГ - левоноргестрел
МЛА - метод лактационной аменореи
НЭТ-ЭН - норэтинодрон энантат
ОТ - овуляторный тест
П - прогестаген
ПСК - прогестагенсодержащий контрацептив
РЗ - репродуктивное здоровье
СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита
ТЭЛА - тромбоэмболия лёгочной артерии
ЧПК - чистопрогестинный контрацептив
ЧПКГ - чистопрогестинный гормональный контрацептив
Э - эстроген
ЭВ - эстрадиол валерат
ЭК - экстренная контрацепция
ЭЭ - этинилэстрадиол

ВВЕДЕНИЕ

Одной из первостепенных задач, поставленных в современном обществе, является сохранение и укрепление репродуктивного здоровья нации. Эта задача имеет несколько аспектов и требует системного подхода. Для России остается актуальным вопрос по снижению числа аборт, что напрямую связано с материнской смертностью. Недостаточное или неполное представление о вопросах контрацепции в медицинском сообществе и в социуме в целом может привести к нарушению репродуктивного здоровья населения.

Осложнения течения беременности и родов, рождение маловесных и недоношенных детей, формирование целого ряда гинекологических заболеваний, в том числе бесплодия и невынашивания беременности, зачастую являются следствием отсутствия полной и профессиональной информации в вопросах сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, а также планирования семьи.

Неоценимую роль в отношении сохранения здоровья пары играет контрацепция, которая преследует целью не только осознанное и ответственное отношение к рождению здорового потомства, но и является залогом профилактики многих гинекологических заболеваний и акушерских осложнений. Прежде всего, контрацепция – это профилактика аборт.

Вопросы контрацепции волновали человечество с незапамятных времен. Методы и способы контрацепции совершенствовались по мере становления и развития человеческого общества. В настоящее время эти знания подкреплены научными разработками, клиническими исследованиями и тщательным анализом опыта всего мирового сообщества. Многие методы контрацепции в настоящее время имеют своей целью не только предупреждение нежелательной беременности и аборт, но и оказывают дополнительные положительные лечебно-профилактические эффекты. Контрацептивные средства применяются в терапии аномальных маточных кровотечений, гиперпластических процессов эндометрия, миомы матки, дисменореи, эндометриоза и других гинекологических заболеваний.

Данное пособие предназначено для людей, сталкивающихся с вопросами планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья нации, оно будет полезно не только врачам акушерам-гинекологам, но и другим специалистам.

1. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

1.1. Понятие репродуктивного здоровья (РЗ)

Программа действий международной конференции по народонаселению и развитию определяет репродуктивное здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов». Программа действий также заявляет, что целью охраны сексуального здоровья «является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми половым путем».

Репродуктивные права охватывают определенные права человека, которые уже признаны в национальных и международных правовых документах, и предусматривают возможность всех супружеских пар и индивидумов свободно принимать решение о количестве своих детей, времени их рождения и располагать информацией и средствами для осуществления этих решений. Также в этих документах дополнительно оговорено право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья. Международные и региональные соглашения по правам человека, национальные конституции и законы предоставляют гарантии, специально касающиеся доступа к информации и услугам по контрацепции. Они включают в себя гарантию того, что государства обеспечат своевременный и недорогой доступ к информации и качественным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, предоставляемым в форме, которая будет обеспечивать принятие информированных решений, уважение достоинства, автономию, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Репродуктивное здоровье - это способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы возникновения заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования будущих беременностей.

В основе здоровья общества лежит здоровье конкретных людей, здоровье человека начинается с репродуктивного здоровья, а в основе РЗ людей лежит планирование репродуктивного поведения (рис. 1).

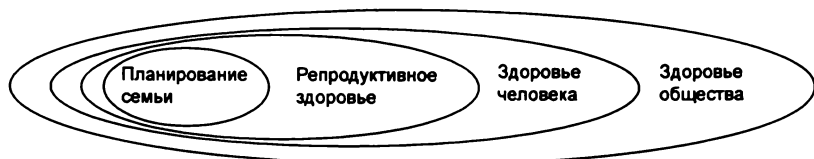


Рис. 1. Репродуктивное здоровье, как основа здоровья общества

1.2. Факторы риска и пути профилактики нарушений РЗ

Ведущими факторами риска нарушений РЗ являются инфекционные воспалительные заболевания полового тракта, искусственное прерывание нежеланной, незапланированной беременности, чаще всего приводящие к бесплодию, когда выполнение репродуктивной функции становится затруднённым или невозможным.

Эффективная контрацепция является важнейшим элементом предотвращения абортов, а соответствующие лечебные и реабилитационные меры позволяют ликвидировать или минимизировать заболевания женской половой системы и восстановить способность к деторождению, создать условия для наступления и успешного вынашивания и завершения беременности (рис.2).



Рис 2 Факторы риска нарушений репродуктивного здоровья и пути профилактики

1.3. Статистика абортов

Россия характеризуется высоким уровнем абортов по сравнению с европейскими странами. В некоторых территориях показатели крайне неблагоприятные, но имеются и регионы с удовлетворительными показателями (рис.3)



Рис.3. Распространённость абортов в России (данные Росстата).

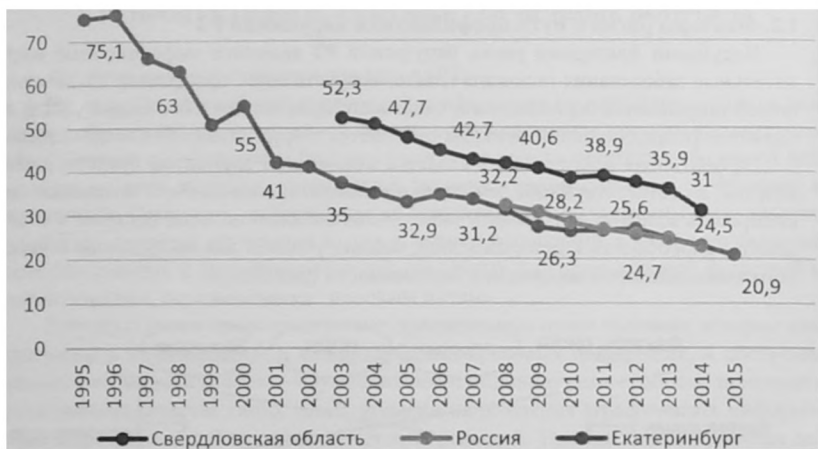


Рис. 4. Распространенность аборт в Екатеринбурге, Свердловской области, России (на 1000 женщин детородного возраста)

На протяжении многолетнего периода наблюдения очевидно существенное снижение частоты прерывания незапланированной беременности в Екатеринбурге, Свердловской области и России в целом. Показатели Свердловской области превышают среднероссийские, что требует активизации работы органов управления здравоохранением, медицинской общественности и образовательных учреждений по вопросам предупреждения нежеланной беременности и сохранения репродуктивного здоровья (рис.4).



Рис. 5. Возрастная структура женщин, прибегающих к прерыванию беременности в Екатеринбурге, % от всех абортов, 2010- 2017 г.г.

Большая важность деятельности в вопросах профилактики абортов определяется тем, что более половины всех прерываний беременности происходит у женщин в возрасте 17-29 лет, в том числе у тех, кто ещё не реализовал свою репродуктивную функцию - у молодых первобеременных женщин (рис. 5).

1.4. Способы предотвращения абортов

- Воздержание (больше приемлемо для подростков)
- Контрацепция
- Регулярное рождение детей с последующей лактацией с интервалом не менее 2-х лет

2. КОНТРАЦЕПЦИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ИСТОРИЯ, ТРЕБОВАНИЯ

2.1. Определение контрацепции

Контрацепция - от ново-латинского «contraceptio» — букв. — исключение, предупреждение. Это использование методов и средств с целью предупреждения нежелательной беременности путем влияния на яйцеклетку или сперматозоид или гамету, предотвращая оплодотворение и имплантацию. Контрацепция - это составная часть системы планирования семьи, направленная на регуляцию рождаемости, а также на сохранение здоровья женщины

2.2. История контрацепции

История контрацепции берет свое начало за 1500 лет до нашей эры.

- Первое устройство в виде тампона было описано на папирусе в Африке. Там же была описана техника «прерванного полового акта».
- В Америке индейцы промывали влагалище после полового сношения отваром из коры красного дерева и лимона.
- На Суматре применяли опий и жевали петрушку для появления маточного кровотечения в течение 4 дней после незапланированного полового контакта.
- В Египте «прогревались паром» и вводили во влагалище помет крокодилов.
- В Палестине применяли отвар мандрагоры, в то же время получило распространение введение губок и тампонов во влагалище.
- В Римской империи использовали введение во влагалище слоновьего помета.
- В Китае во влагалище вводили ртуть.
- В Японии использовался «киотай» - тонкая кожаная пластинка на наружный зев шейки матки.
- В Венгрии применяли спринцевания отварами можжевельника, алое, лаванды, петрушки и майорана.
- Арабы вводили в полость матки полудрагоценные шлифованные камни, в Японии - серебряные шарики.

- В Америке использовали бамбуковый лист, свернутый особым образом.
- Предшественником современных внутриматочных средств (ВМС) было кетгутное кольцо, соединенное с бронзовой проволокой (1909 г., Германия).
- В 1960 г. американец Джек Липпс разработал «Петлю Липпса», впервые применив эластичные синтетические материалы.
- В 1923 г. возникла идея гормональной контрацепции.
- 1929 г. - были открыты эстрогены.
- 1931 г. Л.Хаберландт начал работы над созданием первой контрацептивной пиллюли.
- 1950 г. - Грегори Пинкус впервые доказал наличие у норэтинодрела и местранола 100% эффекта предупреждения беременности.
- 1954 г. - Грегори Пинкус создал первую противозачаточную таблетку.
- 1957 г. – препарат Enovid был одобрен для лечения невынашивания и нарушений менструального цикла.
- 1960 г. – Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) впервые одобрило Enovid, как пероральную контрацепцию (таблетка содержала 50 мкг этинил эстрадиола (ЭЭ)).
- 1973 г. - созданы низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (содержат 30-35 мкг ЭЭ).
- 1981 г. - появились КОК с прогестинами 3-го поколения.
- 80-е годы XX века - создан чистопрогестинный подкожный имплантат.
- 1988 г. - созданы микродозированные КОК (содержат 20 мкг ЭЭ).
- 90-е годы XX века - рекомендован пролонгированный режим применения КОК.
- 00-е годы XXI века - создана вагинальная релизинг-система (15 мкг ЭЭ).
- 00-е годы XXI века - создана трансдермальная релизинг-система (20 мкг ЭЭ).
- 2010г. - появление КОК с биоидентичными эстрогенами.

2.3. Требования к контрацепции

1. Учёт индивидуальных анамнестических и клинических особенностей женщины/партнёров - возраст, репродуктивные планы, акушерский и гинекологический анамнез, наличие и характер экстрагенитальных заболеваний, наличие и характер гинекологической патологии
2. Эффективность при правильном и неправильном использовании: оценка индекса Перля - число беременностей на 100 женщин в течение 1 года использования контрацепции
3. Безопасность для конкретного пользователя: возможные осложнения, противопоказания, безопасность процедуры применения
4. Приемлемость - предпочтения клиентов с учётом образа жизни и особенностей психологии женщины: удобство использования, необходимость

обращения в медицинское учреждение для консультирования, применения и контроля, зависимость применения от партнёра, связь с половым актом, ощущения, гигиеничность, необходимость воздержания, конфиденциальность, этичность, боязнь операции

5. Переносимость - характер и частота побочных реакций
6. Обратимость действия - сроки восстановления фертильности после прекращения использования
7. Доступность - наличие в аптечной сети, снабжение, доставка, пополнение запасов, адекватная стоимость, гарантия качества, официальное признание, срок годности
8. Неконтрацептивные лечебные эффекты - регуляция менструального цикла, уменьшение менструальной кровопотери
9. Профилактические свойства - профилактика инфекций половых путей (ИПП) за счёт создания препятствия для проникновения инфекционных агентов, профилактика рака матки, рака яичников
10. Отсутствие негативного влияния на эмбрион/плод в случае возникновения беременности
11. Организация помощи при возникновении проблем.

2.4. Классификация методов контрацепции

2.4.1. По воздействию на репродуктивную систему:

- Основанные на физиологических функциях организма (естественные методы планирования семьи (ЕМПС))
- Основанные на медикаментозных и инвазивных вмешательствах в организм человека

2.4.2. По длительности воздействия:

- Экстренные
- Временные
- Длительные
- Постоянные

2.4.3. По способам воздействия на репродуктивную систему:

- Барьерные
- Медикаментозные
- Хирургические
- Комбинированные

2.4.4. По гендерным различиям:

- Мужская контрацепция
- Женская контрацепция
- Сочетанная

3. РАЗНОВИДНОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ

3.1. Естественные методы контрацепции

- Половое воздержание
- Методы, основанные на определении цикличности функционирования женского организма: календарный (метод стандартных дней), базальной температуры тела (БТТ), цервикальной слизи (ЦС), симпто-термальный (БТТ+ЦС)
- Прерванное половое сношение
- Лактационная аменорея

3.1.1. Половое воздержание

Принцип метода:

- Добровольное воздержание от полового акта весь период фертильной фазы цикла

Механизм действия метода:

- Партнёры определяют признаки фертильной фазы и избегают половых контактов в это время
- Фертильная фаза определяется календарным методом, по базальной температуре тела (БТТ), растяжимости цервикальной слизи, определению срока овуляции с помощью специальных приборов.

Пользователи:

- Пары, религиозные или философские убеждения которых, не позволяют им использовать другие методы
- Пары, которые могут избегать половых сношений более 1-й недели в течение каждого цикла
- Пары, способные наблюдать и учитывать признаки фертильной фазы
- Женщины любого возраста с любым количеством беременностей и без них

Достоинства метода:

- Отсутствие риска для здоровья партнёров
- Минимальные материальные затраты
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Вовлеченность мужчины в планирование семьи
- Улучшение знаний о репродуктивной системе

Недостатки метода:

- Предполагает наличие определённых знаний и навыков у партнеров
- Не защищает от инфекций, передаваемых половым путём (ИППП)
- Наличие вагинальных инфекций может затруднить интерпретацию изменений цервикальной слизи
- Требуется воздержание во время фертильной фазы
- Имеет низкий контрацептивный эффект (индекс Перля 9-20 на 100 женщин в год)

Барьеры для использования метода:

- Отсутствие взаимопонимания и согласованности действий в паре

- Отсутствие желание у мужчины воздерживаться от половых контактов в фертильную фазу цикла
- Наличие нескольких партнёров
- Состояние здоровья женщины, при котором беременность опасна
- Нерегулярный менструальный цикл у женщин
- Период кормления грудью
- Нежелание женщины прикасаться к своим половым органам и рассматривать выделения

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование
- Разъяснение механизма действия, достоинств и недостатков
- Рекомендации по преодолению барьеров
- Выбор другого метода

3.1.2. Методы, основанные на определении цикличности функционирования женского организма

1. Календарный (стандартных дней),
 2. Определение периода овуляции по базальной температуре тела (БТТ), уровню лютеинизирующего гормона (овуляторный тест ОТ),
 3. Определение наличия и растяжимости цервикальной слизи (ЦС),
 4. Симпто-термальный - сочетание определения сроков овуляции и растяжимости ЦС
1. Календарный (стандартных дней) - вероятность беременности наиболее высока в период с 11-12 по 16-17 дни 28 дневного цикла

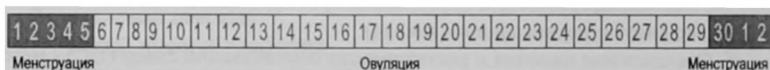


Рис.6 Календарный метод контрацепции или планирования беременности

Правила расчета фертильного периода («ОПАСНЫХ ДНЕЙ») (Рис.6):

- Проследить за продолжительностью как минимум 3-4, а иногда и 6 менструальных циклов (в зависимости от их регулярности).
 - От количества дней в самом длинном цикле необходимо отнять 11. Так определяется последний фертильный день цикла.
 - От количества дней в самом коротком цикле вычитается 18, так определяется начало фертильной фазы. Например, продолжительность цикла за полгода от 23 до 34 дней. $34-11=23$ и $23-18=5$. Т. е. фертильная фаза с 5 по 23 дни цикла, необходимо воздержание, либо использование дополнительных методов (прерванный половой акт, презерватив и т.д.)
2. Определение периода овуляции по базальной температуре тела (БТТ) - дни предполагаемой овуляции определяют путем ежедневного измерения базальной температуры. Начало повышения температуры выше $37,0^{\circ}\text{C}$ указывает на произошедшую овуляцию, что позволяет определить фер-

