**Виды и методы контрацепции**

* [Главная](http://www.yamisha.ru)
* [Стиль жизни](http://www.yamisha.ru/category/stiljizni/)
* [Здоровье и красота](http://www.yamisha.ru/category/stiljizni/zdoroveikrasota/)
* Виды и методы контрацепции



Современный ритм жизни диктует нам свои правила. Он дает людям множество возможностей и ограничений. Он дает нам, пожалуй, самое главное – право выбирать. Современные пары в каждом отдельном случае сами решают важный вопрос о своем потомстве и в случае выбора контрацепции пары нередко теряются в многогранном изобилии предлагаемых методов контрацепции. В этой статье мы подскажем вам, какой вид контрацепции и в каких ситуациях предпочтителен,  отзывы о контрацепции и некоторые секреты.

Контраце́пция от новолат. contraceptio — буквально — противозачатие.

**Естесственный метод контрацепции**

Естественные методы контрацепции отличаются от других тем, что при их использовании во время полового акта не используется никаких других методов контрацепции, например, барьерных.

**Календарный метод контрацепции**

Данный метод основан на том, что, в идеале, если цикл женщины равен 28 дням, то овуляция происходит, как правило, на 14-ый день. Учитывая жизнеспособность сперматозоидов и яйцеклетки, женщине, чтобы избежать нежелательной беременности, не стоит заниматься неащищенным сексом за два дня до овуляции и два дня после нее.

**Как правильно использовать календарный метод контрацепции**

* Чтобы использование календарного метода был наиболее точен, женщине необходимо вести менструальный календарь, отмечая продолжительность каждого менструального цикла в течение не менее 8 месяцев;
* Женщине следует выявить самый короткий и самый длинный менструальный циклы;
* Используя методику по вычислению интервала возможности зачатия, необходимо найти первый "фертильный день" (день, когда возможна беременность)по данным самого короткого менструального цикла, и последний "фертильный день" по данным самого длинного менструального цикла;
* Учитывая продолжительность текущего менструального цикла, определить интервал возможности забеременеть;
* В этот период можно либо полностью воздержаться от половой жизни, либо применять барьерные методы и спермициды.

Календарный метод контрацепции не рекомендуется при нерегулярном менструальном цикле. При нерегулярном менструальном цикле выявление «опасных» дней практически невозможно.

**Температурный метод контрацепции**

Температурный метод контрацепции основан на определении времени подъема базальной температуры путем ежедневного ее измерения. Благоприятным для зачатия считается период от начала менструального цикла до тех пор, пока ее базальная температура будет повышена в течение трех последовательных дней.

**Как правильно пользоваться температурным методом контрацепции**

* Самое главное правило использования температурного метода контрацепции это – измерение базальной температуры в одно и тоже время утром, не вставая с постели;
* С вечера подготавливайте всё необходимое для измерения базальной температуры, кладите это в непосредственной близости от кровати.

**Цервикальный метод контрацепции**

Этот метод основан на наблюдениях за изменением влагалищных выделений в течение менструального цикла. Известен как метод естественного планирования семьи (метод Биллинга). После менструации и в период до наступления овуляции шеечная слизь отсутствует или наблюдается в незначительном количестве с белым или желтоватым оттенком. В дни непосредственно перед овуляцией слизь становится более обильной, светлой и эластичной, растяжение слизи между большим и указательным пальцами достигает 8-10 см. Овуляция наблюдается спустя день после исчезновения характерной слизи (при этом фертильный период продолжится дополнительно на 4 дня после исчезновения светлых, эластичных выделений).

**Симптотермальный метод контрацепции**

Симптотермальный метод контрацепции является методом, сочетающим в себе элементы календарного, цервикального и температурного, с учетом таких признаков, как появление болей внизу живота и скудных кровянистых выделений во время овуляции.

**Прерванный половой акт как метод контрацепции**

Принципом метода прерванного полового акта является то, что мужчина извлекает половой член из влагалища прежде, чем у него произойдёт эякуляция. В этом методе самым главным является контроль и реакция мужчины J

**Метод лактационной аменореи (МЛА) как вид контрацепции**

Контрацептивный эффект грудного вскармливания в течение 6 месяцев после рождения ребёнка. Можно рассчитывать на его эффективность только при соблюдении всех условий кормления. Эффективность его постепенно снижается.

**Барьерные методы контрацепции**

На сегодняшний день одним из самых популярных видов контрацепции является именно барьерный метод контрацепции. Барьерные методы являются традиционными и наиболее древними. В первой половине нашего столетия различные формы барьерных методов были единственными контрацептивными средствами. Появление более эффективных способов контрацепции за последние 20 лет значительно снизило популярность барьерных методов. Однако осложнения, которые могут возникать при применении более современных методов контрацепции, противопоказания к использованию, а также значительная распространенность заболеваний, передаваемых половым путем, заставляют совершенствовать барьерные методы контрацепции.

**Барьерные методы контрацепции разделяются на:**

* Женские: немедикаментозные барьерные и медикаментозные средства;
* Мужские барьерные средства.

Принципы действия барьерных контрацептивов заключаются в блокировании проникновения спермы в шеечную слизь.

