Автор: Administrator
13.08.2008 13:05 -



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

Методы контрацепции

Ритмический метод (биологический, естественный, периодическая абстиненция, метод определения фертильности)
Барьерные (механические)
Химические (спермициды)
Прерванное половое сношение
Внутриматочная контрацепция
Гормональная контрацепция.

Ритмический метод - воздержание от половой жизни в фертильный период или применение в этот период других методов контрацепции. Основное условие эффективности регулярность менструального и овариального циклов. При расчете фертильного периода необходимо учитывать следующие факторы: Оплодотворение яйцеклетки возможно в течение 24-48 ч после овуляции, Овуляция происходит за 14-15 дней до начала менструации, Способность сперматозоидов к оплодотворению в половых путях женщины сохраняется до 7 дней. Календарный метод вычисление сроков наступления и продолжительности фертильного периода исходя из продолжительности менструальных циклов за последние 8-12 мес. Начало фертильного периода вычисляют, вычитая число 18 из длительности самого короткого цикла. Конец фертильного периода вычитают число 11 из продолжительности самого длинного цикла. Недостатки метода: низкий контрацептивный эффект (вариабельность индивидуальных сроков овуляции), неприемлемость для женщин с нерегулярным циклом.

Самым естественным методом контрацепции является грудноевскармливание младенца матерью. Физиологическая аменорея и бесплодие лактационного периода обусловлены анатомо-морфологическими изменениями матки, эндометрия и аденогипофиза, а также рефлекторным торможением секреции гипоталамо-гипофизарно-яичниковых гормонов в ответ на кормление грудью, т.е. на частое раздражение сосков и околососковых областей молочных желез. К сожалению, продолжительность лактационного бесплодия непредсказуема. Большие индивидуальные вариации зависят от возраста, конституции и акушерского анамнеза матери, социальных условий и этнических особенностей, в частности, традиций вскармливания младенца. Считается, что если мать кормит младенца грудью без дополнительного прикармливания, то лактационное бесплодие длится примерно 6 месяцев. Однако у 40-60% кормящих матерей к этому сроку, (а нередко и раньше), восстанавливается овуляция, причем часто до появления первой послеродовой менструации. Этим объясняется высокий процент неудач при лактационной контрацепции.

Прерванный коитус, в сочетании со спринцеванием влагалища или без него, по эффективности немного превосходит естественную контрацепцию, однако процент неудач все же слишком велик. К тому же прерванный акт не дает полного удовлетворения, а это чревато снижениемлибидо и даже развитием фрустрации, причем у обоих партнеров.

Вопреки распространенному мнению, надежность барьерных методов контрацепции низкая, но они выгодно отличаются от естественной контрацепции простотой и доступностью. Противопоказания связаны с редкими случаями аллергии на латекс, резину и спермициды либо с психологической неспособностью осуществлять несложные манипуляции с половыми органами. Главное достоинство барьерных методов, (особенно презервативов) - в том, что они эффективно предупреждают ВИЧ-инфекцию и болезни, передающиеся половым путем.

Немедикаментозные барьерные средства - мужские и женские презервативы, влагалищные диафрагмы, цервикальные колпачки являются механическим барьером для распространения сперматозоидов. Мужские и женские презервативы являются средствами одноразового использования. Женский презерватив представляет собой цилиндр, один конец которого закрыт и содержит фиксирующее кольцо. Открытый конец имеет кольцо, которое располагается в области вульвы и вводится до начала полового акта. Противопоказаниями к применению являются эндоцервицит, эрозия шейки матки, аллергия к полимерам и спермицидам, рецидивирующие процессы придатков матки, кольпит, разрыв промежности и шейки матки. Наиболее оптимальным при случайных половых связях является сочетание механического и спермицидного средства.

Медикаментозные барьерные средства - контрацептивные губки, тампоны, вагинальные свечи, кремы, содержащие спермицидное средство. Подобно диафрагме и шеечному колпачку, вводятся во влагалище заблаговременно до полового акта. Действие препарата развивается немедленно и продолжается в течение 24 часов; в этот период не требуется менять тампон даже при повторных половых актах.

Внутриматочные средства контрацепции (ВМС) в нашей стране используются чаще всего. Механизм действия и степень надежности ВМС зависят от типа устройства (нейтральные, медьсодержащие и прогестинвыделяющие), но различия не велики. Введение ВМС не позже 5 суток после незащищенного полового акта - эффективный способ посткоитальной контрацепции. Одним из показаний для ВМС является предупреждение или устранение рубцов и синехий полости матки после родов, абортов и выкидышей. Плохую переносимость ВМС - в виде нарушения менструального цикла (обильные, нерегулярные менструации и межменструальные кровотечения) и дисменореи - отмечают примерно в 15% случаев. В 10% происходит самопроизвольная экспульсия ВМС. Возможно обострение хронических ВЗОТ, при наличии которых до введения ВМСпроводят лечение.