Температурный метод контрацепции

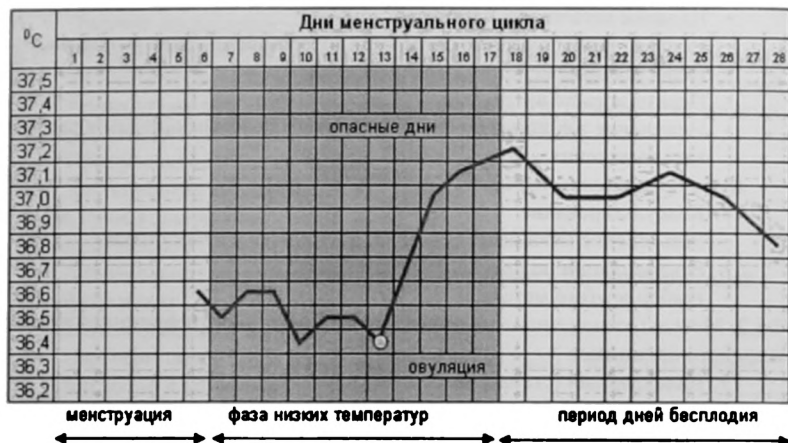


Рис 7 Температурный метод контрацепции или планирования беременности

тильный период – 4-5 дней до и после овуляции (10-20 дни) (Рис.7)

3. Тесты, основанные на определении содержания лютеинизирующего гормона, который повышается в перiovуляторный период, в виде тест-полосок или специальных приборов для личного пользования
4. Минимикроскопы для определения кристаллизации слюны (по аналогии со слезью цервикального канала)
5. Определение наличия и растяжимости цервикальной слизи (ЦС) - метод основан на изменении характера шейчной слизи в течение менструального цикла под влиянием эстрогенов: к моменту овуляции продукция слизи в цервикальном канале увеличивается, после овуляции прекращается. Пациентка может это определить

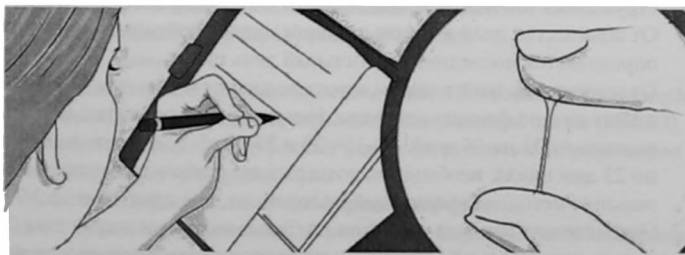


Рис.8. Метод определения наиболее фертильных/ опасных дней по растяжению слизи, выделяющейся из шейки матки.

своими руками. Для этого она вводит указательный и большой пальцы влагалище, набирает между ними содержимое, смыкает пальцы и выводит их наружу. Между пальцами в периовуляторный период будет находиться определённое количество слизи, выделившейся из цервикального канала (Рис.8). Чем больше растяжимость слизи, тем ближе овуляция.

6. Симпто-термальный метод - сочетание определения сроков овуляции по базальной температуре и растяжимости ЦС.

ВАЖНО! При нерегулярном менструальном цикле не следует использовать ритмический метод!

3.1.3. Прерванный половой акт

Принцип метода:

- Традиционный метод планирования семьи, заключающийся в том, что мужчина полностью выводит половой член из влагалища женщины до того, как у него произойдет эякуляция

Механизм действия метода:

- Сперма не попадает во влагалище, и оплодотворение не происходит

Пользователи:

- Мужчины, которые хотят принимать активное участие в планировании семьи
- Пары, религиозные или философские убеждения которых не позволяют им использовать другие методы
- Пары, которым срочно нужна контрацепция
- Пары, имеющие редкие половые сношения
- Пары, которым нужен временный или страховочный метод

Достоинства метода:

- Всегда имеется в наличии
- Отсутствие материальных затрат
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Вовлечение мужчины в планирование семьи

Недостатки метода:

- Требуется высокой мотивации партнёра на прерывание полового акта
- Предполагает наличие определённого навыка у партнеров
- Не защищает от инфекций, передаваемых половым путём
- Может вызвать невроз и импотенцию у мужчин
- Может привести к развитию застойных явлений в органах и сосудах малого таза женщины
- Имеет низкий контрацептивный эффект (Индекс Перля 4-18 на 100 женщин в год)
- Может снизить сексуальное удовлетворение

Барьеры для использования метода:

- Преждевременная эякуляция у мужчин
- Затруднения для своевременного выведения полового члена из влагалища

- Отсутствие желания у мужчины участвовать в планировании семьи
- Отсутствие взаимопонимания и согласованности действий в паре
- Состояние здоровья женщины, при котором беременность опасна
- Наличие нескольких партнёров

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (разъяснение механизма действия, достоинств и недостатков, рекомендации по преодолению барьеров, выбор другого метода)

3.1.4. Метод лактационной аменореи (МЛА)

Принцип метода:

Во время лактации и кормления грудью за счет выработки большого количества пролактина подавляется овуляция.

Механизм действия:

Подавление овуляции

Пользователи:

- Женщины, которые исключительно или почти исключительно кормят грудью (каждые 4 часа днем, каждые 6 часов ночью) и не заменяют грудное молоко никакой другой пищей или жидкостью
- Женщины, у которых после родов не возобновились менструации
- Женщины, у которых прошло не более 6 месяцев после родов

Достоинства:

- Немедленная эффективность
- Отсутствие связи с половым актом
- Отсутствие необходимости в медицинском наблюдении
- Отсутствие системных побочных эффектов
- Отсутствие необходимости в пополнении запасов
- Отсутствие материальных затрат
- Пассивная иммунизация ребёнка
- Минимизация инфекционных рисков для ребёнка
- Наилучший источник питания для ребенка
- Оптимальная инволюция матки, профилактика кровотечений
- Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений послеродового периода для матери

Недостатки:

- Зависит от пользователя (требует следования правилам грудного вскармливания)
- Эффективен только на фоне аменореи не позднее 6 месяцев после родов
- Не защищает от ИПП и других ЗППП (например, вируса гепатита В (ВГВ), вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вируса папилломы человека (ВПЧ))

Барьеры:

- Отсутствие или раннее прекращение исключительно грудного вскармливания

- Введение докорма и прикорма ребёнку
- Возобновление менструации до 6 месяцев
- Недостаточное консультирование по использованию данного метода

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (разъяснение механизма действия, достоинств и недостатков, рекомендации по преодолению барьеров, выбор другого метода)

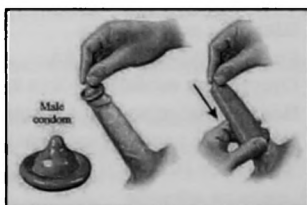
3.2 Барьерные методы контрацепции

Классификация:

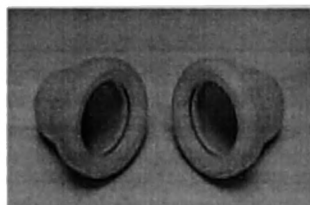
- Для использования мужчинами:
 - мужской презерватив
- Для использования женщинами:
 - женский презерватив
 - влагалищная диафрагма
 - шейный колпачок



Влагалищная диафрагма



Мужской презерватив - кондом



Шеечные колпачки



Женский презерватив - фемидом

Рис.9 Виды барьерных методов контрацепции

3.2.1. Презерватив мужской (кондом)

Принцип метода: тонкий чехол, изготовленный из резины (латекса), винила надевается на половой член в состоянии эрекции

Механизм действия метода:

- Предотвращает попадание спермы в половые пути женщины

- Предотвращает передачу микроорганизмов из группы ИПП и вызывающих ЗППП

Пользователи:

- Мужчины, желающие принимать активное участие в планировании семьи
- Пары, которым метод контрацепции необходим немедленно
- Пары, нуждающиеся во временном методе контрацепции
- Пары, которым необходим страховочный метод
- Пары, имеющие редкие половые сношения
- Пары, в которых любой из партнёров имеет более одного полового партнёра
- Пары, в которых партнёры относятся к группе риска заражения ИППП (в т.ч. ВГВ, ВИЧ, ВПЧ)

Достоинства метода:

- Немедленная эффективность
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие существенного риска для здоровья
- Отсутствие системных побочных эффектов
- Широкая доступность
- Безрецептурная продажа
- Отсутствие необходимости в вагинальном осмотре
- Вовлечение мужчины в планирование семьи
- Удлинение периода эрекции и времени до эякуляции
- Защита от ИПП и ЗППП, частично от ВПЧ

Недостатки метода:

- Средняя эффективность (индекс Перля 2-12 беременностей на 100 женщин в год)
- Отсутствие мотивации для использования
- Необходимость следовать инструкциям по применению
- Снижение чувствительности
- Неприятные ощущения у женщины во входе во влагалище
- Отсутствие полной защиты от инфицирования ВПЧ
- Аллергия у партнёров на резину или латекс
- Вероятность повреждения или соскальзывания презерватива

Барьеры для использования метода:

- Неполная доступность для приобретения
- Необходимость достаточного запаса
- Необходимость в утилизации
- Отсутствие желания постоянного использования метода
- Зависимость женщины от желания и умения мужчины использовать метод
- Высокий риск беременности для женщин (нужен более эффективный метод)

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации в случае появления побочных явлений, рекомендации в случае аварийных ситуаций (разрыв, соскальзывание), выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже, безрецептурная продажа
- Разработка новых материалов для изготовления
- Разработка способов эффективной и безопасной утилизации

3.2.2. Презерватив женский (фемидом)

Принцип метода: тонкая прозрачная трубка с запаянным одним концом из латекса или полиуретана, которая имеет диаметр 8 см, длину до 18 см. На ее концах закреплены кольца. Вводится во влагалище самой женщиной до начала полового акта от нескольких минут до часов. После полного введения во влагалище наружное кольцо фиксируется в проекции вульварного кольца, закрывая вход во влагалище

Механизм действия метода:

- Предотвращает попадание спермы в половые пути женщины
- Предотвращает передачу микроорганизмов, вызывающих ИПП и ЗППП

Пользователи:

- Женщины, желающие принимать лидирующее участие в планировании семьи
- Пары, которым метод контрацепции необходим немедленно
- Пары, нуждающиеся во временном методе контрацепции
- Пары, которым необходим страховочный метод
- Пары, имеющие редкие половые сношения
- Пары, в которых любой из партнёров имеет более одного полового партнёра
- Пары, в которых партнёры относятся к группе риска заражения ИПП и другими ЗППП (ВГВ, ВИЧ/СПИД)

Достоинства метода:

- Немедленная эффективность
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие существенного риска для здоровья
- Отсутствие системных побочных эффектов
- Безрецептурная продажа
- Отсутствие необходимости в вагинальном осмотре
- Независимость женщины от мужчины в планировании семьи
- Возможность установить во влагалище за несколько часов до полового акта и отсутствие необходимости удалять сразу после полового акта
- Вероятность стимуляции клитора и повышение сексуальной возбудимости женщин со слабым и средним половым темпераментом
- Защита от ИПП и ЗППП, частично от ВПЧ

Недостатки метода:

- Отсутствие мотивации для использования
- Необходимость следовать инструкциям по применению
- Отсутствие полной защиты от инфицирования ВПЧ
- Аллергия у партнёров на резину или латекс
- Вероятность соскальзывания наружного кольца презерватива во влагалище
- Отсутствие ассортимента в аптеках и магазинах
- Высокая стоимость
- Быстроисчезающий, но неприятный запах презервативов из полиуретана
- Вероятность эякуляции из влагалища при недостаточности мышц тазового дна
- Вероятность повреждения длинными ногтями на руках
- Ощущение боли и дискомфорта после введения фемидома

Барьеры для использования метода:

- Минимальная доступность для приобретения
- Необходимость достаточного запаса
- Необходимость в утилизации
- Отсутствие желания постоянного использования метода
- Негативное отношение мужчины к использованию метода женщиной

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации в случае появления побочных явлений, рекомендации в случае аварийных ситуаций (разрыв, соскальзывание), выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже, безрецептурная продажа
- Разработка новых материалов для изготовления
- Разработка способов эффективной и безопасной утилизации

3.2.3. Вагинальная диафрагма

Принцип метода: куполообразная латексная (резиновая) чашечка, соединенная с эластичным кольцом, устанавливается на уровне сводов влагалища и закрывает вход в цервикальный канал. Вводится глубоко во влагалище самой женщиной до начала полового акта от нескольких минут до часов.

Механизм действия метода:

- Предотвращает попадание спермы в верхний отдел репродуктивного тракта (матку и маточные трубы) женщины
- Служит резервуаром для спермицида

Пользователи:

- Женщины, желающие не зависеть от участия мужчины в планировании семьи
- Женщины, которым противопоказано использование гормональной или внутриматочной контрацепции
- Пары, которым метод контрацепции необходим немедленно

- Пары, нуждающиеся во временном методе контрацепции
- Пары, имеющие редкие половые сношения

Достоинства метода:

- Немедленная эффективность
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие существенного риска для здоровья
- Отсутствие системных побочных эффектов
- Безрецептурная продажа
- Независимость женщины от мужчины в планировании семьи
- Возможность установить во влагалище за несколько часов до полового акта и отсутствие необходимости удалять сразу после полового акта
- Защита от ИПП и ЗППП, частично от ВПЧ

Недостатки метода:

- Средняя эффективность 6-18 беременностей на 100 женщин в первый год
- Необходимость вагинального осмотра для первичной и послеродовой примерки, исключения генитального пролапса, аномалий развития, опухолей, воспалительного процесса во влагалище
- Отсутствие мотивации для использования
- Необходимость следовать инструкциям по применению
- Отсутствие полной защиты от инфицирования ИПП и других ЗППП
- Аллергия у партнёров на резину или латекс
- Отсутствие ассортимента в аптеках и магазинах
- Невозможность использования при генитальном пролапсе, аномалиях развития влагалища, воспалительных заболеваниях половых и мочевыводящих путей
- Вероятность болей и неприятных ощущений во влагалище

Барьеры для использования метода:

- Минимальная доступность для приобретения
- Необходимость осмотра медицинским работником перед началом использования
- Необходимость дифференцированного выбора размера
- Необходимость в очищении и обработке моющими средствами
- Отсутствие желания постоянного использования метода
- Негативное отношение женщины к прикосновению к своим половым органам

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и повреждений, выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже, безрецептурная продажа
- Разработка новых материалов для изготовления

3.3. Спермициды

Принцип метода: инактивация или уничтожение сперматозоидов под воздействием химических веществ, введенных в половые пути женщины

Механизм действия метода:

- Разрушение мембраны сперматозоидов
- Снижение и/или прекращение их подвижности
- Снижение способности к оплодотворению яйцеклетки

Разновидности (Рис. 10):

- Аэрозоли (пены)
- Пенящиеся вагинальные суппозитории и таблетки
- Растворяющиеся вагинальные суппозитории
- Гели (используются вместе с диафрагмой)
- Тампоны, губки

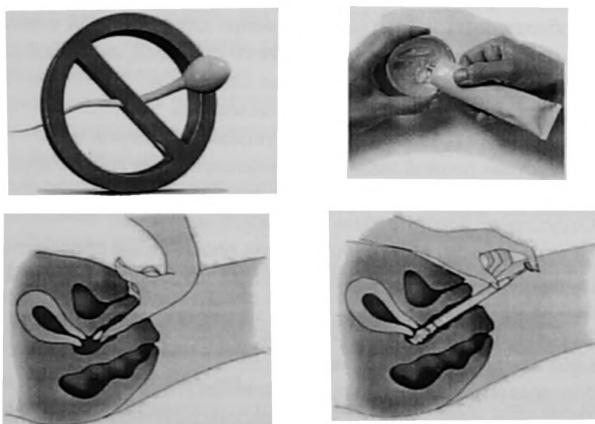


Рис. 10. Лекарственные формы и способы введения спермицидов

Пользователи:

- Женщины, желающие не зависеть от участия мужчины в планировании семьи
- Женщины, которым противопоказано использование гормональной или внутриматочной контрацепции
- Женщины, желающие предотвращения инфицирования половых путей, если их партнёры не согласны использовать презервативы
- Женщины, кормящие грудью
- Пары, которым метод контрацепции необходим немедленно
- Пары, нуждающиеся во временном методе контрацепции
- Пары, имеющие редкие половые сношения

Достоинства метода:

- Немедленная эффективность
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие существенного риска для здоровья
- Отсутствие системных побочных эффектов
- Отсутствие необходимости в медицинском осмотре
- Безрецептурная продажа
- Независимость женщины от мужчины в планировании семьи
- Дополнительное увлажнение (смазка) во время полового акта
- Частичная защита от ИПП и ЗППП

Недостатки метода:

- Средняя эффективность: индекс Перля 3-21 беременности на 100 женщин в год
- Отсутствие мотивации для использования
- Необходимость следовать инструкциям по применению
- Отсутствие полной защиты от инфицирования ИПП
- Аллергия у партнёров на препарат
- Отсутствие ассортимента в аптеках
- Необходимость наличия до начала полового акта
- Необходимость введения за 10-15 минут до каждого полового акта
- Каждое нанесение эффективно в течение 1-2 часов
- Вероятность болей и неприятных ощущений во влагалище

Имеющиеся препараты на рынке РФ содержат в качестве действующего вещества хлорид бензалкония («Бенатекс»- свечи, линейка «Фарматекс»- свечи, влагалищные таблетки, крем, тампоны) или ноноксинол («Патентекс-овал», «Стерилин»).