**Преимущества барьерных методов контрацепции:**

* применяются и действуют только местно, не вызывая системных изменений;
* имеют небольшое число побочных эффектов;
* в значительной степени предохраняют от болезней, передающихся половым путем;
* практически не имеют противопоказаний для применения;
* не требуют привлечения консультации квалифицированного медицинского персонала.

**Применение барьерных методов контрацепции лучше в случаях:**

* противопоказания к использованию оральных контрацептивов и ВМС (внутриматочной спирали);
* во время лактации, поскольку они не оказывают влияния ни на количество, ни на качество молока;
* в первом цикле приема оральных контрацептивов с 5-го дня цикла, когда собственная активность яичников еще не полностью подавлена;
* при необходимости приема лекарственных средств, не сочетающихся с ОК или снижающих их эффективность;
* после самопроизвольного аборта до тех пор, пока не наступит период, благоприятный для новой беременности;
* в качестве временного средства перед производством стерилизации мужчины или женщины.

**Недостатки барьерных методов:**

* обладают меньшей эффективностью по сравнению с большинством оральных контрацептивов и внутриматочных средств;
* у некоторых пациентов использование невозможно вследствие аллергии на резину, латекс или полиуретан;
* для их успешного применения требуется постоянное внимание;
* употребление требует выполнения определенных манипуляций на гениталиях;
* большая часть барьерных контрацептивов должно применяться во время или непосредственно перед половым актом.

**Барьерная контрацепция для женщин**

**Влагалищная диафрагма (влагалищный пессарий)**

[](http://www.yamisha.ru/wp-content/uploads/2014/07/2di.jpg)  
Влагалищная диафрагма применяется с целью контрацепции изолированно или в сочетании с спермицидами. Влагалищная диафрагма препятствует проникновению сперматозоидов в матку. Она представляет собой куполообразный резиновый колпачок с гибким ободком, который вводится во влагалище до начала полового акта таким образом, чтобы задний ободок находился в заднем своде влагалища, передний касался бы лобковой кости, а купол покрывал бы шейку матки. Диафрагмы бывают разных размеров: от 50 до 150 мм. Нерожавшим женщинам обычно подходит влагалищная диафрагма размером 60-65 мм, а рожавшие женщины пользуются влагалищной диафрагмой размером 70-75 мм. После родов или исхудания размер должен быть подобран снова.

**Как использовать влагалищную диафрагму**

Женщина, выбравшая диафрагму в качестве метода контрацепции, должна быть проинструктирована врачом. Врач знакомит ее с анатомией таза и половых органов для того, чтобы женщина представляла расположение диафрагмы по отношению к шейке матки и самой матке.

**Процедура установки влагалищной диафрагмы:**

1. Гинекологом производится осмотр женщины и подбор диафрагмы по размеру и типу.
2. Введение диафрагмы: двумя пальцами правой руки женщина, сидя на корточках или лежа на спине, вводит во влагалище диафрагму (левой рукой женщина разводит половые губы) в сжатом виде сверху и продвигает ее по задней стенке влагалища, пока не достигнет заднего свода влагалища. Затем часть края, которая проходила последней, подталкивается кверху до соприкосновения с нижним краем лобковой кости.
3. После введения диафрагмы женщина должна проверить расположение диафрагмы, покрывающей шейку матки.
4. Медицинский работник проводит повторную проверку, чтобы определить, правильно ли женщина ввела диафрагму.
5. Извлечение влагалищной диафрагмы следует производить указательным пальцем путем подтягивания вниз за передний край. Если возникнут трудности, то женщина должна потужиться. После извлечения диафрагмы ее следует вымыть горячей водой с мылом, вытереть и поместить на 20 мин в 50-70% раствор спирта.

**Преимущества влагалищной диафрагмы:**

* простота применения;
* возможности многократного использования;
* безвредности и в значительной степени защиты от инфекций, передаваемых половым путем.

**Противопоказания к применению влагалищной диафрагмы:**

* эндоцервицит;
* кольпит;
* эрозия шейки матки;
* аллергия к резине и спермицидам;
* аномалии развития гениталий;
* опущение стенок влагалища и матки.

**Побочные эффекты влагалищной диафрагмы:**

* возможно инфицирование мочевых путей вследствие давления диафрагмы на уретру;
* возможно возникновение воспалительных процессов в местах контакта диафрагмы со стенками влагалища.

**Шеечные колпачки**

Колпачок из латекса или силикона, прикрывающий шейку матки; более надёжен при одновременном использовании спермицидов. В настоящее время существуют три типа цервикальных колпачков, изготовляемых из латексной резины.

Цервикальный колпачок Прентифа - глубокий, мягкий, резиновый, с твердым ободком и выемкой для усиления присоса. Своим ободком плотно насаживается возле соединения шейки и влагалищных сводов. Размеры колпачка Прентифа: 22, 25, 28, 31 мм (диаметр наружного ободка).

Колпачок Вимуля имеет форму колокола, его открытый конец шире, чем тело. Устанавливается непосредственно над шейкой матки, однако его открытый конец закрывает и часть влагалищного свода. Колпачок изготавливается трех размеров - диаметром 42, 48 и 52 мм.

Колпачок Думаса, или сводчатый колпачок, имеет конфигурацию плоского купола и напоминает диафрагму с той лишь разницей, что он изготавливается из более плотного материала и в его ободке отсутствует пружина. Колпачок выпускается размером от 50 до 75 мм.