Среди многочисленных способов контрацепции самым современным и надежным является гормональная контрацепция (ГК). Следует заметить, что ГК не только очень удобный, эффективный и безопасный метод обратимого предупреждения беременности. Появление ГК существенно продвинуло эмансипацию женщин, получивших возможность вести безопасную в плане беременности сексуальную жизнь без обсуждения этого вопроса с партнером. Вместе с тем, отдавая должное социальной значимости ГК, в том числе для контроля рождаемости, нужно признать, что мнения о ее влиянии на здоровье женщины неоднозначны. Бесспорно, что на фоне ГК менструальный цикл становится более регулярным и даже управляемым, уменьшаются менструальные кровопотери, устраняются предменструальный синдром и дисменорея. Приводятся данные, что ГК снижает частоту воспалительных заболеваний органов таза (ВЗОТ) и мастопатии, уменьшает риск остеопороза, ретенционных кист яичников, рака яичников, шейки матки, эндометрия и молочных желез, облегчает течение угревой сыпи, эндометриоза, тромбоцитопенической пурпуры и ревматоидного артрита. Но есть и противоположные утверждения, что ГК способствует развитию рака молочных желез, эндометрия и яичников, а также способна индуцировать холестатический гепатит и венозный тромбоз.

Недостаточная ясность по вопросу последствий длительной ГК, особенно риск онкологических и сосудистых осложнений - причина того, что российские врачи и пациентки в основном относятся к ней настороженно.

Выделяют два типа препаратов для ГК: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК). Оценка приемлемости ГК и выбор препарата - трудные и ответственные задачи врача. Если речь идет о КОК или ЧПК, то прежде всего необходимо изучить психосоциальные особенности личности пациентки, имея в виду наличие субъективных и объективных предпосылок для точного соблюдения правил применения препарата, прежде всего режима приема. При использовании КОК и ЧПК требуется определенная собранность, ответственность и самодисциплина, стабильный и физиологический по времени суток трудовой режим, рациональный уклад и нормальные условия быта. В отсутствие таких предпосылок назначение КОК и большинства ЧПК нецелесообразно и даже опасно. Важно учесть особенности взаимодействия препаратов для ГК с другими лекарственными средствами и алкоголем. Анализ всех этих данных позволяет прогнозировать возможные негативные последствия и осложнения ГК и предупредить их развитие.

В целом препараты КОК более физиологичны, поскольку содержат оба главных женских половых гормона - эстроген и гестаген. Имитируя естественный ритм секреции этих гормонов яичниками, КОК подавляют выработку гонадолиберина в гипоталамусе и гонадотропных гормонов в гипофизе. Торможение гипоталамо-гипофизарного механизма, стимулирующего созревание яйцеклеток в яичниках, заставляет яичники персистировать в холостом режиме, ввиду того, что их гормоносекретирующая н гаметопродуцирующая функции временно выключаются. Эти функции полностью восстанавливаются в течение года после отмены препарата. Особую группу КОК составляют препараты, в которых гестагенный компонент представлен веществами, обладающими не только прогестиновой, но и антиандрогенной активностью. Эти контрацептивы не только лишены побочных эффектов КОК, которые связаны с гестагенным компонентом , но эффективно устраняют гирсутизм, угревую сыпь и себорею.

В сравнении с КОК чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК) имеют как преимущества, так и недостатки. Главное преимущество - отсутствие тромбогенного действия и протективный эффект в отношении мастопатии и рака эндометрия. Однако и гестагены, следовательно ЧПК, не лишены побочных эффектов, хотя их перечень несколько короче, чем у эстрогенов, точнее у КОК. Разработана ВМС с гормональным действием, открывающая новые возожности совершенствования контрацепции.Перспективен новый способ введения гормональных контрацептивов -влагалищных колец, выделяющих стероиды.

Выбор метода контрацепции

Весьма важным для правильного индивидуального подбора контрацептива является адекватная ориентация врача в противопоказаниях, осложнениях и побочных эффектах разнообразных контрацептивных средств. В соответствии с главным принципом медицины - "не навреди" при выборе метода контрацепции надо прежде всего предусмотреть безопасность пациентки. Для этого Комитетом ВОЗ по планированию семьи и контрацепции разработан "рейтинг приемлемости контрацепции". С его помощью врач ранжирует избранный метод или средство контрацепции по классам безопасности, сопоставляя риск для здоровья конкретной женщины, связанный с проведением контрацепции, с теми преимуществами и позитивными последствиями, которые обеспечивает данный метод контрацепции данной женщине.