Барьеры для использования метода:

- Ограниченная доступность для приобретения
- Отсутствие желания постоянного использования метода
- Негативное отношение женщины к прикосновению к своим половым органам
- Аллергия на спермициды
- Аномалии половых путей
- Необходимость использования во время каждого полового акта

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений, выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже, безрецептурная продажа

3.4. Внутриматочные средства

Принцип метода: инородное тело, находящееся в полости матки, препятствует имплантации плодного яйца

Разновидности (Рис.11):

- Инертные
- Выделяющие ионы меди, золота, серебра
- Выделяющие прогестин - гормон(прогестин)содержащие. В РФ зарегистрирована ВМС «Мирена», содержащее левоноргестрел.

Механизм действия метода:

- Инородное тело вызывает асептическое воспаление эндометрия, приводя к изменениям рецепторного аппарата матки, вследствие чего нарушается процесс имплантации
- Ускоряет перистальтику маточных труб, вследствие чего зародыш попадает в полость матки ещё неспособным к имплантации
- Ионы металлов оказывают сперматотоксическое, сперматостатическое действие
- В результате действия прогестинов наступает гипоплазия и/или атрофия эндометрия и, как следствие этого, нарушение имплантации

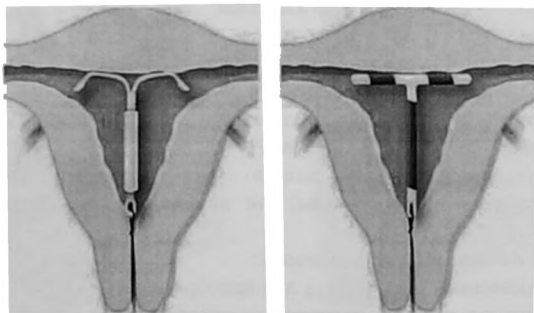


Рис. 11. Внутриматочные средства

Пользователи:

- Женщины, желающие не зависеть от участия мужчины в планировании семьи
- Женщины, которым противопоказано использование оральной гормональной контрацепции
- Женщины, которые не могут помнить о ежедневном приеме таблеток
- Женщины, кормящие грудью, по истечении периода лактационной аменореи
- Родильницы, не кормящие грудью, сразу после родов, через 48 часов,

через 4-6 недель после родов

- Пациентки после аборта сразу или в течение 7 дней
- Женщины в низком риске генитальных инфекций

Достоинства метода:

- Высокая эффективность : 0,5-1,0 беременность на 1000 женщин в год
- Немедленная эффективность
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие связи с половым актом
- Длительность действия (3-5-10 лет)
- Быстрое восстановление фертильности
- Небольшое число побочных эффектов
- Редкая необходимость в медицинском осмотре
- Независимость женщины от мужчины в планировании семьи
- Уменьшение менструальной боли и кровопотери при использовании прогестин-содержащих ВМС

Недостатки метода:

- Вероятность перфорации матки при введении
- Отсутствие возможности у женщины самой прекратить использование метода
- Необходимость проверки наличия нитей ВМС после менструации
- Вероятность спонтанной экспульсии
- Меноррагии и дисменорея на фоне медь-содержащих ВМС
- Риск воспалительных заболеваний органов малого таза (чаще для инертных и медьсодержащих ВМС) и внематочной беременности

Барьеры для использования метода:

- Необходимость наличия медицинского работника для гинекологического осмотра, обследования на ИППП и введения средства
- Негативное отношение женщины к наличию инородного тела внутри организма
- Аномалии и деформации органов нижнего и верхнего этажей полового тракта женщин
- Необъяснимые кровотечения и гнойные выделения из половых путей
- ВЗОМТ в анамнезе, тазовый туберкулез
- Наличие более одного полового партнера
- Аэробный и анаэробный вагинит, бактериальный вагиноз
- Опухоли репродуктивной системы
- Стеноз цервикального канала, деформация полости матки

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и осложнений, выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже

3.5. Гормональная контрацепция

В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности признана гормональная контрацепция, основанная на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов в различных сочетаниях и схемах применения (Рис.12). Частота использования гормональной контрацепции в разных странах мира составляет 20-40%, в России – не более 10%.

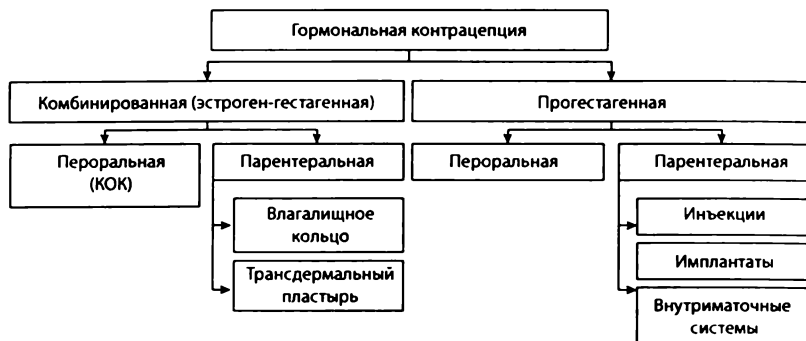


Рис 12 Классификация гормональной контрацепции

3.5.1. Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК)

Принцип метода: медикаментозные средства для перорального, интравагинального, трансдермального применения, состоящие из эстрогена (Э) (этинилэстрадиол, эстрадиол, эстрадиол-валерат) и прогестагена (П).

Механизм действия метода:

- подавление овуляции за счёт антигонадотропного эффекта прогестагенного компонента
- уменьшение продвижения сперматозоидов в фаллопиевых трубах
- изменения в эндометрии, препятствующие имплантации эмбриона
- увеличение вязкости цервикальной слизи, препятствующее продвижению сперматозоидов

Пользователи:

- Женщины репродуктивного возраста и возраста менопаузального перехода, имевшие любое количество беременностей в анамнезе
- Женщины в послеродовом периоде, не кормящие грудью
- Женщины, кормящие грудью в послеродовом периоде более 6 месяцев
- Женщины, перенёсшие прерывание беременности (аборт)
- Женщины, страдающие анемией, обусловленной менструальной кровопотерей
- Женщины с нерегулярным менструальным циклом
- Женщины, испытывающие сильные боли во время менструации
- Женщины с эктопической беременностью в анамнезе
- Корящие женщины до 35 лет

- Женщины, не имеющие высоких рисков венозной тромбоэмболии

Достоинства метода:

- Высокая эффективность: 0,1 – 8 беременностей на 100 женщин в год
- Не связан с половым актом
- Уменьшает менструальную кровопотерю
- Способствует излечению постгеморрагической анемии
- Уменьшает перименструальную боль
- Препятствует появлению доброкачественных изменений в молочных железах
- Препятствует появлению функциональных кист яичников
- Предупреждает возникновение рака яичников и рака эндометрия, снижает риск колоректального рака
- Предотвращает эктопическую беременность, апоплексию яичников
- Снижает риск воспалительных заболеваний верхнего этажа полового тракта
- Способствует установлению более регулярного менструального цикла
- Пациентка не зависит от мужчины при использовании метода, может сама прекратить приём препарата
- Оказывает косметический эффект, улучшает состояние кожи, волос, уменьшает гирсутизм

Недостатки метода:

- Тошнота, головокружение и головная боль, мастодиния в начале использования метода
- Снижение эффективности при одновременном применении некоторых лекарств (некоторые антибиотики, противосудорожные препараты)
- Необходимость консультации медицинским работником перед применением метода
- Вероятность серьёзных побочных эффекты (инфаркт, инсульт, венозный тромбоэмболизм, заболевания печени)
- Отсутствие защиты от ИПП и ЗППП

Классификация КГК по способу введения:

1. Оральные

- Низкодозированные (ЭЭ 30-35 мкг): фемоден, жанин, марвелон, регулон, белара
- Микродозированные (ЭЭ < 30 мкг): логест, мерсилон, новинет
- С антиандрогенными свойствами: диане-35, ярина, три-мерси

2. Инъекционные – в России не зарегистрированы

3. Интравагинальные

- Кольцо Новаринг (ЭЭ 15 мкг)

4. Трансдермальная рилизинг система

Пластырь «Евра» (ЭЭ 20 мкг)

Классификация метода по дозе эстрогенов:

Высокодозированные – 50 мкг (нон-овлон, овидон) – в настоящее время не используются с целью контрацепции!

1. Низкодозированные – 30-35 мкг (микрогинон, марвелон, диане-35, ярина, силуэт, миндиана)
2. Микродозированные – 20 мкг (мерсилон, джес, димиа, евра)
3. Ультрамикродозированные – 15 мкг (новаринг)

Классификация по схеме комбинации эстрогена и прогестагена:

- Монофазные (21 таблетка с одинаковым содержанием Э и П)
- Трехфазные (3 вида таблеток с различными дозами Э и П)

Трёхфазные КОК:

- Триквилар (30 мкг ЭЭ, 50 мкг ЛНГ; 40 мкг ЭЭ, 75 мкг ЛНГ, 30 мкг ЭЭ, 125 ЛНГ)
- Три-регол (30 мкг ЭЭ, 50 мкг ЛНГ, 40 мкг ЭЭ, 75 мкг ЛНГ, 30 мкг ЭЭ, 125 мкг ЛНГ)
- Тризистон (30 мкг ЭЭ, 50 мкг ЛНГ, 40 мкг ЭЭ, 70 мкг ЛНГ, 30 мкг ЭЭ, 125 мкг ЛНГ)
- Три-Мерси (35 мкг ЭЭ, 50 МКГ ДЗГ; 30 мкг ЭЭ, 100 мкг ДЗГ, 30 мкг ЭЭ, 150 мкг ДЗГ)
- Клайра (2 табл. Эстрадиол валерат (ЭВ) 2 мг, 5 табл. 2мг ЭВ+2мг диеногест (ДГ), 17 табл. 2 мг ЭВ+ 3мг ДГ, 2 табл. 2мг ЭВ, 2 табл. плацебо)

Применение КОК:

- в интервальном периоде приём начинается с 1-го по 7-й день менструального цикла, допускается начало приема на 2-5 менструального цикла, но в этом случае рекомендуется дополнительно использовать барьерный метод контрацепции в течение первых 7 дней приема таблеток из первой упаковки
- после аборта сразу или в течение 7 дней,
- после родов через 6 месяцев, если использовался МЛА и прекращено грудное вскармливание
- после родов через 6-8 недель, если грудное вскармливание отсутствует

Приём пропущенных таблеток

Если опоздание в приеме препарата составило менее 12 часов, контрацептивная защита не снижается. Женщина должна принять таблетку как можно скорее, следующая принимается в обычное время.

Если опоздание в приеме таблеток составило более 12 часов, контрацептивная защита может быть снижена. Чем больше таблеток пропущено, и чем ближе пропуск к 7-дневному перерыву в приеме таблеток, тем больше вероятность беременности.

При этом можно руководствоваться следующими двумя основными правилами:

- Прием препарата никогда не должен быть прерван, более чем на 7 дней.
- 7 дней непрерывного приема таблеток требуются для достижения адекватного подавления гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции.

Если опоздание в приеме таблеток составило более 12 часов (интервал с мо-

мента приема последней таблетки больше 36 часов):

- Первая неделя приема препарата:

Женщина должна принять последнюю пропущенную таблетку как можно скорее, как только вспомнит (даже, если это означает прием двух таблеток одновременно). Следующую таблетку принимают в обычное время. Дополнительно должен быть использован барьерный метод контрацепции (например, презерватив) в течение следующих 7 дней. Если половой акт имел место в течение недели перед пропуском таблеток, необходимо учитывать вероятность наступления беременности.

- Вторая неделя приема препарата

Женщина должна принять последнюю пропущенную таблетку как можно скорее, как только вспомнит (даже, если это означает прием двух таблеток одновременно). Следующую таблетку принимают в обычное время.

При условии, что женщина принимала таблетки правильно в течение 7 дней, предшествующих первой пропущенной таблетке, нет необходимости в использовании дополнительных контрацептивных мер. В противном случае, а также при пропуске двух и более таблеток необходимо дополнительно использовать барьерные методы контрацепции (например, презерватив) в течение 7 дней.

- Третья неделя приема препарата

Риск снижения надежности неизбежен из-за предстоящего перерыва в приеме таблеток. Женщина должна строго придерживаться одного из двух следующих вариантов. При этом, если в 7 дней, предшествующих первой пропущенной таблетке, все таблетки принимались правильно, нет необходимости использовать дополнительные контрацептивные методы.

Женщина должна принять последнюю пропущенную таблетку как можно скорее, как только вспомнит (даже, если это означает, прием двух таблеток одновременно). Следующие таблетки принимают в обычное время, пока не закончатся таблетки из текущей упаковки. Следующую упаковку следует начать сразу же. Кровотечение «отмены» маловероятно, пока не закончится вторая упаковка, но могут отмечаться мажущие выделения и «прорывные» кровотечения во время приема таблеток.

Женщина может также прервать прием таблеток из текущей упаковки. Затем она должна сделать перерыв на 7 дней, включая день пропуска таблеток и затем начать прием новой упаковки.

Если женщина пропустила прием таблеток, и затем во время перерыва в приеме у нее нет кровотечения отмены, необходимо исключить беременность.

Рекомендации в случае рвоты и диареи

Если у женщины была рвота или диарея в пределах 4 часов после приема таблеток, всасывание может быть неполным и должны быть приняты дополнительные контрацептивные меры. В этих случаях следует ориентироваться на рекомендации при пропуске таблеток.

Изменение дней начала менструальноподобного кровотечения

Для того, чтобы отодвинуть срок начала менструальноподобного кровоте-

ния, женщина должна продолжить прием таблеток из новой упаковки сразу после того, как приняты все таблетки из предыдущей, без перерыва в приеме. Таблетки из этой новой упаковки могут приниматься так долго, как желает женщина (до тех пор, пока упаковка не закончится). На фоне приема препарата из второй упаковки у женщины могут отмечаться мажущие выделения или «прорывные» маточные кровотечения. Возобновить прием препарата из новой пачки следует после обычного 7-дневного перерыва.

НоваРинг - комбинированная эстроген-гестагенная релизинг-система в виде пластикового кольца для введения во влагалище, содержащего 2,7 мг ЭЭ и 11,7 мг этоногестрела. В сутки выделяется 15 мкг ЭЭ и 120 мг этоногестрела (Рис.13).

Обладает высокой контрацептивной эффективностью при отсутствии первичного прохождения через печень и пищеварительный тракт. Вводится самой женщиной. Первое введение - на 1-5 день менструального цикла, нахождение во влагалище до 21 дня цикла, на 22-й день кольцо удаляет сама женщина. Второе и последующее введение следует производить через 7 дней после извлечения предыдущего, несмотря на возможное наличие менструальных выделений. Таким образом складывается схема применения «21+7».

Пластырь Евра - комбинированная эстроген-гестагенная релизинг-система в виде тонкого пластыря бежевого цвета, наклеивающегося на кожу плеча, живота или другие участки тела. Площадь контакта с кожей составляет 20 мм². 1 пластырь используется 7 дней. Первое наклеивание пластыря - на 1-5 день менструального цикла, нахождение на коже 7 дней, на 8-й день пластырь удаляется и наклеивается следующий. На 1 цикл используется 3 пластыря. В течение 4-й недели пластырь не используется. Таким образом складывается схема применения «21+7». Общая доза гормонов, содержащаяся в 3-х пластырях, составляет 600 мкг ЭЭ (в сутки) и 6 мг норэлгестромина (203 мкг в сутки). В сутки выделяется 33,9 мкг ЭЭ и 203 мкг норэлгестромина (Рис.13).