[](http://www.yamisha.ru/wp-content/uploads/2014/07/kolpa4ki.jpeg)

Установленный колпачок закрывает шейку матки, своды и верхнюю часть влагалища и удерживается на месте стенками влагалища, а не за счет сцепления с шейкой матки.

**Инструкция по применению маточного колпачка**

Соответствующий тип и размер шеечного колпачка определяются во время осмотра гинекологом по форме и размеру шейки матки. Введение его через вход во влагалище облегчается за счет сжатия краев, а размещение над шейкой - за счет наклона колпачка во влагалище. Перед тем как вводить колпачок, на его внутреннюю поверхность надо нанести спермицидный препарат. После того как медицинский работник установил женщине колпачок, он должен ей объяснить, как проверить правильность установки средства и закрыта ли им шейка матки. Затем женщина извлекает колпачок и повторно его вводит, а медицинский работник проверяет, правильно ли она это выполняет. Не рекомендуется, чтобы колпачок находился во влагалище более 4 ч.

**Женский презерватив**

Женский презерватив представляет собой вставляемую во влагалище трубку из полиуретана или латекса.

[](http://www.yamisha.ru/wp-content/uploads/2014/07/5-1124-092579.jpg)

**Методы барьерной контрацепции для мужчин**

**Презерватив**

[](http://www.yamisha.ru/wp-content/uploads/2014/07/condoms.jpg)

Презерватив - единственное противозачаточное средство, применяемое мужчинами. Презерватив представляет собой мешотчатое образование из толстой эластичной резины, толщиной около 1 мм, в результате чего обеспечивается возможность увеличения презерватива в зависимости от размеров полового члена. Длина презерватива 10 см, ширина 2,5 см.

**Как пользоваться презервативом**

Скрученный презерватив надевают на половой член, находящийся в состоянии эрекции, когда головка не покрыта крайней плотью.

**Недостатки и побочные эффекты презерватива (как мужского так и женского):**

* возможно снижение сексуального ощущения у одного или обоих партнеров;
* необходимость применения презерватива в определенной стадии полового акта;
* возможно появление аллергии к латексной резине или к смазке, применяемой в презервативе;
* возможен разрыв презерватива.

**Преимущества презерватива (как мужского так и женского):**

* презерватив прост в употреблении;
* презерватив применяется непосредственно перед половым актом;
* презерватив предохраняет от заражения заболеваниями, передающимися половым путем, и ВИЧ-инфекции.

В данный момент презерватив и фемидом (женский презерватив) — единственные средства контрацепции, которые предохраняют от заболеваний, передающихся половым путём, в том числе ВИЧ-инфекции, поэтому ими можно пользоваться также дополнительно к другим (гормональным, химическим) контрацептивным методам («безопасный секс»). При этом наравне с защитой от инфекций повышается контрацептивный эффект.

**Химические средства контрацепции (спермициды)**

Механизм действия спермицидов заключается в инактивации спермы и препятствии проникновения ее в матку. Основным требованием, предъявляемым к спермицидам, является способность разрушать сперматозоиды за несколько секунд.

**Спермициды выпускаются в различных видах, а именно:**

* крема;
* желе;
* пенных аэрозолей;
* таящих свечей;
* пенящихся свечей и таблеток.

Некоторые женщины применяют с целью контрацепции спринцевания после полового акта растворами, обладающими спермицидным действием, уксусной, борной или молочной кислотой, лимонного сока. Учитывая данные о том, что через 90 с после полового акта в маточных трубах определяются сперматозоиды, спринцевание спермицидным препаратом нельзя считать надежным методом контрацепции.

Современные спермициды состоят из спермоубивающего вещества и носителя. Оба компонента играют одинаково важную роль в обеспечении контрацептивного эффекта. Носитель обеспечивает распространение химического вещества во влагалище, обволакивая шейку матки и поддерживая его так, чтобы ни один сперматозоид не смог бы избежать контакта со спермицидным ингредиентом.

**Как применять спермициды**

Спермициды могут использоваться с презервативами, диафрагмой, колпачками и самостоятельно. Спермициды вводят в верхнюю часть влагалища за 10-15 мин до полового акта. Для одного полового акта достаточно однократного использования препарата. При каждом последующем половом акте необходимо дополнительное введение спермицида.

**Преимущества спермицидов:**

* простота применения;
* обеспечение определенной степени защиты от некоторых заболеваний, передающихся половым путем;
* они являются простыми запасными средствами в первом цикле приема оральных контрацептивов.

**Недостатки спермицидов:**

* ограниченный период эффективности и необходимость некоторых манипуляций на половых органах.

**Гормональные виды контрацепции**

Гормональные препараты действуют по-разному, в зависимости от их состава.

**Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**

Эти препараты являются наиболее распространенной в мире формой гормональной контрацепции. Содержат эстроген и прогестин.

В зависимости от дозы эстрогенного и вида гестагенного компонентов ОК могут иметь преимущественно эстрогенный, андрогенный или анаболический эффект.

**Механизм действия оральных контрацептивов**

Механизм действия ОК основан на блокаде овуляций, имплантации, изменении транспорта гаметы и функции желтого тела.