Трансдермальный пластырь Евра

Влагалищное кольцо Новаринг

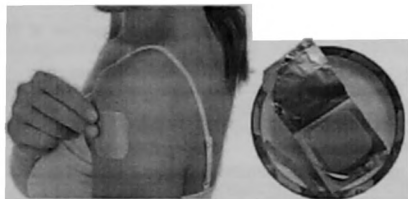


Рис. 13. Трансдермальная и интравагинальная релизинг- системы

Классификация по схеме применения КГК:

- Циклический режим - 21+7 (21 день приём препарата, 7 дней перерыв)
- Циклический пролонгированный режим – 42+7; 63+7; 84+7
- Ежедневный непрерывный приём
- Не ежедневный приём: 1 раз в неделю (трансдермальная система Евра); 1 раз в месяц (вагинальное кольцо Новаринг)

Пролонгированная обратимая контрацепция (Long Active Reversible Contraceptive (LARC))

Цели:

- Адекватная пролонгированная обратимая супрессия гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
- Уменьшение количества реакций «отмены», во время которых увеличивается уровень эндогенных гормонов
- Повышение контрацептивной эффективности метода
- Уменьшение количества менструаций до четырех в год

Для пролонгированной контрацепции может быть использован любой низко- или микродозированный КОК, рассчитанный на 21 день приёма.

Начало применения: 1-5 день менструального цикла. После использования 21 таблетки перерыв не делается, а сразу начинается прием 2-й, а затем 3-й и 4-й упаковки препарата, после чего делается перерыв на 7 дней. Таким образом, складывается схема применения «42+7», «63+7» или «84+7». После отмены в течение 1-4-х дней наступит менструальноподобное кровотечение, через 7 дней, независимо от его прекращения, начинается приём следующего курса препарата.

Препарат «Модель Либер» изначально создан для пролонгированного приёма. Состав: 84 таблетки, содержащие 20 мкг ЭЭ + 100 мкг ЛНГ; 7 таблеток, содержащих 10 мкг ЭЭ.

Начало применения: 1-5 день менструального цикла в течение 84-х дней непрерывно. После отмены в течение 1-4-х дней наступит менструальноподобное кровотечение, через 7 дней, независимо от его прекращения, начинается приём следующего курса препарата.

Барьеры для применения КГК:

- Психологические
- Социальные
- Экономические
- Медицинские

Психологические барьеры для применения КОК:

1. У потенциальных пользователей

- Гормонофобия
- Низкая информированность об эффективности и безопасности
- Слабая мотивация для применения

2. У медицинских работников различных специальностей

- Гормонофобия

- Низкая информированность об эффективности и безопасности
- Слабая мотивация для рекомендаций и назначения
- Отсутствие необходимых навыков для консультирования
- Отсутствие необходимых компетенций по устранению барьеров и осложнений

Социальные барьеры для применения КОК:

1. У потенциальных пользователей

- Религиозные установки
- Низкая доступность в аптечной сети
- Негативное отношение определённой части общества

2. У медицинских работников различных специальностей

- Слабое понимание роли профилактики незапланированной беременности и абортов в сохранении репродуктивного и соматического здоровья женщин

Экономические барьеры для применения КГК:

1. У потенциальных пользователей

- Относительно высокая стоимость КГК
- Недостаток средств для приобретения КГК

2. У медицинских работников различных специальностей

- Ограниченное время во время приёма пациенток для обсуждения вопроса о контрацепции
- Низкая стоимость посещения по вопросам контрацепции

Медицинские барьеры для применения КГК:

1. У потенциальных пользователей

- Соматические заболевания
- Гинекологические заболевания

2. У медицинских работников различных специальностей

- Преувеличение реальных рисков КГК
- Отсутствие возможности коррекции осложнений и побочных эффектов совместно с врачами других специальностей

Состояния, требующие мер предосторожности или являющиеся противопоказаниями

- Беременность (известная или подозреваемая)
- 6-8 недель послеродового периода даже при отсутствии грудного вскармливания
- Грудное вскармливание
- Кровотечение из влагалища неустановленной этиологии
- Гипербилирубинемия, желтуха, обусловленные заболеваниями печени и желчевыводящих путей
- Курение табака в возрасте старше 35 лет
- Артериальные тромбозы: ишемическая болезнь сердца, инфаркты, инсульты в анамнезе или в настоящее время
- Венозные тромбозы в анамнезе или в настоящее время

- Подтверждённая наследственная тромбофилия
- Диабет при длительном течении и наличии осложнений
- Головные боли мигренозного характера
- Артериальная гипертензия тяжелой степени
- Рак молочной железы
- Опухоли печени (аденома и гепатома)
- Хирургические вмешательства с длительной иммобилизацией
- Прием противозипелептических и противотуберкулёзных препаратов

Состояния, не требующие существенных мер предосторожности и не являющиеся противопоказаниями

- Возраст
- Диабет недлительный и неосложнённый
- Артериальная гипертензия нетяжелая
- Трофобластическая болезнь доброкачественная
- Эндометриоз
- Миома матки
- Воспалительные заболевания верхнего и нижнего этажа половых путей женщины

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и осложнений, выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже
- Льготы для социально незащищённых групп населения

3.5.2. Только прогестагенсодержащие контрацептивы (ПСК) – чистопрогестиновые гормональные контрацептивы (ЧПГК)

Принцип метода: медикаментозные средства для перорального, инъекционного, имплантационного, внутриматочного применения, состоящие из прогестагена (дезогестрел, медроксипрогестерона ацетат, левоноргестрел, этоноргестрел) (Рис.14.)

Механизм действия метода:

- Подавление овуляции за счёт антигонадотропного эффекта прогестагена
- Изменения эндометрия (отсутствие циклических процессов с полноценной секреторной фазой, что приводит к уменьшению вероятности имплантации)
- Увеличение вязкости цервикальной слизи, препятствующее продвижению сперматозоидов

Пользователи:

- Женщины репродуктивного возраста и возраста менопаузального перехода, имевшие любое количество беременностей в анамнезе
- Женщины в послеродовом периоде, кормящие грудью и не кормящие
- Женщины, перенёвшие прерывание беременности (аборт)

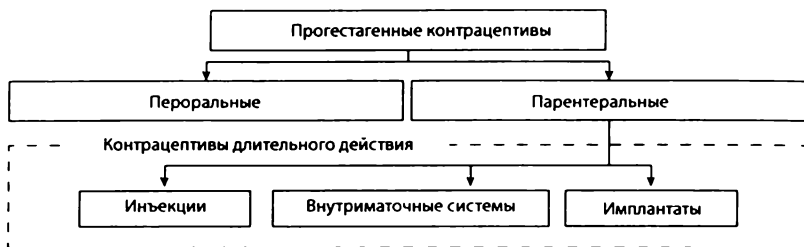


Рис 14 Классификация чистопрогестиновых гормональных контрацептивов

- Женщины, страдающие анемией, обусловленной менструальной кровопотерей
- Женщины, испытывающие сильные боли во время менструации
- Женщины с эктопической беременностью в анамнезе
- Курящие женщины в любом возрасте и любое количество сигарет
- Женщины с АД $< 180/110$ мм рт.ст., нарушениями свёртывания крови или серповидно-клеточной анемией

Достоинства метода:

- Высокая эффективность: 0,1 – 8 беременностей на 100 женщин в год
- Не связан с половым актом
- Не влияет на грудное вскармливание
- Уменьшает перименструальную боль
- Способствует излечению анемии, обусловленной менструальной кровопотерей
- Препятствует появлению доброкачественных изменений в молочных железах
- Предупреждает возникновение рака яичников и рака эндометрия
- Предотвращает эктопическую беременность
- Снижает риск воспалительных заболеваний верхнего этажа полового тракта
- Пациентка не зависит от мужчины при использовании метода, может сама прекратить приём препарата

Недостатки метода:

- Тошнота, головокружение и головная боль, мастодиния в начале использования метода
- Снижение эффективности при одновременном применении некоторых лекарств
- Необходима консультация медицинским работником перед применением метода
- Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений, особенно в первый год использования

- Вызывают небольшую прибавку массы тела
- Не обеспечивает защиты от ИПП

Классификация метода по способу введения:

1. Оральные – таблетки, содержащие 75 мкг дезогестрела (чарозетта, лактинет, модэлль мам)
2. Инъекционные – ампулы, содержащие 150 мг медроксипрогестерона ацетата (депо-провера)
3. Имплантационные – имплантаты, содержащие 68 мг этоноргестрела (импланон НКСТ)
4. Внутриматочные – внутриматочная система, содержащая 52 мг левоноргестрела (Мирена)

Классификация по схеме применения:

- Ежедневный приём (таблетки)
- Неежедневный приём:
 - 1 раз в 3 месяца (инъекция депо-провера -150)
 - 1 раз в 3 года (импланон)
 - 1 раз в 5 лет (ВМС Мирена)

Барьеры для применения ЧПК:

- Психологические, социальные, экономические - аналогичны тем, которые определены для КГК
- Медицинские

Медицинские барьеры для применения ЧПК:

1. У потенциальных пользователей
 - Соматические заболевания
 - Гинекологические заболевания
 - Аменорея
 - Ациклические кровянистые выделения
2. У медицинских работников различных специальностей
 - Преувеличение реальных рисков ЧПК
 - Отсутствие возможности коррекции осложнений и побочных эффектов совместно с врачами других специальностей
 - Непонимание генеза аменореи и кровотечений
 - Незнание способов коррекции нежелательных эффектов

3.6. Экстренная контрацепция

Классификация метода

1. Комбинированные оральные контрацептивы с высоким (50 мкг – 2 табл.) или низким (30-35 мкг – 4 табл.) содержанием этинилэстрадиола (метод Юзпе)
2. Чистопрогестинные оральные средства, содержащие 0,75 мг или 1,5 мг левоноргестрела (постинор, эскапел)
3. Антипрогестинные препараты (мифепристон)

4. Внутриматочные средства без гормонов, содержащие медь

Механизм действия пероральных гормональных средств для экстренной контрацепции:

1. Окончательно не ясен
2. Подавление овуляции или смещение её сроков
3. Изменения эндометрия (уменьшение вероятности имплантации)
4. Увеличение вязкости цервикальной слизи

Механизм действия антипрогестагена:

1. Окончательно не ясен
2. Изменения эндометрия (уменьшение вероятности имплантации)
3. Препятствие для имплантации плодного яйца

Механизм действия внутриматочного средства:

1. Препятствие для имплантации плодного яйца

Пользователи:

- Женщины репродуктивного возраста и возраста менопаузального перехода, имевшие любое количество беременностей в анамнезе
- Женщины в послеродовом периоде, кормящие грудью (исключается применение КОК) и не кормящие
- Курящие женщины в любом возрасте и любое количество сигарет (исключается применение КОК)
- Женщины с АД <180/110 мм рт.ст., нарушениями свёртывания крови или серповидно-клеточной анемией (исключается применение КОК)
- Женщины, перенесшие акт насилия (исключается применение ВМС)
- Женщины, имеющие воспалительные и дисбиотические заболевания нижних отделов половых путей (исключается применение ВМС)

Эксперты ВОЗ отдают предпочтение чистопрогестиновым препаратам, как наиболее безопасным и эффективным.

Схемы применения:

1. Препарат, содержащий 0,75 мг левоноргестрела (постинор): 2 таблетки однократно не позднее 72 часов после незащищенного полового акта

ИЛИ!

2. Препарат, содержащий 1,5 мг левоноргестрела (эскапел):

1 таблетка в течение 72-х часов после незащищённого полового акта. Эффективность 98-99%. Чем раньше приняты таблетки, тем больше эффективность. После приема препарата Эскапел до наступления следующей менструации следует применять местные барьерные методы контрацепции (например, презерватив). Применение препарата при повторном незащищенном половом акте в течение одного менструального цикла не рекомендуется из-за увеличения частоты ациклических кровянистых выделений/кровотечений.

3. Антипрогестиновые средства (мифепристон): 10 мг однократно в течение 72-х часов после незащищённого полового акта. Эффективность 80-85%
4. Внутриматочные средства, содержащие медь: вводится в течение 5 дней

после незащищенного полового акта или в любой день преовуляторной фазы менструального цикла и до 5 дней после овуляции. Эффективность 99%

Достоинства метода:

- Пациентка не зависит от мужчины при использовании метода
- Высокая эффективность 97-99%

Недостатки метода:

- Возможно использование 1-2 раза в год, противопоказано регулярное применение
- Тошнота, рвота, головокружение и головная боль
- Снижение эффективности при несоблюдении рекомендуемых сроков применения
- Необходимость консультации медицинским работником перед применением метода
- Необходимость наличия медицинского работника для инвазивной процедуры – введение ВМС
- Вызывает изменения в характере менструальных кровотечений
- Требуется высокой мотивации пользователей
- Требуется постоянного наличия в аптечной сети и безрецептурной продажи
- Не обеспечивает защиты от ИПП

Медицинские барьеры для применения ЭК:

1. У потенциальных пользователей

- Аменорея
- Ациклические кровянистые выделения
- Вероятность беременности, наступившей в предыдущем цикле

2. У медицинских работников

- Отсутствие знаний о наличии метода и механизмах действия

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (владение медицинским работником навыка введения ВМС, рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и осложнений, выбор другого метода)
- Обеспечение полной доступности в продаже
- Льготы для социально незащищенных групп населения

3.7. Добровольная хирургическая стерилизация

Определение:

Стерилизация – хирургическая процедура постоянного прекращения репродуктивной функции мужчин и женщин

Классификация по гендерному признаку:

1. Женская – окклюзия маточных труб
2. Мужская – вазэктомия – пересечение семявыносящих протоков

Классификация по периоду репродуктивной функции

1. Интервальная – между беременностями

2. Послеродовая
3. Послеабортная
4. Интраоперационная – во время гинекологических операций, во время операции кесарева сечения

Общие положения:

- Стерилизация проводится только на добровольных основаниях
- Даже при наличии медицинских показаний необходимо добровольное решение пациентов при их дееспособности
- До прохождения процедуры пациент должен подписать стандартную форму согласия не просто на хирургическое вмешательство, а именно на стерилизацию
- Пациент имеет право изменить своё решение в любой момент до начала проведения процедуры
- Согласие супруга (и) не является обязательным
- При консультировании неприемлемо давление на пациента для принятия им решения о стерилизации
- При консультировании необходимо разъяснить преимущества метода для данного пациента, а также указать, что эффективность метода высокая, но не абсолютная
- Выполнение процедуры предусматривает адекватное обезболивание и профилактику инфекций

Регламентирующие документы:

1. ПРИКАЗ МЗ РФ от 28 декабря 1993 года № 303 «О применении медицинской стерилизации граждан»

«В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (статья 37) медицинская стерилизация, как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции, может быть произведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина - независимо от возраста и наличия детей. репродуктивного возраста и возраста менопаузального перехода, имевшие любое количество беременностей в анамнезе».

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»
3. Приложение 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1993г. №303

ИНСТРУКЦИЯ о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан:

- Медицинскую стерилизацию, как метод контрацепции, разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего двух детей.

- Медицинские показания устанавливаются в амбулаторно-поликлинических или стационарных учреждениях комиссией в составе не менее 3 специалистов: врача акушера-гинеколога (для мужчин -уролога), врача той специальности, к области которой относится заболевание гражданина, руководителя учреждения (отделения) здравоохранения.
- Гражданину выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов и печатью учреждения и делается запись в медицинской документации.
- Медицинская стерилизация граждан, страдающих психическими заболеваниями, если они признаны недееспособными, осуществляется только на основании судебного решения.

3.7.1. Добровольная хирургическая стерилизация женщин (ДХСЖ) - трубная окклюзия

Механизм контрацептивного действия окклюзии маточных труб: нарушение проходимости маточных труб, создающее препятствие для проникновения сперматозоидов к яйцеклетке (Рис. 15).

Методы окклюзии маточных труб:

1. Пересечение в поперечном направлении и лигирование отрезков
2. Коагуляция на всю толщу трубы моно- или биполярным электродом
3. Наложение клеммы или кольца на истмический отдел трубы
4. Введение устройств, обтурирующих просвет устьев маточных труб

Хирургический доступ для проведения окклюзии маточных труб:

1. Мини-лапаротомия
2. Лапароскопия
3. Гистероскопия

Виды используемых хирургических энергий:

1. Механическая
2. Электрическая

Схемы применения:

1. В интервальном периоде:

- а) В любое время менструального цикла при условии абсолютного исключения наличия беременности
- б) Предпочтительно 6-13 день цикла

2. После родов:

- а) в первые 48 часов
- б) через 6 недель

3. После хирургического аборта:

- а) сразу
- б) в течение 7 дней (при отсутствии признаков воспаления)

4. После медикаментозного аборта: На 6-13 день 1-го менструального цикла

5. Во время оперативных вмешательств на органах малого таза

Достоинства метода:

- Высокая эффективность (0,2-4 беременности на 100 женщин в год)

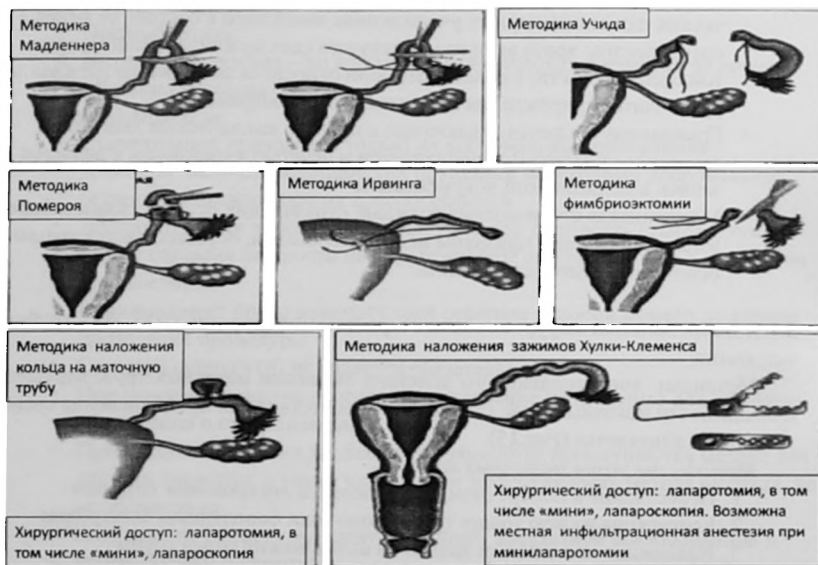


Рис 15. Добровольная хирургическая стерилизация женщин: виды окклюзии маточных труб

- Немедленное наступление контрацептивного эффекта
- Постоянство метода
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание
- Отсутствие связи с половым актом
- Отсутствие зависимости от желания партнёра
- Отсутствие влияния на половую функцию
- Отсутствие долгосрочных побочных влияний
- Приемлем для пациенток, у которых беременность представляет опасность для здоровья
- Относительная простота хирургического вмешательства
- Снижение риска рака яичников

Недостатки метода:

- Требуется высокой мотивации пользователей
- Необходимость консультации медицинским работником перед применением метода
- Необходимость наличия квалифицированных медицинских работников для хирургической процедуры и анестезиологической помощи
- Отсутствие защиты от ИППП
- Необратимость метода
- Риск интра- и послеоперационных осложнений

- Кратковременный дискомфорт и/или боль после операции
- Высокая стоимость лапароскопического вмешательства

Барьеры для применения добровольной хирургической стерилизации женщин (ДХСЖ):

- Психологические
- Социальные
- Экономические
- Медицинские

Психологические барьеры для применения ДХСЖ:

1. У потенциальных пользователей
 - Сомнения в том, что в будущем не возникнет желание и необходимость беременности
 - Ассоциация понятия «стерилизация» с понятием «кастрация» и опасения, что возникнут гормональные нарушения
 - Низкая информированность об эффективности и безопасности
 - Слабая мотивация для применения
 - Страх перед хирургическим вмешательством

2. У медицинских работников различных специальностей

- Низкая информированность об эффективности и безопасности
- Слабая мотивация для рекомендаций и назначения
- Отсутствие необходимых навыков для консультирования
- Отсутствие необходимых компетенций по устранению барьеров и осложнений
- Опасения возникновения претензий пациентов в будущем

Социальные барьеры для применения ДХСЖ:

1. У потенциальных пользователей

- Религиозные установки
- Возражения супруга и других родственников
- Отсутствие доступности данного вида помощи на территории проживания

2. У медицинских работников различных специальностей

- Слабое понимание роли профилактики незапланированной беременности и абортов в сохранении репродуктивного и соматического здоровья женщин

Экономические барьеры для применения ДХСЖ:

1. У потенциальных пользователей

- Относительно высокая стоимость хирургического вмешательства в негосударственных медицинских учреждениях
- Недостаток средств для приобретения проведения операции

2. У медицинских работников различных специальностей

- Относительно высокая стоимость хирургического вмешательства в негосударственных медицинских учреждениях
- Ограниченное время во время приёма пациенток для обсуждения вопроса о контрацепции

- Низкая стоимость посещения по вопросам контрацепции

Медицинские барьеры для применения ДХСЖ:

1. У потенциальных пользователей

- Соматические заболевания
- Гинекологические заболевания

2. У медицинских работников различных специальностей

- Отсутствие знаний о показаниях и противопоказаниях
- Преувеличение реальных рисков операции для ДХСЖ
- Опасения, что возникнут гормональные нарушения
- Отсутствие навыков для проведения операций
- Отсутствие необходимого материально-технического оснащения
- Опасения вероятности обращения пациентки в будущем с желанием восстановить проходимость маточных труб

Состояния, требующие мер предосторожности или являющиеся противопоказаниями:

- Беременность (известная или подозреваемая)
- Кровотечение из влагалища неустановленной этиологии
- Гипербилирубинемия, желтуха, обусловленные заболеваниями печени и желчевыводящих путей в остром периоде
- Артериальные тромбозы: ишемическая болезнь сердца, инфаркты, инсульты в настоящее время
- Венозные тромбозы в настоящее время
- Инфекционные процессы различных локализаций
- Воспалительные процессы женской половой сферы
- Тяжелые осложнения беременности и родов (преэклампсия, эклампсия, кровотечения, травмы половых путей, сепсис) - для послеродовой стерилизации
- Аномальные маточные кровотечения
- Предрак и рак половых органов
- Некомпенсированная соматическая патология
- Аллергические реакции на медикаментозные средства, которые могут использоваться при выполнении операции

Пути преодоления барьеров:

- Консультирование (выбор другого метода)
- Адекватная оценка состояния здоровья пациенток на предоперационном этапе
- Обучение медицинских работников навыкам проведения операции
- Наличие необходимого материально-технического ресурса
- Рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и осложнений
- Обеспечение доступности бесплатных операций в условиях круглосуточного и дневного стационара в государственных медицинских учреждениях

3.7.2. Добровольная хирургическая стерилизация мужчин (ДХСМ) - вазэктомия

Механизм контрацептивного действия окклюзии семявыносящих протоков: нарушение проходимости семявыносящих протоков (vas deferens), создающее препятствие для попадания сперматозоидов в эякулят (Рис.16)

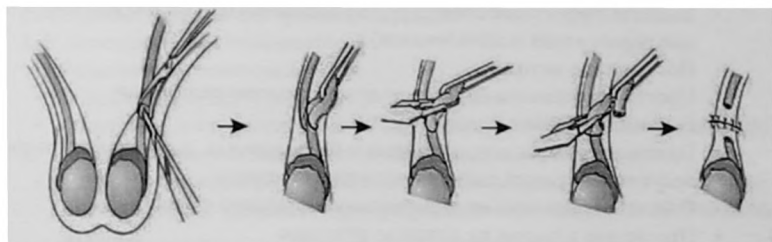


Рис 16 Добровольная хирургическая стерилизация мужчин разрезная вазэктомия.

Методики вазэктомии:

- Разрезная (1 или 2 разреза кожи мошонки)
- Бескальпелльная (разведение кожи острыми браншами хирургического зажима)

Виды используемых хирургических энергий: механическая

Регламентирующие документы:

1. Приказ МЗ РФ от 28 декабря 1993 года №303 «О применении медицинской стерилизации граждан»

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации» ИНСТРУКЦИЯ о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан (см. раздел «Добровольная хирургическая стерилизация женщин»)

Схемы применения:

В любое время, но с учётом необходимости в дополнительной контрацепции в течение 3-х месяцев или не менее 20 эякуляций

Пользователи:

- мужчины репродуктивного возраста (в возрасте старше 35 лет или имеющие 2-х и более детей, обычно, старше 50 лет)
- мужчины, предпочитающие высокоэффективный постоянный метод контрацепции
- мужчины, понимающие, что беременность представляет для его женщины серьёзный риск в силу возраста, многочисленных беременностей или заболеваний, и желающие взять решение о планировании своей семьи на себя

- мужчины/пары, которые уверены, что они уже имеют желаемое количество детей
- мужчины, имеющие тяжелые наследственные заболевания
- мужчины, которые дают добровольное осознанное согласие на процедуру

Достоинства метода:

- Высокая эффективность (0,1- 0,15 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)
- Постоянство метода
- Отсутствие влияния на грудное вскармливание партнерши
- Отсутствие связи с половым актом
- Приемлем для тех пар, в которых и беременность, и трубная окклюзия несут повышенный риск для здоровья женщины
- Отсутствие влияния на гормональную функцию яичек
- Отсутствие влияния на половую функцию
- Отсутствие долгосрочных побочных влияний
- Относительная простота хирургического вмешательства
- Операция производится под местной анестезией

Недостатки метода:

- Требуется высокой мотивации пользователей
- Необходимость консультации медицинским работником перед применением метода
- Необходимость наличия квалифицированных медицинских работников для хирургической процедуры
- Отсутствие защиты от ИПП, ВИЧ/СПИД, ВПЧ, ВГВ
- Практически необратим
- Риск интра- и послеоперационных осложнений
- Кратковременный дискомфорт и/или боль после операции

Барьеры для применения добровольной хирургической стерилизации мужчин (ДХСМ)

- Психологические
- Социальные
- Экономические
- Медицинские

Психологические барьеры для применения ДХСМ

1. У потенциальных пользователей

- Сомнения в том, что в будущем не возникнет желание и необходимость иметь детей
- Ассоциация понятия «стерилизация» с понятием «кастрация» и опасения, что возникнут гормональные и эректильные нарушения
- Низкая информированность об эффективности и безопасности
- Слабая мотивация для применения
- Страх перед хирургическим вмешательством

2. У медицинских работников различных специальностей
- Низкая информированность об эффективности и безопасности
 - Слабая мотивация для рекомендаций и назначения
 - Отсутствие необходимых навыков для консультирования
 - Отсутствие необходимых компетенций по устранению барьеров и осложнений
 - Опасения возникновения претензий пациентов в будущем

Социальные барьеры для применения ДХСМ

1. У потенциальных пользователей
- Религиозные установки
 - Возражения супруга и других родственников
 - Отсутствие доступности данного вида помощи на территории проживания
2. У медицинских работников различных специальностей
- Слабое понимание роли профилактики незапланированной беременности и абортов в сохранении репродуктивного и соматического здоровья женщин
 - Слабое понимание роли мужчины в сохранении репродуктивного и соматического здоровья женщин

Экономические барьеры для применения ДХСМ

1. У потенциальных пользователей
- Относительно высокая стоимость хирургического вмешательства в негосударственных медицинских учреждениях
 - Недостаток средств для проведения операции
2. У медицинских работников различных специальностей
- Относительно высокая стоимость хирургического вмешательства в негосударственных медицинских учреждениях
 - Ограниченное время во время приёма пациентов для обсуждения вопроса о контрацепции
 - Низкая стоимость посещения по вопросам контрацепции

Медицинские барьеры для применения ДХСМ

1. У потенциальных пользователей
- Соматические заболевания
 - Урологические заболевания
 - Заболевания кожи в области предполагаемой операционной раны
2. У медицинских работников различных специальностей
- Отсутствие знаний о показаниях и противопоказаниях
 - Преувеличение реальных рисков операции для ДХСМ
 - Опасения, что возникнут гормональные нарушения
 - Опасения, что возникнут нарушения эректильной функции
 - Отсутствие навыков для проведения операций
 - Отсутствие необходимого материально-технического оснащения
 - Опасения вероятности обращения пациента в будущем с желанием восстановить проходимость семявыносящих протоков

Состояния, требующие мер предосторожности или являющиеся противопоказаниями

- Местная кожная инфекция
- Гипербилирубинемия, желтуха, обусловленные заболеваниями печени и желчевыводящих путей в остром периоде
- Артериальные тромбозы: ишемическая болезнь сердца, инфаркты, инсульты в настоящее время
- Венозные тромбозы в настоящее время
- Инфекционные процессы различных локализаций
- Воспалительные процессы мужской половой сферы
- Некомпенсированная соматическая патология
- Аллергические реакции на медикаментозные средства, которые могут использоваться при выполнении операции
- Предрак и рак половых органов
- Неопустившиеся яички при доказанной фертильности
- Паховая грыжа
- Предшествующая хирургия мошонки, рубцовые изменения

Пути преодоления барьеров

- Консультирование (выбор другого метода)
- Адекватная оценка состояния здоровья пациентов на предоперационном этапе
- Обучение медицинских работников навыкам проведения операции
- Наличие необходимого материально-технического ресурса
- Рекомендации и медицинская помощь в случае появления побочных явлений и осложнений
- Обеспечение доступности бесплатных операций в условиях круглосуточного и дневного стационара в государственных медицинских учреждениях

4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

4.1. Понятие и цель консультирования

Консультирование - процесс вербального и невербального общения между специалистом по планированию семьи и потенциальным или постоянным пользователем контрацепции.

Цель консультирования по планированию семьи и контрацепции - помочь пациенту/клиенту выбрать приемлемое для него репродуктивное поведение в данный момент времени и сориентировать в оптимальном методе контрацепции (Рис.17).

4.2. Этические и юридические основы консультирования

Пользователями контрацепции могут быть и мужчины, и женщины. Чаще всего это здоровые люди, поэтому они не являются пациентами, а по сути могут считаться клиентами. Но поскольку назначение контрацепции происходит обычно в лечебном

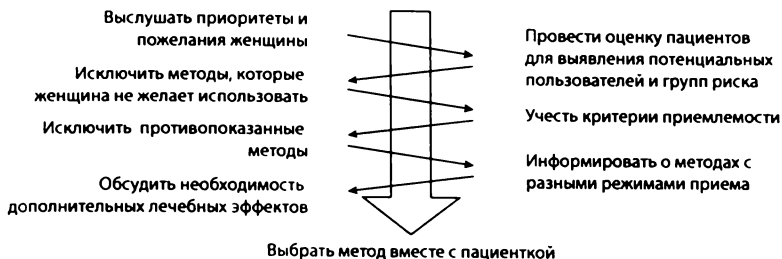


Рис. 17 Схема проведения консультирования по выбору метода контрацепции.

учреждении, то по традиции будем называть их «пациентами или пациентками».

Консультирование должно осуществляться на позициях взаимного доверия и уважения между консультантом и пациенткой, проводиться на понятном языке, в условиях, обеспечивающих удобство беседы и конфиденциальность, если она востребована пациенткой.

Консультирование - не одномоментный акт, а процесс двухстороннего общения, позволяющий пациентке(у) принять правильное решение. Простого информирования о способах планирования семьи и контрацепции не достаточно, необходимо вовлечение пациентки в разговор, создание мотивации на активное восприятие информации, задавание вопросов и получение достоверных ответов о репродуктивных планах, особенностях сексуальной жизни, состоянии здоровья.

Права пациентов при выборе способа планирования семьи:

- право самому решать, использовать контрацепцию или нет
- свобода в выборе метода
- право на достоверную информацию о способах контрацепции, их достоинствах, недостатках и возможных осложнениях
- право на конфиденциальность
- право на безопасность медицинских процедур
- право отказаться от любого типа осмотра

Права консультантов по планированию семьи и контрацепции:

- право на доступность достоверной, научно обоснованной информации о способах контрацепции, их достоинствах, недостатках и возможных осложнениях
- право на обучение основам консультирования и способам планирования семьи и контрацепции
- право уважительного отношения к себе со стороны руководства, коллег и пациентов
- право на создание условий труда, позволяющих обеспечить конфиденциальность консультирования
- право на условия для проведения адекватного медицинского обследования при наличии показаний и безопасность выполнения медицинских процедур

4.3. Организация консультирования

Консультирование может выполняться врачами различных специальностей (семейные врачи, врачи общей практики, акушеры-гинекологи, урологи, дерматологи и венерологи), фельдшерами и медсёстрами, другими работниками здравоохранения, обученными методам консультирования и информирования пациентов.

Консультирование может носить групповой характер, но при необходимости должна быть обеспечена конфиденциальность.

Групповое консультирование может носить характер лекции, презентации, предусматривающей ответы на вопросы, или интерактивной беседы.