**Блокада овуляции с помощью кОК**

Первичным механизмом блокады овуляции является подавление секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГТР) гипоталамусом. Происходит торможение секреции гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ и Л). Показателем гормонального подавления овуляции являются отсутствие пика эстрогенов в середине менструального цикла, торможение нормального постовуляторного увеличения содержания прогестерона в сыворотке. В течение всего менструального цикла продукция эстрогенов в яичниках остается на низком, соответствующем ранней фолликулярной фазе уровне.

**Влияние кОК на цервикальную слизь**

Сгущение и уплотнение цервикальной слизи становятся очевидными спустя 48 ч после начала введения прогестинов. Подвижность и способность сперматозоидов проникать в цервикальную слизь нарушается вследствие ее уплотнения и сгущения; цервикальная слизь становится сетчатой структурой и характеризуется пониженной кристаллизацией.

**Влияние КОК на имплантацию**

Имплантация развивающейся беременности наблюдается приблизительно через 6 дней после оплодотворения яйцеклетки. Для обеспечения успешной имплантации и развития беременности необходима достаточная зрелость поверхностных желез эндометрия с адекватной секреторной функцией и соответствующей структурой эндометрия для инвазии. Изменения уровней и нарушение соотношения эстрогенов и прогестерона приводят к нарушению функциональных и морфологических свойств эндометрия. Все это нарушает процесс имплантации. Транспорт оплодотворенной яйцеклетки изменяется под воздействием гормонов на секрецию и перистальтику фаллопиевых труб. Эти изменения нарушают транспорт сперматозоидов, яйцеклетки или развивающегося эмбриона.

**Эффективность и приемлемость КОК**

ОК являются единственным средством предупреждения беременности со 100% эффективностью. Принято различать теоретическую эффективность, которая предусматривает использование метода без ошибок и пропуска таблеток, и клиническую эффективность, которую вычисляют на основании числа наступивших беременностей в реальных условиях, учитывая погрешности, допускаемые женщинами.

**Таким образом, КОК отвечают всем требованиям, предъявляемым к современным контрацептивным средствам:**

* высокая эффективность в предупреждении беременности;
* удобство в применении (coitus-независимые);
* обратимость воздействия.

**Принципы применения оральных контрацептивов**

Несмотря на то что современные контрацептивы содержат низкие дозы половых гормонов и хорошо переносимы, они все же являются лекарственными препаратами, применение которых имеет различные ограничения. Основной терапевтический принцип состоит в необходимости назначения каждой женщине той наименьшей дозы стероидов, которая может обеспечить оптимальную надежность контрацепции. Для постоянного прием здоровым женщинам рекомендуются ОК, содержащие не более 35 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела или 1,5 мг норэтистерона. Важнейшей задачей врача является выявление женщин, которым гормональная контрацепция противопоказана, что делает необходимым тщательный сбор анамнеза и внимательное обследование каждой пациентки.

**Абсолютными противопоказаниями к использованию КОК являются следующие заболевания, имеющиеся у пациентки в настоящее время, или наличие их в анамнезе:**

* подтвержденная или предполагаемая беременность;
* сердечно-сосудистые заболевания;
* тромбоэмболии в анамнезе;
* варикозное расширение вен при наличии тромбофлебита в анамнезе;
* заболевания сосудов головного мозга;
* злокачественные опухоли половых органов и молочных желез;
* заболевания печени;
* серповидноклеточная анемия;
* тяжелые формы гестоза в анамнезе;
* диабет;
* артериальное давление выше 160/95 мм рт.ст.;
* заболевания желчного пузыря;
* курение;
* трофическая язва голени;
* долговременная гипсовая повязка;
* предиабет;
* сильные головные боли;
* значительные головные боли;
* значительный избыток веса;
* возраст 40 лет и выше;
* эпилепсия;
* гиперхолестеринемия;
* заболевания почек.

**Системные изменения при приеме ОК**

Прием ОК может оказывать неблагоприятные воздействия на сердечно-сосудистые заболевания; обменные и биохимические процессы; заболевания печени; некоторые формы рака. Следует подчеркнуть, что все вышеуказанные осложнения касаются приема таблеток с содержанием эстрогена 50 мкг и высоким содержанием гестагенов 1-го и 2-го поколения. Указанное негативное воздействие не проявляется при применении ОК с меньшими дозами эстрогенов и гестагенами 3-го поколения. Кроме того, существует ряд факторов риска, обусловливающих возникновение осложнений при приеме ОК: курение; ожирение; возраст старше 35 лет; тяжелые токсикозы в анамнезе.

К наиболее серьезным осложнениям при приеме ОК относится тромбоэмболия. Эстрогены повышают большинство показателей свертываемости крови, в то время как антикоагулянтный фактор - антитромбин III - снижается. Тенденции к агрегации тромбоцитов возрастают. Результатом может быть тромбообразование. Оральные контрацептивы с содержанием эстрогенов более чем 50 мкг частоту смертельной эмболии увеличивают в 4-8 раз. Использование последнего по-коления ОК, содержащих малые дозы эстрогенов - 20-35 мкг, лишь несколько повышает смертность от эмболий по сравнению с контингентом, не использующим ОК.

Риск развития тромбоэмболии у курящих женщин возрастает. Курение увеличивает смертность от тромбоэмболии у женщин, принимающих ОК, в возрасте старше 35 лет в 5 раз и старше 40 лет в 9 раз. Следует отметить, что смертность от тромбоэмболии у курящих женщин в 2 раза выше, чем у принимающих ОК. Сочетание нескольких факторов риска у женщин, принимающих ОК, увеличивает вероятность развития тромбоэмболии в 5-10 раз. При назначении ОК всегда следует помнить, что риск развития тромбоэмболии, связанный с приемом ОК, в 5-10 раз меньше опасности, связанной с нормальной беременностью и родами.

Следует отметить, что увеличение частоты возникновения диабета в группе женщин, применяющих ОК, по сравнению с контрольной изменения углеводного обмена в организме здоровой женщины оказывает транзиторный характер и исчезают после отмены ОК. Кроме того, указанные нарушения углеводного обмена наблюдаются только при приеме препаратов, содержащих высокие дозы стероидов. Женщины с установленной ранее толерантностью глюкозе должны относиться к группе риска и находиться под постоянным наблюдением врача. Оральные контрацептивы могут назначаться молодым женщинам с установленным диабетом в отсутствии других факторов риска. Монопрепараты, содержащие только гестагенный компонент, влияют на углеводный обмен в значительно меньшей степени, чем комбинированные. Они являются препаратами выбора гормональной контрацепции у больных диабетом.

**Оральные контрацептивы и фертильность**

После прекращения приема ОК овуляция быстро восстанавливается и более 90% женщин способны забеременеть в течение двух лет. Термин "Post-pill" аменорея используется для описания случаев вторичной аменореи в течение более 6 месяцев после прекращения приема ОК. Аменорея более 6 месяцев возникает примерно у 2% женщин и особенно характерна для ранних и поздних репродуктивных периодов фертильности.

**Оральные контрацептивы и беременность**

У женщин, использовавших ОК, не повышается частота самопроизвольных выкидышей, внематочной беременности или нарушений со стороны плода. В тех редких случаях, когда женщина случайно принимала ОК в период ранней беременности, также не выявлено их повреждающее влияние на плод.

**Оральные контрацептивы и возраст**

Важное значение имеет вопрос о возрасте, в котором женщина может начать принимать ОК для предупреждения незапланированной беременности. Ранее существовало предубеждение по отношению к назначению оральной контрацепции девушкам-подросткам. В настоящее время такие представления отвергнуты. В любом случае прием противозачаточных таблеток представляет собой лучшую альтернативу беременности и тем более аборту в подростковом возрасте. Было доказано, что ОК не оказывают влияния на рост тела и не увеличивают риск возникновения аменореи.

Потребность в эффективной контрацепции очевидна и в период, предшествующий менопаузе. В тех случаях, когда для женщины и ее партнера неприемлемы другие методы контрацепции, когда исключены факторы риска сердечно-сосудистых и метаболических осложнений, таких как гипертония, сахарный диабет, ожирение, гиперлипидемия, возможен прием ОК до наступления менопаузы. Возраст женщины не так важен при отсутствии факторов риска. Создание современных ОК с низкими дозами гормонов позволяет использовать их женщинами до 45 лет и старше. Препаратом выбора в этом возрасте могут быть препараты, содержащие только гестагены.

**Оральные контрацептивы во время лактации**

Комбинированные контрацептивы нежелательным образом воздействуют на количество и качество молока, могут сокращать продолжительность лактации, поэтому они не должны назначаться до прекращения грудного вскармливания. Если женщина желает использовать ОК в период лактации, то должны применяться только гестагенные контрацептивы.

**Продолжительность применения КОК**

При постоянном врачебном контроле, отсутствии противопоказаний женщины могут продолжать прием ОК в течение многих лет. Не существует достаточно оправданных причин для периодического воздержания от приема оральных контрацептивов.

**Взаимодействие ОК с лекарственными препаратами**

В случае назначения ОК необходимо учитывать возможность их лекарственного взаимодействия с целым рядом препаратов, проявляющееся в ослаблении контрацептивного эффекта, в случае их одновременного применения.

**Ослабление контрацептивного эффекта возможно если женщина принимает:**

* анальгетики;
* антибиотики и сульфаниламиды;
* противоэпилептические средства;
* снотворные и транквилизаторы;
* нейролептики;
* противодиабетические средства;
* гиполепидемические средства;
* цитостатики;
* миорелаксанты.

**Побочные реакции и осложнения при приеме ОК**

Побочные реакции и осложнения при приеме ОК в основном связаны с нарушением эстроген-прогестеронового баланса. Они чаще всего наблюдаются в первые 2 месяца приема ОК (10-40%), а затем отмечаются только у 5-10% женщин.

Побочные реакции при приеме ОК, обусловленные избыточным содержанием эстрогенного или гестагенного компонента.

**Возможные побочные реакции при приеме ОК:**

* головная боль;
* увеличение массы тела;
* гипертония;
* повышенная утомляемость;
* тошнота, рвота;
* депрессия;
* головокружение;
* снижение либидо;
* раздражительность;
* акне;
* нагрубание молочных желез;
* облысение;
* тромбофлебит;
* холестатическая желтуха ;
* лейкорея;
* головная боль между приемом ОК;
* хлоазма;
* скудные менструации;
* судороги в ногах;
* приливы;
* вздутие живота;
* сыпь;
* сухость вагины.