Однако, чаще всего консультация происходит в кабинете медицинского работника, где возможна конфиденциальная беседа, демонстрация наглядных материалов по контрацепции и, при необходимости, проведение процедуры медицинского обследования.

Если визит пациенток(в) за консультированием и подбором методов контрацепции является осознанным и целенаправленным, эффективность консультирования будет выше. Однако, если пациенты данную цель не преследуют, а пришли к специалисту по какому-то другому поводу, обязательно следует задать вопрос о том, какой метод контрацепции используется в данный момент и какие репродуктивные планы в семье. В таком случае следует заострить внимание пациентки на необходимости задуматься над этим вопросом, так как промедление с началом контрацепции может быть чревато незапланированной беременностью и последующим её прерыванием.

Этапы консультирования:

1. Первичное консультирование
2. Консультирование по конкретному методу
3. Динамическое консультирование
4. Неотложное консультирование

1. Первичное консультирование:

Групповое:

- представить группе информацию о частоте аборт в мире, стране, городе, в котором живут слушатели
- разъяснить риски прерывания незапланированной беременности
- информировать о разнообразии способов контрацепции и необходимости осознанного выбора метода с помощью компетентного консультанта
- предостеречь от самостоятельного выбора метода контрацепции
- предложить пройти индивидуальное консультирование

Индивидуальное:

- познакомиться с пациенткой, уточнить место проживания, вид деятельности
- уточнить её репродуктивный анамнез и репродуктивные планы
- выявить риски ИПП/ИППП, включая ВГВ, ВПЧ, ВИЧ/СПИД
- получить представления о религиозных и культурных устоях

- уточнить осведомлённость пациентки о существующих методах контрацепции и предварительных предпочтениях
- предоставить краткую устную информацию и иллюстративные печатные материалы о контрацепции, ссылки на электронный ресурс для самостоятельного изучения пациенткой
- дать рекомендации по промежуточному методу контрацепции до окончательного выбора

2. Консультирование по конкретному методу:

- получить информацию о том, какой метод выбрала пациентка
- выявить возможные барьеры и противопоказания для использования метода
- при соответствии метода желаниям женщины и состоянию её здоровья рассказать о правилах использования, удобстве, эффективности, побочных действиях, обратимости, риске ИПП/ИППП и их профилактике
- провести при согласии пациентки общее и гинекологическое обследование, взять материал для диагностических тестов при наличии показаний
- окончательно убедиться в отсутствии медицинских противопоказаний для использования метода
- попросить пациентку повторить основные параметры инструкций, которые ей дали, чтобы убедиться в правильности её восприятия
- ответить на оставшиеся вопросы
- дать рекомендацию по следующему плановому визиту в ближайшие 1-2 цикла для оценки комплаентности пациентки и отсутствии негативных явлений
- дать рекомендацию по внеплановому визиту при возникновении осложнений
- заполнить медицинскую документацию, назначить следующий визит

3. Динамическое плановое консультирование:

- оценить удовлетворённость пользователя выбранным методом
- выявить возникшие проблемы
- оценить реализацию факторов риска
- установить характер возможных побочных действий и осложнений
- назначить необходимые обследования при наличии показаний
- повторить инструкцию по использованию метода
- назначить следующий визит через 6-12 месяцев

4. Неотложное консультирование:

- оценить проблему, с которой обратилась пациентка
- успокоить, разъяснить причину возникшего осложнения
- обсудить с пациенткой/партнёрами возможные риски
- в случае незащищённого полового акта или аварийной ситуации при использовании барьерных методов (разрыв презерватива, смещение презерватива или диафрагмы) рекомендовать экстренную контрацепцию в зависимости от дня цикла

- в случае возникновения аномальных маточных кровотечений определить патогенез кровотечения и провести соответствующую терапию, по возможности не прекращая использование выбранного метода
- по показаниям подобрать другой, более приемлемый метод контрацепции
- назначить повторный визит для оценки ситуации в ближайшее время

4.4. Оценка пациентов

В начале этапа консультирования важно провести оценку психологического, социального и клинического статуса пациентов, чтобы выбрать стиль поведения, манеру общения и речи, то есть использовать вербальные и невербальные приёмы для создания правильной мотивации пациентки(а), которая и должна определить её (его) контрацептивный выбор.

С этой целью в международных руководствах предложены оценочные таблицы, позволяющие в короткий период времени выделить принципиальные моменты для консультирования (P.D.Blumenthal, N.McIntoch, 1998, JHPIEGO). Мы модифицировали эти таблицы, адаптировав их для российского пользователя (Табл.1, 2).

Таблица 1.

Клиническая оценка потенциальных пользователей гормональной контрацепции

№	Критерий оценки	Есть	Нет
1	Кормление грудью и наличие ребёнка менее 6 недель		
2	Кровянистые выделения различной интенсивности из влагалища после полового акта, межменструальные, нерегулярные менструальные		
3	Иктеричность кожи и склер		
4	Курение в возрасте старше 35 лет		
5	Сахарный диабет		
6	Сильные головные боли, мигрень с аурой		
7	Эпизоды нарушения зрения		
8	Сильные боли в мышцах нижних конечностей и их отёк		
9	Сильная боль за грудиной		
10	Повышенное артериальное давление		
11	Инфаркт, инсульт, пороки сердца		
12	Тромбоз глубоких вен голени, илео-фemorальный тромбоз		
13	Подтверждённая наследственная тромбофилия		
14	Рак молочной железы, фиброаденома молочной железы		
15	Лечение эпилепсии (фенитоин, барбитураты) или туберкулёза (рифампицин)		

Наряду с оценкой клинического состояния пациентки в момент визита, важно выяснить определённые анамнестические данные, которые могут проявиться на фоне контрацепции.

Таблица 2.

Оценка анамнеза потенциальных пользователей гормональной контрацепции

№	Критерий оценки	Есть	Нет
1	Привычное невынашивание беременности		
2	Презклампсия, эклампсия		
3	Патологическая и массивная кровопотеря в родах		
4	Гиперпластические процессы эндо- и миометрия (аномальные маточные кровотечения, эндометриоз, миома матки)		
5	Инфаркт, инсульт, тромбоз глубоких вен голени, илео-фemorальный тромбоз у ближайших кровных родственников в возрасте до 60 лет		
6	Рак молочной железы в настоящее время и в анамнезе		
7	Злокачественные опухоли различной локализации		
8	Гепатит, цирроз, опухоли печени		

При выявлении факторов риска необходимо предложить промежуточный метод контрацепции, назначить обследование для уточнения реального риска выявленных отклонений в состоянии здоровья, сопоставить с Критериями приемлемости контрацепции, обсудить с пациенткой возможность выбора другого метода.

Женщины, имеющие хронические заболевания, в том числе серьезные, особенно нуждаются в контрацепции. Незапланированная беременность может угрожать здоровью и даже жизни определённых категорий пациенток не только в случае её вынашивания и родов, но и в случае её прерывания. Выбор метода контрацепции в таких обстоятельствах является непростой задачей, поскольку существующая проблема может ограничить число подходящих женщине методов.

Состояния, при которых незапланированная беременность угрожает здоровью женщины (Национальные критерии приемлемости методов контрацепции, Москва, 2012г.):

- Рак молочной железы
- Осложненные приобретенные пороки сердца
- Диабет: инсулинозависимый; с нейропатией, микрососудистыми или макрососудистыми осложнениями, а также при длительности заболевания > 20 лет
- Рак тела матки или яичников
- Эпилепсия
- Артериальная гипертония (систолическое АД >160 мм рт. ст. или диастолическое АД >100 мм рт. ст.)
- ВИЧ-инфекция и СПИД
- Ишемическая болезнь сердца
- Злокачественная трофобластическая болезнь
- Злокачественные опухоли печени (гепатома и гепатоцеллюлярная карцинома печени)
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени
- Серповидноклеточная анемия

- ИППП (при наличии риска ВИЧ-инфекции и других ИППП требуется двойная защита – против инфекций и нежелательной беременности, что достигается постоянным и правильным применением презервативов или их сочетанием с другими методами контрацепции)
- Инсульт
- Системная красная волчанка
- Тромбогенные мутации
- Туберкулез

Для предоставления квалифицированной помощи в сфере планирования семьи и деторождения специалистам требуются специальные медицинские знания, навыки психологического взаимодействия с пациентами обоих полов и различных возрастных категорий и общекультурные компетенции с целью формирования мотивации использования контрацепции и помощи в её правильном выборе.

5. МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Медицинские эксперты ВОЗ ещё в 1996 г. разработали подход к классификации приемлемости использования различных методов контрацепции на основе сопоставления риска и преимуществ использования метода контрацепции для здоровья женщины, страдающей определенными заболеваниями или находящейся в определенной ситуации. Этот подход отходит от традиционных «противопоказаний» или «предосторожности» относительно использования определенного метода. Оценка состояния здоровья женщины основана на приемлемости использования ею того или иного метода контрацепции.

Документ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC)) представляет собой руководство по безопасному использованию методов контрацепции. Целью документа является улучшение доступности и качества услуг по планированию семьи путем обеспечения политиков, лиц, принимающих решения, и научного сообщества рекомендациями, которые могут быть использованы для разработки или пересмотра национальных руководств по медицинским критериям приемлемости использования конкретных методов контрацепции. Методы, охватываемые настоящим руководством, включают все гормональные контрацептивы, внутриматочные средства, барьерные методы, прерванный половой акт, метод лактационной аменореи, мужскую и женскую стерилизацию, а также экстренную контрацепцию. Эти рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины, позволяют рассмотреть несколько методов, которые могут быть безопасно использованы людьми с учётом их индивидуальных особенностей и полностью реализовать их право на репродуктивный выбор.

Подход к предоставлению противозачаточных средств на основе соблюдения прав предполагает целостное восприятие клиенток, которое учитывает их сексу-

альные и репродуктивные потребности и все соответствующие критерии приемлемости при оказании помощи в выборе и безопасном использовании метода планирования семьи.

Данный документ в первую очередь рассматривает медицинские критерии приемлемости использования контрацептивов, однако при выборе контрацептива следует учитывать поведенческие, психологические и другие немедицинские критерии. Выбор женщин часто ограничен прямыми или косвенными социальными, экономическими и культурными факторами и подвержен изменениям. Процесс выбора контрацепции, как правило, требует компромиссных решений с учетом преимуществ и недостатков различных методов.

«Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC)) являются руководством по приемлемости различных методов контрацепции для женщин с определенными заболеваниями или с клинически значимыми физиологическими или личностными характеристиками.

Предлагаются четыре класса или категории приемлемости контрацепции:

Класс 1 - нет ограничений для использования метода

Класс 2 - преимущества использования метода в целом преобладают над теоретическим и практическим риском

Класс 3 - Теоретический или практический риск в целом преобладает над преимуществами

Класс 4 - Недопустимый риск для здоровья: использование данного метода не разрешено.

В данной главе мы приводим некоторые, наиболее часто встречающиеся проблемы и ограничения в подборе контрацепции. В настоящее время для практического применения можно использовать «Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», Москва, 2012 г. и «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции», Всемирная организация здравоохранения, 5-е издание, 2015 г.

Рабочая группа, занимавшаяся подготовкой последнего издания «Критериев», пришла к заключению о том, что данные, доступные для КОК, относятся и к комбинированному контрацептивному пластырю, и влагалищному кольцу, поэтому у пластыря и кольца должны быть те же самые категории, что и у КОК. Представленные категории должны считаться предварительными, они могут быть пересмотрены, как только станут доступными новые данные.

Следует учитывать, что если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции.

Рекомендации ВОЗ по медицинским критериям приемлемости контрацептивов следует использовать с учетом условий, в которых клиентам предоставляются контрацептивные услуги. Руководители программ и лица, принимающие политиче-

ские решения, могут изменить систему классификации критериев при разработке методических рекомендаций по предоставлению услуг в зависимости от местных условий и ситуаций. Например, там, где ограничены возможности клинической подготовки специалистов и оказания практической помощи, классификацию, состоящую из четырех классов, можно упростить до классификации из двух классов. Согласно этой схеме, специалисты на местах будут в основном работать с женщинами, по состоянию здоровья соответствующими условиям Классов 1 и 2, и не будут оказывать услуги женщинам, относящимся к Классам 3 и 4. Результативность такого подхода должна быть оценена в каждой конкретной ситуации.

В Приложении 1 представлены критерии приемлемости всех видов контрацепции согласно изданию ВОЗ 2015 г.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ СПРАВОЧНИК

№	Название	Состав	Разновидность, клинический эффект
Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК)			
Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)			
Эстроген-гестагенные препараты 2-го поколения			
1	Микрогинон	Этинил эстрадиол (ЭЭ) 30 мкг, ЛНГ 150 мкг	Монофазный низкодозированный препарат
2	Минизистон	ЭЭ 30 мкг, ЛНГ 125 мкг	
3	Ригевидон	ЭЭ 30 мкг, ЛНГ 150 мкг	
4	Тризистон	ЭЭ 30-40-30 мкг, ЛНГ 50-75-125 мкг	Трёхфазный низкодозированный препарат
5	Триквилар	ЭЭ 30-40-30 мкг, ЛНГ 50-75-125 мкг	
6	Трирегол	ЭЭ 30-40-30 мкг, ЛНГ 50-75-125 мкг	
Эстроген-гестагенные препараты 3-го поколения			
1	Логест	ЭЭ 20 мкг, гестоден 75 мкг	Монофазный микродозированный препарат
2	Линдинет 20	ЭЭ 20 мкг, гестоден 75 мкг	
3	Новинет	ЭЭ 20 мкг, дезогестрел 150 мкг	
4	Мерсилон	ЭЭ 20 мкг, дезогестрел 150 мкг	
5	Регулон	ЭЭ 30 мкг, дезогестрел 150 мкг	
6	Линдинет 30	ЭЭ 20 мкг, гестоден 75 мкг	Монофазный низкодозированный препарат
7	Фемоден	ЭЭ 20 мкг, гестоден 75 мкг	
8	Гестарелла	ЭЭ 20 мкг, гестоден 75 мкг	
9	Марвелон	ЭЭ 30 мкг, дезогестрел 150 мкг	
10	Три-Мерси	ЭЭ 35-30-30 мкг, дезогестрел 50-100-150 мкг	Трёхфазный низкодозированный препарат

Эстроген-гестагенные препараты 4-го поколения			
1	Джес 24/4	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	Монофазный микродозированный препарат с антиандрогенным эффектом
2	Димиа	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	
3	Видора-микро	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	
4	Видора-микро 24/4	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	
5	Лея 24/4	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	
6	Модэлль-тренд	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг	
7	Жанин	ЭЭ 20 мкг, диеногест 2 мг	
8	Силует	ЭЭ 20 мкг, диеногест 2 мг	
9	Диециклен	ЭЭ 30 мкг, диеногест 2 мг	Монофазный низкодозированный препарат с антиандрогенным эффектом
10	Бонадэ	ЭЭ 30 мкг, диеногест 2 мг	
11	Мидиана	ЭЭ 30 мкг, дроспиренон 3 мг	
12	Ярина	ЭЭ 30 мкг, дроспиренон 3 мг	
13	Видора	ЭЭ 30 мкг, дроспиренон 3 мг	
14	Модэлль-про	ЭЭ 30 мкг, дроспиренон 3 мг	
15	Ярина Плюс	ЭЭ 30 мкг, дроспиренон 3 мг, кальция левофемолат 451 мкг	Монофазный низкодозированный препарат с антиандрогенным эффектом в сочетании с легкоусвояемой формой фолатов в дозировке, оптимальной для прегравидарной подготовки
16	Джес Плюс	ЭЭ 20 мкг, дроспиренон 3 мг, кальция левофемолат 451 мкг	Монофазный микродозированный препарат с антиандрогенным эффектом в сочетании с легкоусвояемой формой фолатов в дозировке, оптимальной для прегравидарной подготовки
Эстроген-гестагенные препараты с биоидентичным эстрадиолом			
1	Клайра	Эстрадиола валерат (ЭВ) 2 мг, диеногест 3 мг	Трёхфазный препарат с антиандрогенным и антиминералокортикоидным эффектом
2	Зоэли 24/4	Эстрадиола гемигидрат 1,55 мг, номегэстрола ацетат 2,5 мг	Монофазный препарат
Эстроген-гестагенные препараты с антиандрогенным действием			
1	Диане-35	ЭЭ 35 мкг, ципротерона ацетат 2 мг	Монофазный низкодозированный препарат с антиандрогенным эффектом
2	Беллуне-35	ЭЭ 35 мкг, ципротерона ацетат 2 мг	
3	Хлое	ЭЭ 35 мкг, ципротерона ацетат 2 мг	
4	Модэлль-пьюр	ЭЭ 35 мкг, ципротерона ацетат 2 мг	
5	Белара	ЭЭ 30 мкг, хлормадинона ацетат 2 мг	