**Мини – пили**

Мини пили содержат только прогестин, не имеют побочных эффектов эстрогенов. Мини-пили принимают в постоянном режиме, начиная с 1-го дня цикла ежедневно, в течение 6-12 мес. Как правило, в начале использования мини-пили отмечаются межменструальные кровянистые выделения, частота которых постепенно уменьшается и к 3-му месяцу приема полностью прекращается. Если на фоне приема мини-пили появляются межменструальные кровянистые выделения, то можно рекомендовать назначение на 3-5 дней по 1 таблетке ОК, что дает быстрый гемостатический эффект. Поскольку других побочных эффектов мини-пили не да ют, использование их в клинической практике имеет широкие перспективы.

**Как работают мини-пили:**

* Изменение количества и качества цервикальной слизи, усиление ее вязкости;
* Уменьшение пенетрирующей способности сперматозоидов;
* Изменения в эндометрии, исключающие имплантацию;
* Угнетение подвижности маточных труб.

Мини-пили не влияют на свертывающую систему крови, не изменяют толерантность к глюкозе. В отличие от комбинированных ОК мини-пили не вызывают изменений концентрации основных показателей липидного обмена. Изменения в печени при приеме мини-пили крайне незначительны. Исходя из особенностей мини-пили, их можно рекомендовать в качестве метода контрацепции женщинам с экстрагенитальными заболеваниями (заболеваниями печени, гипертензией, тром-бофлебитическими состояниями, ожирением).

**Мини-пили особенно рекомендованы:**

* женщинам, жалующимся на частые головные боли или повышение АД при использовании комбинированных ОК;
* в период лактации через 6-8 нед после родов;
* при диабете;
* при варикозном расширении вен;
* при заболеваниях печени;
* женщинам старше 35 лет.

**Гормональные инъекции**

Внутримышечные инъекции каждые 3 месяца; содержат прогестин. Стерильная водная суспензия медроксипрогестерона ацетата вводится внутримышечно 1 раз в 3 мес. Таким образом, контрацепция на целый год обеспечивается всего четырьмя инъекциями. Такой вид контрацепции особенно показан женщинам в период лактации с 6-й недели после родов, в возрасте позднего репродуктивного периода при отсутствии возможности прибегнуть к хирургической стерилизации, женщинам, которым противопоказаны другие методы контрацепции, женщинам с серповидно-клеточной анемией, при которой противопоказаны ОК, для лечения эстрогензависимых заболеваний.

**Гормональные имплантанты**

Вставляемые под кожу имплантаты; содержат левоноргестрел. Представляет 6 цилиндрических капсул, которые под местной анестезией вводят подкожно в предплечье левой руки. Контрацептивный эффект обеспечивается в течение 5 лет. Имплантат может быть введен в первые дни менструального цикла, сразу после искусственного аборта, через 6-8 нед после родов. Беспорядочные кровянистые выделения отмечаются у 2 из 3 женщин в течение первого года использования.

**Гормональное кольцо**

Гибкое контрацептивное кольцо; содержит небольшие дозы эстрогена и прогестагена. Вводится гинекологом в начале цикла и извлекается в конце, крепится на шейку матки.

**Гормональный пластырь**

Тонкий пластырь подаёт гормоны в организм через кровоток.

**Внутриматочная контрацепция**

История внутриматочной контрацепции начинается с 1909 г., когда немецкий гинеколог Richter предложил с целью контрацепции вводить в полость матки 2-3 шелковые нити, скрученные в кольцо. В 1929 г, другой немецкий гинеколог Graofenberg видоизменил это кольцо, введя в него проволоку из серебра или меди. Однако конструкция была жесткой, вызывала трудности при введении или Мини-пили не влияют на свертывающую систему крови, не изменяют толерантность к глюкозе. В отличие от комбинированных ОК мини-пили не вызывают изменений концентрации основных показателей липидного обмена. Изменения в печени при приеме мини-пили крайне незначительны. Исходя из особенностей мини-пили, их можно рекомендовать в качестве метода контрацепции женщинам с экстрагенитальными заболеваниями (заболеваниями печени, гипертензией, тром-бофлебитическими состояниями, ожирением).p извлечении, обусловливала боли внизу живота, кровотечения и вследствие этого не нашла широкого применения. И только в 1960 г., когда благодаря применению в медицинской практике инертной и гибкой пластмассы были созданы полиэтиленовые ВМС типа петля Липпса, внутриматочная контрацепция стала применяться достаточно широко (ВМС - внутриматочная спираль).

**Теория механизма действия ВМС**

На сегодняшний день существует несколько теорий механизма контрацептивного действия ВМС.

**Теория абортивного действия ВМС**

Под влиянием ВМС происходит травматизация эндометрия, выброс простагландинов, повышается тонус мускулатуры матки, что приводит к изгнанию эмбриона на ранних стадиях имплантации.

**Теория ускоренной перистальтики**

ВМС усиливает сокращения маточных труб и матки, поэтому оплодотворенная яйцеклетка попадает в матку преждевременно. Трофобласт еще неполноценный, эндометрий не подготовлен к приему оплодотворенной яйцеклетки, в результате чего им-плантация оказывается невозможной.