КОК пролонгированного действия			
1	Модэлль Либера	84 таблетки ЭЭ 20 мкг, ЛНГ 100 мкг, 7 таблеток ЭЭ 10 мкг	Микродозированный препарат пролонгированного действия
Комбинированные парентеральные контрацептивы			
1	Новаринг	Общая доза: 2,7 мг ЭЭ (15 мкг в сутки), этоногестрела 11,7 мг (120 мкг в сутки)	Ультрамикродозированный препарат для интравагинального применения
2	Евра	Общая доза: 600 мкг этинилэстрадиола (33,9мкг в сутки) и 6 мг норэргестромина (203 мкг в сутки)	Микродозированный препарат для трансдермального применения
Чистопрогестиновые гормональные контрацептивы (ЧПГК)			
Чистопрогестиновые оральные контрацептивы (ЧПОК)			
1	Чарозетта	Дезогестрел 75 мкг	Монофазный препарат
2	Лактинет	Дезогестрел 75 мкг	
3	Модел-ль-мам	Дезогестрел 75 мкг	
Чистопрогестиновые оральные препараты для экстренной контрацепции			
1	Эскапел	ЛНГ 1,5 мг	Монофазный препарат
2	Постинор	ЛНГ 0,75 мг	
Чистопрогестиновые парентеральные контрацептивы			
1	Мирена	ЛНГ 52 мг	Внутриматочная релизинг-система
2	Импланон (НКСТ)	Этоногестрел 68 мг	Релизинг-система для подкожного применения
3	Депо провера-150	Медроксипрогестерона ацетат 150 мг	Инъекционный препарат для внутримышечного введения

7. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ТЕМЕ КОНТРАЦЕПЦИИ

7.1. Тестовые задания

1. К естественным методам контрацепции относится:
 - а) добровольная хирургическая стерилизация
 - б) использование спермицидов
 - в) половое воздержание
 - г) внутриматочное средство
2. Индекс Перля это:
 - а) количество беременностей на 100 женщин в год
 - б) количество беременностей у одной женщины
 - в) соотношение между количеством родов и аборт
 - г) количество аборт в течение года
3. Недостатком метода прерванного полового акта является:
 - а) отсутствие материальных затрат
 - б) отсутствие влияния на грудное вскармливание
 - в) вовлечение мужчины в планирование семьи
 - г) требует высокой мотивации партнёра на прерывание полового акта
4. Обязательное условие использование метода лактационной аменореи:
 - а) отсутствие необходимости в медицинском наблюдении
 - б) пассивная иммунизация ребёнка
 - в) исключительно грудное вскармливание
 - г) оптимальная инволюция матки
5. Барьер для использования метода лактационной аменореи:
 - а) кесарево сечение в анамнезе
 - б) отсутствие менструаций
 - в) отсутствие или раннее прекращение грудного вскармливания
 - г) утомляемость кормящей матери
6. Барьерные методы контрацепции женщин:
 - а) кондом, прерванный половой акт
 - б) внутриматочное средство
 - в) окклюзия маточных труб
 - г) фемидом, диафрагма
7. Недостатки мужского презерватива:
 - а) отсутствие влияния на грудное вскармливание
 - б) повсеместная продажа без рецептов
 - в) необходимость следовать инструкции по применению
 - г) отсутствие необходимости в вагинальном осмотре
8. Механизм действия женского презерватива:
 - а) предотвращает попадание спермы в половые пути женщины
 - б) предотвращает овуляцию
 - в) прекращает грудное вскармливание

- г) замедляет движение сперматозоидов
- 9. От инфекций половых путей женщину защищают:
 - а) кондом, фемидом, трубная окклюзия
 - б) шеечный колпачок, внутриматочное средство
 - в) кондом, фемидом, спермициды
 - г) вазэктомия, трубная окклюзия
- 10. Достоинства вагинальной диафрагмы:
 - а) блокирует овуляцию
 - б) защищает от восходящего инфицирования верхнего этажа половых путей
 - в) препятствует имплантации плодного яйца
 - г) зависит от мотивации партнёра
- 11. Механизм действия спермицидов:
 - а) вызывает изменения в эндометрии, препятствует имплантации плодного яйца
 - б) разрушает мембрану сперматозоидов, снижает их подвижность
 - в) снижает перистальтику маточных труб
 - г) снижает половое влечение
- 12. Недостатки и барьеры в использовании спермицидов:
 - а) независимость женщины от мужчины в планировании семьи
 - б) препятствуют наступлению беременности после прекращения использования
 - в) необходимость использования во время каждого полового акта
 - г) отсутствие системных эффектов
- 13. Разновидности современных внутриматочных средств:
 - а) состоят из инертных материалов, содержат ионы металлов, содержат прогестагены
 - б) содержат молочную кислоту и пробиотики
 - в) содержат антибиотики
 - г) содержат 9-ноноксинол
- 14. Потенциальные пользователи внутриматочной контрацепции:
 - а) женщины, больше не планирующие в будущем иметь детей
 - б) женщины, имеющие нескольких половых партнёров
 - в) женщины, которые не могут помнить о ежедневном приеме контрацептивов
 - г) женщины, имеющие нарушения менструальной функции
- 15. В состав ВМК «Мирена» входит:
 - а) дидрогестерон
 - б) микронизированный прогестерон
 - в) эстрадиола валерат
 - г) левоноргестрел

16. Механизм действия комбинированных оральных гормональных контрацептивов:
- а) замедление движения сперматозоидов во влагалище
 - б) спазм маточных труб
 - в) подавление овуляции за счёт антигонадотропного эффекта
 - г) разрушение мембраны сперматозоидов
17. Низкодозированные комбинированные оральные гормональные контрацептивы содержат:
- а) 20 мкг этинилэстрадиола
 - б) 50 мкг этинилэстрадиола
 - в) 50 мкг левоноргестрела
 - г) 30-35 мкг этинилэстрадиола
18. НоваРинг это:
- а) вагинальное кольцо, содержащее эстроген и прогестаген
 - б) трансдермальный пластырь, содержащий эстроген и прогестаген
 - в) внутриматочное средство, содержащее прогестаген
 - г) таблетка, содержащая дидрогестерон
19. Противопоказание для использования комбинированной гормональной контрацепции:
- а) воспалительные заболевания органов малого таза
 - б) артериальные тромбозы и ТЭЛА в анамнезе
 - в) варикозное расширение вен голени
 - г) рубец на матке после кесарева сечения
20. Вазэктомия это:
- а) окклюзия маточных труб
 - б) окклюзия семявыносящих протоков
 - в) введения кольца во влагалище
 - г) извлечение внутриматочного контрацептива

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
в	а	г	в	в	г	в	а	в	б	б	в	а	в	г	в	г	а	б	б

7.2. Ситуационные задачи

1. Пациентке 40 лет, в анамнезе 2 родов, 2 аборта. Последняя беременность 2 года назад завершилась искусственным абортom методом дилатации цервикального канала и кюретажа полости матки. В течение 1 года менструации стали очень обильными, выраженный болевой синдром в первые 2 дня. В анализе крови выявлен уровень гемоглобина 95г/л. При ультразвуковом исследовании матки установлено наличие аденомиоза 2-й степени. В течение 6 месяцев принимала диеногест 2 мг и использовала презерватив для контрацепции. На фоне диеногеста установилась аменорея. Подберите пациентке метод контрацепции и профилактики рецидива аденомиоза.

2. Пациентке 35 лет, вторые роды 4 месяца назад, после респираторного заболевания грудное вскармливание прекратила, возобновились менструации, есть небольшой избыток массы тела, желает сохранить менструальный цикл, принимать гормональные таблетки не хочет, так как боится пропустить приём, но принципиально против гормональных средств не возражает. Какие контрацептивы порекомендуете, исходя из максимальной эффективности, безопасности и приемлемости для пациентки?

3. Пациентке 18 лет, обратилась для подбора контрацепции, цикл 30-45 дней, нерегулярная половая жизнь с периодической сменой партнеров. Подберите оптимальный метод контрацепции и профилактики сопутствующих заболеваний.

4. На приём обратилась женщина 25 лет, не состоящая в браке, но имеющая одного постоянного партнёра, с которым использует контрацепцию презервативом. 15 часов назад во время защищённого полового акта произошёл разрыв презерватива. На данный момент 12-й день цикла. Можно ли предотвратить наступление беременности в данном случае? Какие рекомендации следует дать в экстренном порядке и как избежать вероятности незапланированной беременности в будущем?

5. Пациентка 43 года, в анамнезе 2 родов, 2 искусственных абортов, больше беременность не планирует. Менструации регулярные, умеренные, безболезненные. Ежедневно выкуривает до 20 сигарет. Гормонов в любом виде категорически хочет избежать. Выберите безопасный и эффективный метод контрацепции.

6. На приём обратилась супружеская пара для консультации по контрацепции. Пациентка 39 лет, замужем, в анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша и 1 замершая беременность в 1-м триместре, родов 2, последняя беременность завершилась 8 месяцев назад преждевременными абдоминальными родами в 34 недели в связи с тяжёлой преэклампсией. Ребёнок жив, развивается нормально. Мужу 45 лет, здоров, брак стабильный. Больше детей не планируют. Что можно рекомендовать данной супружеской паре?

7. Пациентке 41 год, в анамнезе 1 роды, 18 лет назад. Эпизодически повышается АД до 150/90 мм.рт.ст.. Половая жизнь интенсивная, партнёр один, 45 лет, здоров. Супруги планируют беременность через 6-8 месяцев в течение текущего года. Какой метод контрацепции предпочтителен? Какие дополнительные рекомендации следует дать?

8. Пациентка 25 лет, не курит, соматически здорова. 14 дней назад прервала беременность в сроке 8 недель методом мануальной вакуумной аспирации. В анамнезе 2 родов и 3 аборта. Следующую беременность планирует не ранее, чем через 2 года. Хотела бы получить консультацию по контрацепции. Ежедневный приём таблеток её не устраивает. Подберите необходимый метод контрацепции.

9. Студентка, 19 лет, половая жизнь с 17 лет, беременностей не было. Партнёр один, 23-х лет, офицер-подводник. Половые контакты 1 раз в 2-3 месяца. Беременность не планируют до окончания учёбы - через 3 года. Партнёр должен вернуться из плавания через неделю, у пациентки в настоящее время 3-й день цикла. Дайте рекомендации по контрацепции на ближайший и долгосрочный период.

10. Родильница, 23 года, 2 сутки после первых своевременных вагинальных

родов, планирует обеспечить грудное вскармливание не менее 1 года и новую беременность через 2-3 года. Внутриматочную контрацепцию исключает. Дайте необходимую консультацию по послеродовой контрацепции.

Правильное решение задач.

1. Оптимальным методом будет введение внутриматочной системы с левоноргестрелом, которая обеспечит надёжную контрацепцию и предотвратит прогрессирование аденомиоза.

2. При отсутствии грудного вскармливания может быть предложен комбинированный гормональный метод с ежедневным приёмом. Наиболее приемлемым будет вагинальное кольцо НоваРинг.

3. Пациентка нуждается в контрацепции с положительными неконтрацептивными свойствами (регуляция цикла) и защите от половых инфекций. Следует рекомендовать двойной метод: мужской или женский презерватив и препарат комбинированной гормональной контрацепции режиме 21+7, 24+4. Могут быть использованы пероральные, вагинальные и трансдермальные формы.

4. Следует немедленно принять препарат для экстренной контрацепции (левоноргестрел 1,5 мг). После приема препарата до наступления следующей менструации следует применять местные барьерные методы контрацепции (например, презерватив). С 1-го дня очередного цикла следует рекомендовать препарат комбинированной гормональной контрацепции в любой лекарственной форме (таблетки, вагинальное кольцо, пластырь) в наиболее приемлемом для неё режиме (21+7, 24+4, 63+7, 84+7).

5. Для данной пациентки оптимальным будет метод добровольной хирургической стерилизации, но можно предложить и внутриматочное медь-содержащее средство, предупредив о рисках воспалительных заболеваний верхнего этажа половой сферы и увеличения объема менструальной кровопотери.

6. У пациентки велика вероятность генетической или приобретённой тромбофилии, поэтому гормональная контрацепция ей может быть противопоказана. Учитывая возраст, факторы риска и отсутствие планов деторождения, оптимальным методом может быть окклюзия маточных труб. Однако, при высоком риске тромбоза могут быть выявлены противопоказания и для хирургического вмешательства, поэтому более целесообразно предложить партнёру вазэктомию.

7. Артериальная гипертония 1 степени при отсутствии других факторов риска не является противопоказанием для комбинированной гормональной контрацепции, но следует выбрать микро- или ультранизкодозированный препарат. Предварительно нужна консультация терапевта для уточнения причины и степени тяжести артериальной гипертензии и назначения гипотензивной терапии. При выявлении ограничений для комбинированного препарата следует рекомендовать чистопрогестагенное средство. С учётом планирования беременности показан приём фолатов в виде комбинированного с гормонами препарата или дополнительный приём фолиевой кислоты или мультивитаминовых комплексов для прегравидарной подготовки.

8. До очередной менструации половые контакты не рекомендуются во избежание инфицирования половых путей. Если воздержание не возможно, то следует рекомендовать использование барьерных методов (влагиалинная диафрагма, кондом, фемидом). С 1-го дня очередного цикла рекомендовать прием комбинированных гормональных средств с пролонгированным режимом: еженедельным - пластырь Евра, ежемесячным - вагинальное кольцо НоваРинг.

9. На ближайший период можно рекомендовать барьерную контрацепцию. Вероятно, для пары использование мужского презерватива будет не очень приемлемым, поэтому следует прибегнуть к женской барьерной контрацепции - влагиалишной диафрагме или женскому презервативу, а также спермицидам. Для страховки разъяснить методику экстренной контрацепции с использованием 1,5 мг левоноргестрела (эскапел). Как долгосрочный метод может быть рекомендовано введение подкожного имплантата (Импланон НКСТ) или внутриматочной системы с левоноргестрелом.

10. Необходима подробная консультация по поддержке исключительно грудного вскармливания, как метода лактационной аменореи до 4-6 месяцев послеродового периода. По истечении этого срока рекомендовать чистопрогестиновую контрацепцию по выбору пациентки: таблетки, инъекции, имплантат. Внутриматочная контрацепция может быть с использованием как медь-содержащих ВМС, так и ВМС с левоноргестрелом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование медицинских критериев приемлемости ВОЗ должно принести большую пользу программам планирования семьи. Эти критерии пересмотрены на основе последних научных данных и не противоречат ранее применявшимся критериям приемлемости использования различных методов контрацепции. Использование новых критериев будет способствовать большей уверенности специалистов, предоставляющих контрацептивные услуги, в правильности своих действий, что, в свою очередь, повысит степень удовлетворенности клиентов. При этом во многих случаях при выборе методов контрацепции могут быть сокращены объемы обследования, принятые в настоящее время, и оставлены только те, которые необходимы для обеспечения безопасности контрацепции. Самое важное заключается в том, что новые критерии помогут многим женщинам, ранее воздерживавшимся от применения того или иного метода контрацепции, снова рассмотреть возможность их использования. В целом эти критерии ВОЗ улучшат доступ к использованию безопасных, эффективных и соответствующих потребностям клиентов методов контрацепции.

КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

В данной таблице объединены критерии, изложенные в издании «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции», ВОЗ, 2015г. и «Национальные критерии приемлемости методов контрацепции», Москва, 2012г., касающиеся комбинированных гормональных контрацептивов (КГК), только прогестаген-содержащих контрацептивов (ПСК) и внутриматочных контрацептивов (ВМК). Аналогичные таблицы, касающиеся других методов контрацепции, изложены в указанных источниках.

Условные обозначения:

1) н - начало применения, п - продолжение применения

2) Класс (категория) приемлемости - 1,2,3,4.