**Теория асептического воспаления**

ВМС как инородное тело вызывает лейкоцитарную инфильтрацию эндометрия. Возникающие воспалительные изменения эндометрия препятствуют имплантации и дальнейшему развитию бластоцист.

**Теория сперматоксического действия**

Лейкоцитарная инфильтрация сопровождается увеличением количества макрофагов, которые осуществляют фагоцитоз сперматозоидов. Добавление меди и серебра к ВМС усиливает сперматоксический эффект.

**Теория энзимных нарушений в эндометрии**

Эта теория основана на том, что ВМС вызывают изменение содержания энзимов в эндометрии, что оказывает неблагоприятное воздействие на процессы имплантации.

**Виды внутриматочных спиралей**

В настоящее время создано более 50 видов ВМС из пластмассы и металла, которые отличаются друг от друга по жесткости, форме и размерам.

**Различают три поколения внутриматочных спиралей:**

* Инертные ВМС. К первому поколению ВМС относятся так называемые инертные ВМС. Наибольшее распространение получил контрацептив из полиэтилена в виде латинской буквы S - петля Липпса. В большинстве стран в настоящее время запрещено использование инертных ВМС, так как при их применении наблюдается более низкая эффективность и более высокая частота экспульсий, чем при использовании спиралей более поздних поколений;
* Медьсодержащие ВМС. Относятся ко второму поколению. Основанием для создания ВМС с медью явились экспериментальные данные, показавшие, что медь оказывает выраженное противозачаточное действие у кроликов. Главным преимуществом медьсодержащих ВМС по сравнению с инертными явилось значительное повышение эффективности, лучшая переносимость, простота введения и удаления. Первые медьсодержащие ВМС были выполнены с включением в конструкцию медной проволоки диаметром 0,2 мм. Так как медь быстро выделяется, было рекомендовано менять ВМС каждые 2-3 года. Для увеличения продолжительности использования ВМС до 5 лет стали использовать методики, позволяющие замедлить фрагментацию меди: увеличение диаметра проволоки, включение серебряного стержня. Было создано и оценено много видов медьсодержащих ВМС. Из последних следует назвать Сорреr-Т, имеющие разную форму (например, Т-Сu-380А, Т-Сu-380Аg, Т-Сu-220С, Nоvа-Т), Мultiload Сu-250 и Сu-375, Funcoid;
* Гормонсодержащие ВМС относятся к третьему поколению ВМС. Предпосылкой для создания нового вида ВМС послужило стремление комбинировать преимущества двух видов контрацепции - ОК и ВМС, уменьшив недостатки каждого из них. К этому виду спиралей откосится Рrogestasert и ВМС LNG-20, которые представляют собой Т-образныс спирали, ножка которых на-полнена гормоном прогестероном или левоноргестрелом. Эти спирали оказывают прямое локальное действие на эндометрий, маточные трубы и слизистую оболочку шейки матки. Преимуществом этого вида спиралей является уменьшение гиперполименореи, снижение частоты воспали-тельных заболеваний гениталий. Недостатком является увеличение "межменструальной мазни".

**Противопоказания к использованию внутриматочной спирали**

**Абсолютные противопоказания для внутриматочной спирали:**

* острые и подострые воспалительные процессы гениталий;
* подтвержденная или предполагаемая беременность;
* подтвержденный или злокачественный процесс гениталий.

**Относительные противопоказания для внутриматочной спирали:**

* аномалии развития половой системы;
* миома матки;
* гиперпластические процессы эндометрия;
* гиперполименорея;
* анемия и другие заболевания крови.

**Введение внутриматочной спирали**

Внутриматочную спираль обычно вводят на 4-6-й день менструального цикла. В этот период цервикальный канал приоткрыт, что облегчает проведение процедуры. Кроме того, в это время женщина может быть уверена в отсутствии беременности. При необходимости ВМС может быть введено и в другие фазы цикла. ВМС может быть введено непосредственно после аборта, а также в послеродовом периоде. Основной недостаток введения ВМС в это время - относительно высокая частота экспульсий в течение первых нескольких недель. Поэтому лучше производить введение ВМС через 6 нед. после родов.

**Как происходит введение внутриматочной спирали:**

1. В асептических условиях обнажают зеркалами шейку матки, обрабатывают дезинфицирую-щим раствором и захватывают пулевыми щипцами переднюю губу.
2. Измеряют длину полости матки с помощью маточного зонда.
3. С помощью проводника вводят ВМС в полость матки.
4. Маточным зондом делают контрольное исследование, убеждаясь в правильном положении ВМС.
5. Подрезают нити ВМС до длины 2-3 см.
6. Снимают пулевые щипцы и обрабатывают шейку матки дезинфицирующим раствором.

**Как извлекают внутриматочную спираль:**

1. Шейка матки обнажается в зеркалах. ВМС, имеющее нити, обычно удаляют корнцангом. При отсутствии нитей с большой осторожностью можно воспользоваться маточным крючком.

**Наблюдение после введения внутриматочной спирали.**

Первый врачебный осмотр производят через 3-5 дней после введения, после чего разрешают половую жизнь без использования какого-либо другого контрацептива. Повторные осмотры желательно производить каждые 3 мес.

**Актуальность внутриматочной спирали**

Внутриматочные контрацептивы - отличный обратимый метод контрацепции.

**Внутриматочная спираль имеет следующие преимущества:**

* использование ВМС не связано с вмешательством в обычную жизнь женщины;
* после введения ВМС обычно необходимы лишь минимальная медицинская помощь и наблюдение;
* ВМС являются возможным видом контрацепции для женщин старшего возраста и особенно в тех случаях, когда противопоказаны ОК;
* ВМС могут быть использованы в период кормления грудью;
* возможность длительного применения (от 5 до 10 лет);
* экономический фактор: в целом ежегодные расходы, связанные с использованием ВМС, относительно невелики как для женщин, так и для программ планирования семьи.

В случае наступления беременности на фоне использования ВМС и желания женщины сохранить беременность при наличии нитей ВМС следует удалить. При отсутствии нитей требуется крайне тщательное наблюдение за течением беременности. Следует отметить, что в литературе нет указаний на увеличение частоты пороков развития или каких-либо повреждений плода, если беременность донашивается на фоне ВМС. У женщин, использующих ВМС, генеративная функция не нарушается. Беременность наступает после извлечения ВМС в течение года у 90%.

**Возможные осложнения при применении внутриматочной спирали:**

* дискомфорт в нижних отделах живота;
* боли в пояснице;
* схваткообразные боли внизу живота;
* кровянистые выделения.

Боли, как правило, проходят после приема анальгетиков, кровянистые выделения могут продолжаться до 2-3 нед.

**Кровотечения при использовании внутриматочной спирали**

Нарушение характера маточных кровотечений - наиболее частое осложнение при использовании ВМС.

**Различают три вида изменений характера кровотечений:**

1. увеличение объема менструальной крови;
2. более продолжительный период менструации;
3. межменструальные кровянистые выделения. Уменьшить менструальную кровопотерю можно путем назначения ингибиторов простагландинсинтетазы.

**Воспалительные заболевания при использовании внутриматочной спирали**

Важное значение имеет вопрос о взаимосвязи ВМС и воспалительных заболеваний органов малого таза. Широкомасштабные исследования последних лет свидетельствуют о низком уровне заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза при применении ВМС. Риск несколько увеличивается в первые 20 дней после введения. В последующий период (до 8 лет) частота заболеваемости сохраняется на стабильно низком уровне. Риск возникновения болезней выше у женщин в возрасте до 24 лет и тесно коррелирует с сексуальным поведением. Активная и беспорядочная половая жизнь существенно повышает риск возникновения этих заболеваний.

**Перфорация матки относится к наиболее редким (1:5000), но серьезным осложнениям внутри-маточной контрацепции. Различают три степени перфорации матки:**

**1-я степень** - ВМС частично располагается в мышце матки

**2-я степень** - ВМС полностью находится в мышце матки

**3-я степень** - частичный или полный выход ВМС в брюшную полость.

При 1-й степени перфорации возможно удаление ВМС вагинальным путем. При 2-й и 3-й сте-пенях перфорации показан абдоминальный путь удаления.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что ВМС является оптимальным средством контрацепции для здоровых рожавших женщин, имеющих постоянного партнера и не страдающих какими-либо воспалительными заболеваниями гениталий.

**Посткоитальная контрацепция**

Контрацептивные мероприятия проводятся после непредохраненного полового акта. Не путайте с медикаментозным абортом!

Понятие посткоитальной контрацепции объединяет различные виды контрацепции, применение которых в первые 24 ч после коитуса предупреждает нежелательную беременность. Посткоитальную контрацепцию нельзя рекомендовать к постоянному применению, поскольку каждый из методов является чрезвычайным вмешательством в функциональное состояние репродуктивной системы с формированием в последующем дисфункции яичников.

**Эффективность контрацепции**

Эффективность контрацепции определяется индексом Перля. И́ндекс Пе́рля (индекс Перла), коэффициент неудач — индекс, показывающий эффективность выбранного метода контрацепции. Чем ниже этот показатель, тем надёжней метод контрацепции. Небольшой пример: 3 женщины из ста, предохранявшиеся на протяжении 12-ти месяцев одним и тем же методом контрацепции, оказываются беременными, несмотря на предохранение. В этом случае индекс Перля равен 3.

|  |  |
| --- | --- |
| **Метод контрацепции** | **Индекс Перля** |
| Календарный | 14,0 - 50,0 |
| Температурный | 0,3 - 6,6 |
| Цервикальный | 6,0 - 39,7 |
| Симтотермальный | 15,0 - 30,0 |
| Спермициды | 20,0 - 25,0 |
| Диафрагма | 4,0 - 19,0 |
| Шеечный колпачок | 17,4 - 19,7 |
| Губка | 18,9 - 24,5 |
| Прерванный половой акт | 5,0 - 20,0 |
| Презервативы | 12,5 - 20,0 |
| Внутриматочная контрацепция | 1,0 - 3,0 |
| ***Гормональные контрацептивы*** |  |
| Мини-пили | 0,3 - 9,6 |
| Инъекционные | 0,5 - 1,5 |
| КОК | 0 - 0,9 |
| Подкожные имплантаты | 0,5 - 1,5 |
| **Метод контрацепции** | **Индекс Перля** |