* Информация содержится в «Национальных критериях»

**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет

***Комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК) в России не зарегистрированы

ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ	УСЛОВИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАЦЕПТИВА	КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)				ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК) = ЧИСТОПРОГЕСТИНОВЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ЧПК)			ВНУТРИМАТОЧНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ВМК)	
		КОК	КП	КВК	КИК	ПСТ	ДМПА/НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	Медь-ВМК	ЛНГ-ВМК
БЕРЕМЕННОСТЬ		Не применимо				Не применимо			4	4
ВОЗРАСТ	От менархе до < 40 лет	1	1	1	1	С менархе до <18 лет			С менархе до <20 лет	
						1	2	1	2	2
						С 18 до 45 лет			> 20 лет	
		1	1	1					1	1
						>45 лет				
ПАРИТЕТ	> 40 лет	2	2	2	2	1	2	1		
	рожавшие	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	нерожавшие	1	1	1	1	1	1	1	2	2
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	а) < 6 недель после родов	4	4	4	4	2	3	2	а) <48 часов в том числе после кесарева сечения после рождения послеста	
									1	2
	б) >6 недель после родов, < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	3	3	1	1	1	б) > 48 часов до < 4 недель	
									3	3
	в) > 6 месяцев после родов	2	2	2	2	1	1	1	в) > 4 недель	
									1	1

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД (у некормящих женщин)	а) < 21 дня • без других факторов риска ВТЗ • при других факторах риска ВТЗ	3 4	3 4	3 4	3 4	1	1	1	а) <48 часов в том числе после кесарева сечения после рождения последа	
	б) > 21 дня до 42-х дней • без других факторов риска ВТЗ • при других факторах риска ВТЗ	2 3	2 3	2 3	2 3	1	1	1	б) > 48 часов до < 4 недель	
	в) > 42-х дней	1	1	1	1	1	1	1	в) > 4 недель	
	г) послеродовый сепсис	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет							4	4
	а) в 1-м триместре	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	б) во 2-м триместре	1	1	1	1	1	1	1	2	2
ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД	в) сразу после септического аборта	1	1	1	1	1	1	1	4	4
	в) сразу после септического аборта	1	1	1	1	1	1	1	4	4
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	В анамнезе	1	1	1	1	2	1	1	1	1
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА	В анамнезе	1	1	1	1	1	1	1	1	1
КУРЕНИЕ	Возраст < 35 лет	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	Возраст > 35 лет					1	1	1	1	1
	а) < 15 сигарет/д.	3	3	3	3	1	1	1	1	1
	б) > 15 сигарет/д.	4	4	4	4	1	1	1	1	1
	*в) прекратила курение <1 года назад	3	3	3	3	1	1	1	1	1
	*г) прекратила курение ≥ 1 год и более	2	2	2	2	1	1	1	1	1
ОЖИРЕНИЕ	ИМТ > 30 кг/м2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	Менархе до <18 лет и ИМТ >30 кг/м2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ	*Операции, уменьшающие объем желудка	1	1	1	1	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет				
	*Операции, укорачивающие функциональную длину тонкого кишечника	3	3	1	1	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет				
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ										
ИЗМЕРЕНИЕ АД НЕДОСТУПНО		Не применимо				Не применимо			Не применимо	
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	Артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение	3-4	3-4	3-4	3-4	2	3	2	1	2

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	Гипертензия в анамнезе, когда АД невозможно оценить	3	3	3	3	2	2	2	1	1
	Адекватно контролируемая гипертензия, при которой АД возможно оценить	3	3	3	3	1	2	1	1	1
	Повышенное АД а) АД 140-159 / 90-99 мм рт.ст. б) АД > 160 / < 100 мм рт.ст.	3 4	3 4	3 4	3 4	1 2	2 3	1 2	1 1	1 2
	Заблевающие сосудов	4	4	4	4	2	3	2	1	2
ВЫСОКОЕ АД во время беременности	При нормальном АД в настоящее время	2	2	2	2	1	1	1	1	1
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ) / ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)	"ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянты не используются"	4	4	4	4	2	2	2	1	2
	Острые ТГВ/ТЭЛА	4	4	4	4	3	3	3	1	3
	"ТГВ/ТЭЛА, стабилизация антикоагулянтной терапии не менее 3-х мес.	4	4	4	4	2	2	2	1	2
	Семейный анамнез (у ближайших родственников)	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	Большое хирургическое вмешательство а) с длительной иммобилизацией б) без длительной иммобилизации	4 2	4 2	4 2	4 2	2 1	2 1	2 1	1 1	2 1
	Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	"Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле"	3	3	3	3	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
ВЫЯВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ	Недостаточность протромбина S, C и антипротромбина	4	4	4	4	2	2	2	1	2
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН	Варикозное расширение вен нижних конечностей	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Тромбоз поверхностных сосудов нижних конечностей	2	2	2	2	1	1	1	1	1
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	"В настоящий момент или в анамнезе, в том числе после проведенного оперативного лечения"	4	4	4	4	н/п 2/3	3	н/п 2/3	1	н/п 2/3
ИНСУЛЬТ	В настоящий момент или в анамнезе	4	4	4	4	н/п 2/3	3	н/п 2/3	1	2
УСТАНОВЛЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ	Без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний	2	2	2	2	2	2	2	1	2

* КЛАПАННЫЕ И ДРУГИЕ ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА	Без осложнений	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	4	4	4	1	1	1	2	2
"БОЛЕЗНЬ РЕЙНО	Первичная	1	1	1	***	В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
	Вторичная				***	В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
	а) без волчаночного антикоагулянта б) с волчаночным антикоагулянтом	1 4	1 4	1 4						
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ										
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)	Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	4	4	4	4	3	3	3	1	1
	Тяжелая тромбоцитопения	2	2	2	2	3	н/п 3/2	2	н/п 3/2	2
	Иммуносупрессивная терапия	2	2	2	2	2	2	2	н/п 2/1	2
	Ничего из вышеперечисленного	2	2	2	2	2	2	2	1	2
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ										
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	Немигренозные (умеренные или тяжелые)	н/п 1/2	н/п 1/2	н/п 1/2	н/п 1/2	1	1	1	1	1
	Мигрени									
	а) без ауры Возраст < 35 лет Возраст ≥ 35 лет	н/п 2/3 н/п 3/4 4	н/п 2/3 н/п 3/4 4	н/п 2/3 н/п 3/4 4	н/п 2/3 н/п 3/4 4	н/п 1/2 н/п 1/2 2/3	2 2 н/п 2/3	2 2 н/п 2/3	1 1 1	1 1 н/п 2/3
ЭПИЛЕПСИЯ	При приеме противосудорожных препаратов следует учитывать рекомендации по лекарственному взаимодействию	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА		1	1	1	1	1	1	1	1	1
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ	Нерегулярные менструации без больших кровопотерь	1	1	1	1	2	2	2	1	1
	Обильные или продолжительные кровотечения, регулярные и нерегулярные	1	1	1	1	2	2	2	2	н/п 1/2
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА	Подозрение на серьезное заболевание. До выяснения причины	2	2	2	2	2	3	3	н/п 4/2	н/п 4/2
ЭНДОМЕТРИОЗ		1	1	1	1	1	1	1	2	1
ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ	Доброкачественные опухоли яичников, в том числе, кисты	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Рак яичников (в период ожидания терапии)	1	1	1	1				н/п 3/2	н/п 3/2
ДИСМЕНОРЕЯ	Тяжелая	1	1	1	1	1	1	1	2	1

ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ	Снижающийся или неопределяемый уровень бета-ХГ	1	1	1	1	1	1	1	3	3
	Постоянно повышенный уровень бета-ХГ или трофобластическая опухоль	1	1	1	1	1	1	1	4	4
ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ	Цервикальный эктропион	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Цервикальная интраэпителиальная неоплазия	2	2	2	2	1	2	2	1	2
	Рак шейки матки (в период ожидания терапии)	2	2	2	2	1	2	2	n/n 4/2	n/n 4/2
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	Опухолевидное образование неустоенного характера	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	Доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Семейный анамнез рака	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Рак молочной железы а) в настоящий момент б) в анамнезе, отсутствующие признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	4	4	4	4	4	4	4	1	4
		3	3	3	3	3	3	3	1	3
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОМЕТРИИ	"Гиперплазия эндометрия	1	1	1	***	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
	Рак эндометрия *(в период ожидания терапии)	1	1	1	1	1	1	1	n/n 4/2	n/n 4/2
МИОМА МАТКИ	Без деформации полости матки	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	С деформацией полости матки	1	1	1	1	1	1	1	4	4
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)	ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент									
	а) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	б) без последующей беременности	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	ВЗОМТ в настоящий момент	1	1	1	1	1	1	1	n/n 4/2	n/n 4/2
ИППП	Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	1	1	n/n 4/2	n/n 4/2
	Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	Повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	1	1	n/n 2-3/3	n/n 2-3/3

ВИЧ/СПИД	Высокий риск ВИЧ-инфицирования	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	а) бессимптомное или лёгкое течение (1 или 2 стадия по ВОЗ)	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	б) тяжёлая или поздняя стадия СПИД (3-4 стадия по ВОЗ)	1	1	1	1	1	1	1	н/п 3/2	н/п 3/2
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ	Туберкулёз									
	а) экстрагенитальный	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	б) внутренних половых органов	1	1	1	1	1	1	1	н/п 4/3	н/п 4/3
	Малярия	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Шистосоматоз									
	а) неосложнённый	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	б) фиброз печени (при тяжёлой форме см. цирроз)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ										
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	Гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Без поражения сосудов									
	а) инсулинонезависимый	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	б) инсулинозависимый	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	Сахарный диабет тяжёлого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия)	3-4	3-4	3-4	3-4	2	3	2	1	2
	Длительность диабета > 20 лет	3-4	3-4	3-4	3-4	2	3	2	1	2
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	Простой зоб (эутиреоз)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Гипертиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Гипотиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ГЕПАТО-БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ										
*ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА	Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона	2-3	2-3	2-3	***	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	С клиническими симптомами									
	а) после холецистэктомии	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	б) после медикаментозного лечения	3	3	3	2	2	2	2	1	2
	в) в настоящее время	3	3	3	2	2	2	2	1	2
	Бессимптомные	2	2	2	2	2	2	2	1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ	Связанный с беременностью	2	2	2	2	1	1	1	1	1
	Связанный с приемом КОК в прошлом	3	3	3	3	2	2	2	1	2
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ	Острый или обострение хронического	н/п 3-4/2	н/п 3-4/2	н/п 3-4/2	н/п 3/2	1	1	1	1	1
	Ноосительство	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Хронический	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ЦИРРОЗ	Лепкий (компенсированный без осложнений)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Тяжелый (декомпенсированный)	4	4	4	3	3	3	3	1	3
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ	Доброкачественные а) очаговая узловая гиперплазия б) гепатоцеллюлярная аденома	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	Злокачественная (гепатома)	4	4	4	4	3	3	3	1	3
	Осложненный циррозом печени	4	4	4	***	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
*ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ										
АНЕМИИ	Талассемия	1	1	1	1	1	1	1	2	1
	Серповидно-клеточная анемия	2	2	2	2	1	1	1	2	1
	Железодефицитная анемия	1	1	1	1	1	1	1	2	1
* ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	Осложненная несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	4	4	4	***	**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет			**В Критериях ВОЗ 2015г. данных нет	
	Неосложненные случаи	2	2	2	***					
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ										
При одновременном использовании с другими лекарственными средствами эффективность контрацептивов может быть снижена. Контрацептивный выбор зависит от вероятной продолжительности использования контрацепции и лечения заболевания										
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	1	1	1	1	1	1	1	н/п 2-3/2	н/п 2-3/2
	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	н/п 2-3/2	н/п 2-3/2
	Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы	2	2	2	2	2	1-2	2	н/п 2-3/2	н/п 2-3/2
	Ингибиторы интегразы	1	1	1	1	1	Достоверных данных нет	1	н/п 2-3/2	н/п 2-3/2
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ	Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)	3	3	3	2	3	1-2	2	1	1
	Ламотригин	3	3	3	3	1	1	1	1	1
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ	Антибиотики широкого спектра действия	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Противогрибковые средства	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Антипаразитарные средства	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Рифампицин или рифабутин	3	3	3	2	3	1-2	2	1	1

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганезов С.С., Мороцкая А.В., Аганезова Н.В. Экстренная контрацепция: мнения врачей разных специальностей. Акушерство и гинекология. 2017. №4. С 137-143.
2. Аганезов С.С., Мороцкая А.В., Аганезова Н.В. Контрацепция среди молодежи: предпочтения и знания. Акушерство и гинекология. 2016. № 4. С. 126-132.
3. Буралкина Н.А., Батырова З.К., Киселева И.А., Хашченко Е.П. Гормональная контрацепция как тренд современного образа жизни. Medica mente. Лечим с умом. 2015. № 1. С. 38-40.
4. Галущенко Е.М. Внутриматочная контрацепция и воспалительные заболевания органов малого таза (обзор литературы) . Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 9-1. С. 32-36.
5. Гинекология. Национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР Медиа, 2017. 1048 с.
6. Громыко Н.Л. Современная гормональная контрацепция : польза и риски. Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2017. Т. 7. № 5. С. 1134-1139.
7. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Контрацепция в современной России: применение и информированность (популяционное исследование). Акушерство и гинекология, 2016. №2. С.108-113.
8. Ерофеева Л.В., Прилепская В.Н. Экстренная контрацепция на современном этапе: дискуссии экспертов и практика. Гинекология. 2014. Т. 16. № 4. С. 39-44.
9. Ерофеева Л.В. Комбинированная гормональная контрацепция, и не только... Медицинский совет. 2017. № 2. С. 38-44.
10. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Пузырева Л.В., Валеева Г.А. Гормональная контрацепция у пациенток групп риска (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2016. Т. 22. № 1. С. 60-66.
11. Ледин Д.С. Контрацепция у женщин с экстрагенитальной патологией: профилактика непланируемой беременности и нарушений репродуктивного здоровья. Здоровье женщины. 2016. № 1 (107). С. 18-21.
12. Малышева А.М. Предупреждение нежелательной беременности: барьерная контрацепция. Синергия Наук. 2018. № 19. С. 815-821
13. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, 5-е издание. ВОЗ. 2015. 185 с.
14. Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н. Гормональная контрацепция - алгоритм выбора. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016. № 4 (14). С. 102-109.
15. Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Яроцкая Е.Л. Современная контрацепция и качество жизни женщины. Доктор.Ру. 2017. № 3 (132). С. 37-42.
16. Прилепская В.Н., Назаренко Е.Г. Контрацепция и фоллаты: новые возможности профилактики и лечения Гинекология. 2018. Т. 20. № 1. С. 47-49.

17. Прилепская В.Н. Гормональная контрацепция. Клинические лекции . М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 256 с.
18. Прилепская В.Н. Внутриматочная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 192 с.
19. Пустотина О.А. Современная гормональная контрацепция: эволюция и тромбофилические риски. Эффективная фармакотерапия. 2014. № 45. С.4-17.
20. Пустотина О.А. Чистогестагенная имплантационная контрацепция (обзор международных клинических рекомендаций). Медицинский совет. 2015. № 20. С. 5-6.
21. Радзинский В. Е., Пустотина О. А. Планирование семьи в XXI веке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 256 с.
22. Руководство по контрацепции / под ред. Проф. В.Н.Прилепской. – 3 – е изд., перераб. и доп. М. : МЕДпресс-информ, 2017. 464 с.
23. Тихомиров А.Л. Комбинированная по составу и востребованности гормональная контрацепция. РМЖ. Мать и дитя. 2014. Т. 22. № 1. С. 38-40.
24. Тихомиров А.Л. Микродозированная оральная контрацепция с дополнительными возможностями Лечащий врач. 2016. № 5. С. 93.
25. Якушевская О.В., Юренева С.В. Венозная тромбозмболия и комбинированная оральная контрацепция. Акушерство и гинекология. 2016. № 9. С. 20-25.
26. Blumenthal P.D., McIntosh N. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции (перевод с английского). JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland. 1998.

Учебное издание
Методы контрацепции и критерии их применения:
учебное пособие под ред. Т.А. Обоскаловой.

Составители:
Обоскалова Татьяна Анатольевна
Изможерова Надежда Владимировна
Бакуринских Алексей Борисович
Аскерова Марина Геннадьевна
Киселева Марина Кесаревна
Росюк Елена Александровна
Прохорова Ольга Валентиновна

Учебное пособие рекомендовано к изданию
Центральным методическим советом УГМУ

Подписано в печать 20.07.19. Формат 60х84/16
Усл.п.л. 3,68 . Уч.-издат.л 7,51 Тираж 100 экз. Заказ № 346



ГЕДЕОН РИХТЕР
Заботимся

*о женском
здоровье*



ЭСМИЯ®

24+4
ДИМИА®

Фелара®

Линдинет

Мидиана®

ЛАКТИНЕТ®-РИХТЕР

Силует®

Реклама

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»

г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8.

Тел.: +7 (495) 987-18-80 e-mail: GRFarma@g-richter.ru

Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия) г. Москва

г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8.

Тел.: +7 (495) 987-15-55 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru