

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

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор

Базина М.И.



Реферат на тему: Современные методы контрацепции

Выполнила: ординатор 2-го года
кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Яблончук Д.А.

Красноярск, 2019 г.

Содержание

Введение

1. Критерии выбора контрацепции
2. Внутриматочная контрацепция
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерные методы контрацепции
5. Химический и физиологический метод контрацепции
6. Традиционные методы контрацепции
7. Мужская и женская стерилизация

Заключение

Литература

Введение

20-й век ознаменовался появлением химических, механических и хирургических методов контрацепции, обладающих большой эффективностью. Выбор метода предохранения менялся с появлением все более эффективных и безопасных для здоровья женщины методик, среди которых сегодня одной из наиболее совершенных является оральная гормональная контрацепция. Факт, что Россия занимает 2-е место по частоте искусственных абортов, говорит об отсутствии системы сексуального образования, достаточной информации о контрацепции и службе планирования семьи.

Средства, применяемые с целью предупреждения нежелательной беременности, называют контрацептивами. Однако их использование должно быть в первую очередь направлено на сохранение здоровья семьи, а именно преследовать цель регуляции наступления беременности с учетом возраста женщины, состояния здоровья супругов, количества детей и интервалов между родами.

Применение современных высокоэффективных и безвредных методов контрацепции позволяет, помимо прочего, избегать абортов со всеми их нежелательными последствиями.

Контрацепция бывает как женской, так и мужской, поэтому выбор должны делать оба супруга, обсуждая ее особенности, с целью выбора наиболее оптимального для данной семьи средства.

Критерии выбора метода контрацепции

Наиболее распространены в настоящее время следующие методы - внутриматочные контрацептивы (ВМК), гормональные, барьерные, физиологический и биологический, традиционные, а также мужская либо женская стерилизация.

1. Критерии выбора контрацепции

При подборе способа контрацепции учитываются многие критерии:

- Эффективность;
- безопасность для конкретной пациентки;
- побочные действия;
- непротивопоказательные эффекты;
- обратимость метода;
- доступность;
- стоимость и другие критерии, в том числе, социального и личного характера.

Ведущим критерием выбора метода контрацепции является эффективность.

Наибольшие различия между ожидаемой и реальной эффективностью имеют барьерные средства, спермициды.

Высокую надежность обеспечивают гормональная, внутриматочная контрацепция, стерилизация. Реальная и ожидаемая эффективность полностью совпадают при использовании Депо-Провера и Норпланта .

При выборе метода контрацепции следует учитывать, что в зависимости от механизма действия надежность предохранения от внематочной беременности может не совпадать с эффективностью предупреждения маточной беременности. Из обратимых методов контрацепции защиту от внематочной беременности наиболее надежно обеспечивают средства, которые подавляют овуляцию, а именно — КОК или инъекционный контрацептив Депо-Провера. Напротив, негормональные ВМС и некоторые чисто прогестагенные препараты, (мини-пили и Норплант) в меньшей степени защищают от внематочной беременности.

Безопасность контрацептива является следующим важным критерием выбора. Для ее оценки необходимо выяснить наличие абсолютных противопоказаний для использования определенного метода, а также

состояний, требующих дополнительных исследований перед назначением или в процессе применения контрацептивного средства.

При отсутствии каких-либо специфических проблем, современные контрацептивные методы, за исключением ВМС и добровольной стерилизации, не требуют дополнительного обследования пациентки перед началом их использования. Это связано с тем, что современные низкодозированные КОК и прогестагенные контрацептивы не вызывают серьезных осложнений и могут применяться здоровыми женщинами вплоть до наступления менопаузы.

За последние годы детально изучено влияние низкодозированных КОК на тромботический и атеросклеротический механизмы развития сердечно-сосудистой патологии. Установлено, что эти препараты не приводят к серьезным нарушениям в системе гемостаза, так как возникающее повышение некоторых факторов свертывания (фибриногена, тромбина, факторов 7 и 10) полностью компенсируется ускоренным фибринолизом.

Современные гормональные контрацептивы в большинстве случаев не оказывают выраженного влияния на липидный профиль, а низкодозированные КОК с прогестагенами третьего поколения могут даже снижать его атерогенность, что объясняется низкой андрогенной активностью прогестагенов и частичным преобладанием эстрогенных эффектов этих препаратов.

Не следует забывать, что женщины с соматическими проблемами особо нуждаются в контрацепции. И хотя при этом могут быть ограничения в выборе методов контрацепции, необходимо помнить, что риск, связанный с использованием определенного контрацептива, должен быть соотнесен с риском беременности. Для пациентки с экстрагенитальной патологией наступление незапланированной беременности может явиться более опасным для здоровья и жизни.

Побочные действия контрацептивов, как правило, не представляют опасности для здоровья женщины. При применении современных

низкодозированных КОК побочные действия (тошнота, нагрубание молочных желез, изменение настроения, нарушение менструального цикла) встречаются нечасто и, как правило, проходят в течение первых трех циклов приема препарата. Однако они могут существенно влиять на отношение пациентки к методу.

Применение прогестагенных средств сопровождается более значительной частотой побочных эффектов в виде нарушений менструального цикла (продолжительные или обильные кровянистые выделения, аменорея). Все они связаны с механизмом действия прогестагенных препаратов, являются обратимыми и не опасны для здоровья женщины.

При подборе метода контрацепции важно учитывать положительные неконтрацептивные эффекты. Наиболее широким спектром неконтрацептивных эффектов обладают средства гормональной контрацепции.

При длительном приеме препаратов снижается относительный риск рака эндометрия, доброкачественных и злокачественных новообразований яичников, доброкачественных заболеваний молочных желез, миомы матки, эндометриоза. Использование гормональных контрацептивов предохраняет женщину от возникновения острых воспалительных заболеваний органов малого таза. Кроме профилактического эффекта, эти препараты имеют лечебное действие при анемии, предменструальном синдроме, дисфункциональных маточных кровотечений.

Важным неконтрацептивным эффектом барьерных методов является защита от ЗППП, в том числе, от гонореи, хламидиоза, микоплазмоза, трихомониаза, герпетической и цитомегаловирусной инфекции, гепатита В, СПИДа. Барьерные методы контрацепции обеспечивают профилактику заболеваний шейки матки, в том числе, злокачественных новообразований, в развитии которых важное значение имеет вирусная инфекция.

Обратимость метода учитывается в связи с репродуктивными планами супружеской пары. Необратимыми методами контрацепции являются

хирургические. Все остальные методы обратимы, причем фертильность после отмены препарата восстанавливается, как правило, быстро. Исключение составляет инъекционный препарат Депо-Провера, после применения которого обычно наблюдается задержка восстановления фертильности сроком от 6 месяцев до 1,5 лет.

2. Внутриматочная контрацепция

Внутриматочная контрацепция — введение в матку специальных устройств, препятствующих зачатию. Для внутриматочной контрацепции в настоящее время преимущественно применяются медьсодержащие внутриматочные средства (ВМС)

ВМК вызывают изменения сократительной функции матки, асептическое воспаление и измененную активность ферментов эндометрии, ускорение перистальтики маточных труб и прочее. Результатом является нарушение миграции сперматозоидов, ускорение попадания в матку и гибель оплодотворенной яйцеклетки, абортивное воздействие.

I Условиями, определяющими выбор ВМК как метода контрацепции, являются возраст женщины старше 30 лет, беременность и роды в прошлом, регулярный менструальный цикл.

Противопоказания к применению ВМК делят на - абсолютные - беременность, острые и подострые воспалительные процессы

- и относительные - аномалии развития матки, гиперпластические процессы в гениталиях, мено- и метроррагии, хронические воспалительные заболевания женской половой сферы, анемии и заболеваниях крови, тяжелые экстрагенитальные заболевания воспалительной этиологии.

Введение и удаление ВМК можно проводить в амбулаторных асептических условиях. Вводят ВМК на 4—8 день менструального цикла после аборта. После родов — желательно через 2-3 месяца.

Извлекать ВМК необходимо через 3—4 года, обычно это выполняют,

потягивая за контрольную нить. При обрыве нити удаление ВМК проводится в стационаре инструментально после расширения цервикального канала расширителями Гегара № 4-5

Осложнениями ВМК могут быть появление болей и экспульсия ВМК, особенно у нерожавших женщин. Нередко усиливается кровопотеря в период менструации и связанная с этим железодефицитная анемия.

Острые воспалительные процессы или обострения хронических заболеваний наблюдаются, по данным ряда авторов, в 1,5 – 10% случаев среди нерожавших женщин с ВМК. Перфорация матки - осложнение при введении ВМК — отмечена в 0,04 – 1,2 случаев. Во многом частота ее зависит от формы ВМК, техники введения, анатомических особенностей положения матки.

Перфорация матки может быть 3 степеней:

- 1 степень - ВМК частично располагается в стенке матки,
- 2 степень - ВМК находится полностью в толще мышцы матки;
- 3 степень - полная перфорация матки с частичным или полным выходом ВМК в брюшную полость.

Клиника перфорации определяется острой болью в низу живота (что при частичных перфорациях определяется не всегда) и отсутствием контрольной нити во влагалище. Диагностике способствуют УЗИ и лапароскопия. При II и III степенях последним способом выполняется удаление ВМК.

К осложнениям относят и внематочную беременность, частота которой достоверно возрастает в зависимости от срока на хождения ВМК в полости матки. Поэтому ВМК не следует применять больше 4 лет без перерыва. Фертильность после удаления ВМК восстанавливается в полном объеме, причем беременность наступает через 3 -4 месяца у женщин до 30 лет и через 5 — 6 месяцев у женщин старше 30 лет.

3. Гормональная контрацепция

Среди средств гормональной контрацепции на первом месте по частоте использования находятся оральные контрацептивы (ОК).

Комбинированная оральная контрацепция

С целью гормональной контрацепции используются синтетические аналоги женских половых гормонов — эстрогенов и прогестерона, структура которых близка к натуральным, а активность значительно выше. Это позволяет получить контрацептивный эффект при применении их в очень низких дозах. В зависимости от состава и метода применения различают следующие гормональные средства:

комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и препараты, содержащие только прогестагены (оральные прогестагенные контрацептивы, пролонгированный инъекционный контрацептив Депо-Провера, подкожный имплант Норплант). Гормональные препараты входят также в состав гормоновыделяющих внутриматочных контрацептивов и некоторых средств барьерной контрацепции.

Благодаря своей эффективности и удобству использования гормональная контрацепция широко распространена во всем мире. По данным ВОЗ, ее ежегодно применяют от 100 до 120 млн. женщин. Комбинированные оральные контрацептивы являются высокоэффективными и обратимыми средствами предохранения от беременности.

Преимущества метода

Достоинствами КОК являются высокая эффективность, простота применения, обратимость, наличие благоприятных неконтрацептивных эффектов. По данным многолетних эпидемиологических исследований отмечено, что прием КОК ведет к значительному снижению числа гинекологических и некоторых других заболеваний. В частности, уменьшается относительный риск развития рака эндометрия (в среднем на 60%), рака яичников (в среднем на 40%), доброкачественных новообразований

яичников, эктопической беременности, миом матки, эндометриоза, альгодисменореи, предменструального синдрома, воспалительных заболеваний органов малого таза, мастопатий, железодефицитной анемии. Имеются данные о снижении риска ревматоидного артрита, пептической язвы желудка и постменопаузального остеопороза .

Одной из предполагаемых причин развития рака яичников является так называемая "непрерывная овуляция", т.е. состояние, отражающее высокую функциональную активность яичников. Постоянные изменения в эпителии, рост фолликулов, происходящие в активно "работающих" яичниках, могут привести к неконтролируемому росту эпителия и, в конечном итоге, к развитию рака. КОК подавляют активность яичников, предотвращая развитие злокачественных новообразований в течение 10 и более лет после окончания приема препарата. Условием для длительной защиты от рака яичников является прием препарата в течение одного-двух лет. В ряде случаев защитный эффект КОК наблюдается у женщин, принимавших препарат всего в течение 6 месяцев. Рак яичников является ведущей причиной смертности у женщин от злокачественных новообразований гениталий, в связи с чем использование КОК у женщин с высоким риском этого заболевания открывает широкие перспективы для снижения частоты рака яичников.

При применении низкодозированных КОК эндометрий находится в относительно неактивном состоянии, поэтому у женщин, принимающих контрацептивные препараты, риск рака эндометрия значительно снижен. Прием КОК даже в течение одного года защищает от рака эндометрия на протяжении 15 лет после окончания использования метода.

Большинство доброкачественных образований яичников у женщин молодого возраста являются функциональными (фолликулярные кисты или кисты желтого тела). Применение КОК ведет к снижению активности яичников, а следовательно, и к уменьшению числа функциональных овариальных образований.

Ранее существовала точка зрения, что КОК за счет эстрогенного

компонента могут стимулировать рост миоматозных узлов. Однако, достаточно высокий уровень эндогенных эстрогенов, продуцируемых яичниками в течение обычного менструального цикла, более существенно влияет на рост миомы матки, чем низкие дозы гормона, входящего в состав КОК. По рекомендациям ВОЗ (1996), миома матки не является фактором, ограничивающим применение низкодозированных КОК.

Симптомы альгодисменореи в значительной степени обусловлены сокращением маточной мускулатуры в ответ на увеличивающийся уровень простагландинов, вырабатываемых в эндометрии перед началом менструации. При применении КОК уровень простагландинов повышается незначительно и поэтому у 40—50% пользователей КОК наступает облегчение симптомов альгодисменореи.

В развитии предменструального синдрома имеют значение изменение уровней эндогенных эстрогенов и прогестерона, реакция на маточные сокращения и, возможно, увеличение уровня простагландинов, поступающих из эндометрия в кровяное русло. Применение КОК облегчает течение предменструального синдрома за счет снижения выработки эндогенных половых стероидов и уменьшения местной продукции простагландинов в эндометрии.

До настоящего времени не выявлено отрицательного или положительного воздействия КОК на риск развития рака молочных желез.

Уплотнение цервикальной слизи, связанное с влиянием прогестагенного компонента КОК, снижает риск развития острых бактериальных заболеваний органов малого таза на 50%. Этот эффект менее выражен в отношении хламидий. В этой группе наибольшее практическое значение имеют гестагенные препараты и комбинированные эстроген-гестагенные средства.

В состав эстроген-гестагенных препаратов входят эстроген (этинилэстрадиол) и гестагены в различных соотношениях. Широко известны такие представители этой группы, как регивидон, бисекурин, нон-овлон, марвелон, мерсилон и т. д. Механизм действия комбинированных ОК связан с

торможение секреции гипоталамического люлиберина, а также ФСГ и ЛГ гипофизом. В результате происходит блокирование функции яичников и овуляции.

Эффективность регулярного применения комбинированных ОК приближается к 100 %.

Однако у препаратов, особенно ранних генераций, имеются выраженные побочные эффекты.

К их числу относятся риск развития тромбоэмболии, сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда, особенно у курящих женщин, заболеваний печени, почек, нарушений углеводного, липидного витаминного обмена. С учетом вышеизложенного, комбинированные ОК являются препаратами выбора у женщин моложе 35 лет, часто abortирующих и имеющих противопоказания к назначению ВМК.

Противопоказания к применению комбинированных оральных контрацептивов:

абсолютные - тромбоэмболические заболевания, нарушения функции печени, цирроз печени, почечная недостаточность, склеротические изменения сосудов мозга, злокачественные опухоли репродуктивной системы;

относительные - артериальная гипертензия, сахарный диабет, психозы, отосклероз, тяжелое течение предшествующей беременности (токсикозы, желтуха, зуд), астма, ревматический порок сердца, хронический пиелонефрит, ожирение, холецистит, мигрень, курение более 15 сигарет в день, возраст старше 35 лет.

Предпочтительнее, однако, назначать комбинированные двух- или трехфазные оральные контрацептивы. В первых (антеовин) содержится постоянная доза эстрогенов и меняющаяся доза гестагенов, а в последних — трехфазных — их содержание приближено к уровню стероидов при нормальном менструальном цикле, что наиболее физиологично.

Представителями трехфазных ОК являются трирегол, триквилар и тризистон. Механизм действия трехфазных комбинированных оральных

контрацептивов состоит в блокаде овуляции, изменении свойств цервикальной слизи. Они лишены отрицательного влияния на липидный, углеводный обмен и состояние системы гемостаза.

Данные препараты можно назначать и женщинам старше 35 лет. Однако в некоторых случаях полного подавления функции яичников не происходит, что связано с низким содержанием гормонов в препаратах. Результатом может стать повышенный риск развития гонадотропной недостаточности и синдрома поликистозных яичников.

Гестагенные препараты используют в случаях, когда комбинированные ОК противопоказаны. Они состоят из микродоз синтетических гестагенов. Назначают эти препараты в непрерывном режиме ежедневно в течение 6—8 12 месяцев. Представителями группы гестагенов являются микролют, эсклютон, можно применять с целью контрацепции и туринал, норколут.

Гестагены практически не влияют на метаболические процессы в организме женщины, поэтому их можно применять и при наличии сосудистой гипертензии, тромбозных заболеваниях, печеночных нарушениях, в период лактации, при гиперэстрогении. Механизм действия синтетических гестагенов основан на подавлении пика лютеонизирующего гормона и способности желтого тела к продукции прогестерона. Однако отрицательной стороной препаратов группы гестагенов является нарушение порядка менструальных циклов – частые и нерегулярные кровянистые выделения. Фертильность восстанавливается полностью после отмены препаратов через 2-6 месяцев. На лактацию препараты отрицательного эффекта не оказывают.

Необходимым условием 100% - ного контрацептивного эффекта ОК является регулярный прием выбранного препарата. Поэтому врач должен рекомендовать ОК только тем пациенткам, которые способны соблюдать режим приема и ответственно относиться к выбранному методу контрацепции.

Существуют гормональные препараты пролонгированного действия, но их применение ограничено выраженными побочными эффектами.

Инъекционный контрацептив «Депо-провера» (150мг) действует в течении 3 месяцев, однако у 30% женщин он вызывает ациклические кровотечения и скудные месячные. Имплантация силиконовых капсул норпланта обеспечивает надежный контрацептивный эффект на 4-6 (иногда до 10) лет, но у многих женщин приводит к аменорее. Их использование оправдано при отсутствии побочных эффектов, а также у социально неблагополучных женщин.

То же в полной мере относится и к так называемым посткоитальным контрацептивам (представитель – постинор). Его используют в течение 1 часа после полового сношения. При повторном сексуальном контакте женщина спустя 3 часа должна принять вторую таблетку. В течение месяца нельзя принимать больше 6 таблеток, каждая из которых содержит 0,75мг левоноргестрела, так как при большой дозе развиваются межменструальные кровотечения. Кроме того, у 10-24% женщин на фоне постинора развивается беременность.

Методика экстренной контрацепции также основана на приеме больших доз гормональных контрацептивов. Она применяется при случайно незащищенном сексуальном контакте, с момента которого прошло не более 72 часов. В течение этого периода женщина должна принять любой из доступных ей гормональных препаратов – эстрогенов, гестагенов, комбинированных (в т.ч. даназол, мифепристон- РУ-486) По одной из методик следует принять 200мг этинилэстрадиола и 1мг левоноргестрела, причем половину этой дозы женщина одномоментно выпивает в течение оговоренных 72 часов, а вторую половину – после прошествия 72ч.

Таким образом, можно рекомендовать женщинам в пересчете на доступные оральные контрацептивы 4 и 4 таблетки минизистона, либо 3 и 3 таблетки марвелона, либо 2 и 2 таблетки нон-овлона и т.д. метод не лишен недостатков, высокие дозы гормонов тяжело переносятся женским организмом, возможно развитие тошноты, рвоты, головной боли, нарушений аппетита, нарушений менструального цикла, однако из двух зол обычно

выбирают меньшее, поскольку хуже аборта не бывает ничего.

4. Барьерные методы контрацепции

Среди барьерных методов контрацепции следует отметить мужской презерватив и женские влагалищные колпачки и диафрагмы. Наиболее надежной является мужская контрацепция, эффективность которой приближается к 95%, особенно при сочетании со спермицидными средствами (фарматекс, патентоксавал, контрацептин). В последнем случае эффективность такого комбинированного способа возрастает и приближается к 100%. Кроме того, при возрастании количества гемоконтактных заболеваний и второй волной традиционных венерических болезней мужской презерватив приобретает все большую актуальность. Этот метод можно с успехом рекомендовать молодым людям и девушкам, а также подросткам. Ведь нередко именно они обращаются к доктору по поводу интимных сторон своей жизни, и от степени доверительности между врачом и юным пациентом зависит здоровье и благополучие последнего.

Женская барьерная контрацепция не столь надежна, как мужская. Колпачки, изготовленные из алюминия, полимеров, пластмассы, надевают на шейку матки. Это функция медицинской сестры. Колпачки бывают разных размеров в зависимости от величины шейки матки (от 4-го до 15-го) и требуют индивидуального подбора каждой пациентке. Через 10 дней колпачок необходимо снимать и регулярно осматривать шейку матки.

Метод противопоказан при наличии эндоцервита, псевдоэрозий и эрозий шейки матки.

Влагалищная диафрагма или колпачок резиновый представляет собой резиновую пластинку, надетую на ободок из пружинящей металлической проволоки. Перед самостоятельным применением этого способа женщина должна быть обучена его правильному использованию. Диафрагма, введенная во влагалище, образует барьер, отделяющий шейку матки от самого

влагалища. Ее можно оставлять на 10-12 часов, после использования обязательно промыть водой с мылом и слабым дезинфицирующим раствором. Перед последующим применением можно промыть диафрагмы кипяченой водой. Использование многократное. Женскую барьерную контрацепцию необходимо обязательно сочетать со спермицидными препаратами, что повышает ее эффективность до 90%.

5. Химический и физиологический метод контрацепции

Химические средства контрацепции при самостоятельном применении имеют невысокую эффективность. Обычно их сочетают с барьерными методами, что приводит к наилучшим результатам. В настоящее время сохранил свое значение контрацептин, с успехом применяются фарматекс и патентоксавал. Эти препараты выпускаются в различных официальных формах – мазь, крем, гель, свечи и пр., и суть их использования заключается во введении во влагалище за определенный период до полового контакта. Они обладают спермицидным действием, а также (некоторые) влиянием на патогенную флору.

Физиологический метод

Физиологический метод контрацепции приближается к идеальному средству контрацепции по своим основным качествам: доступности, безопасности и простоте применения. Он основан на индивидуальном учете времени овуляции, продолжительности жизни яйцеклетки и сперматозоида. Однако его применение ограничено условием регулярности менструального цикла. Предварительно женщина должна определить срок овуляции, в течение 3 месяцев измеряя «базальную» температуру. Ее пик приходится на день овуляции. Учитывая возможные колебания сроков овуляции у одной и той же женщины (стресс, банальная инфекция, физическая перегрузка), а также продолжительность жизни яйцеклетки и сперматозоида, «опасными» в смысле зачатия являются 7 дней - сутки овуляции, три дня до нее и три после.

Например, при 28-дневном цикле «опасными» будут дни цикла с 10-го по 17-й. В этот период следует использовать барьерные методы контрацепции.

6. Традиционные методы контрацепции

Прерванный половой акт как средство контрацепции не оправдывает себя, поскольку отдельные сперматозоиды начинают выделяться с первых мгновений сексуального контакта. Кроме того, прерванный половой акт отрицательно влияет на психику мужчины, требуя от него большой выдержки и опыта. Иными словами, только достаточно взрослый мужчина в состоянии полностью контролировать свое семяизвержение, однако этот возраст уже является потенциально опасным для возникновения простатитов и импотенции. Поэтому рекомендовать этот вид контрацепции можно только в крайне редких случаях как временную меру.

Спринцевания как самостоятельный метод контрацепции полностью изжили себя в связи с абсолютной ненадежностью. Их используют как вспомогательный метод при применении барьерного и химического способов. Для этой цели используют слабые водные растворы молочной, лимонной кислот или бледно-розовый раствор перманганата калия.

7. Мужская и женская стерилизация

Добровольная стерилизация, при соответствующих условиях, разрешена в нашей стране с 1993г.

В настоящее время эти способы получают все большее распространение. Мужская стерилизация заключается в рассечении семявыносящих протоков выше уровня предстательной железы. Способ необратим, поэтому рекомендуется мужчинам, имеющим не менее 2 детей.

Женская стерилизация также считается необратимым способом. Операция заключается в перевязке маточных труб, выполняется она

лапароскопически. Женскую стерилизацию можно рекомендовать женщинам старше 35 лет, имеющим 2 и более детей и часто abortирующим. Хирургическая контрацепция никаким образом не влияет на организм женщин, кроме как прекращая возможность зачатия.

Заключение

Аборт являлся для женщины наиболее доступным методом регулирования рождаемости. Поэтому более половины случаев гибели женщин в связи с беременностью и родами составляют осложнения, связанные с абортами. Наблюдается значительная частота гинекологических заболеваний, развитие которых имеет прямую связь с перенесенными абортами.

Поэтому чрезвычайно актуальными остаются вопросы снижения числа абортов и профилактики не планируемой беременности. Аборты часто являются причиной бесплодия, не вынашивания беременности, других осложнений беременности и родов.

Из числа женщин находящихся дома по уходу за грудным ребенком, около половины производят аборты в течение 1,5 лет.

Серьезными проблемами являются высокая частота гинекологических и андрологических заболеваний, высокий уровень самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, нарастание числа супружеских пар, страдающих бесплодием, доля которых составляет 15%.

Беспорядочные половые связи, случайные беременности и ранние роды в значительной степени являются результатом низкой сексуальной культуры молодежи. Ситуация осложняется плохой информированностью молодежи по вопросам контрацепции. Часто подобная информация носит искаженный характер, что связано с особенностями её основных источников (сверстники, литература и телевидение). Но в последнее время все больше и больше женщин стали задумываться о своем здоровье.

Наряду с медицинскими, определенное значение имеют критерии, влияющие на личное отношение пациентки к методу контрацепции, такие, как конфиденциальность, цена, отношение полового партнера, удобство использования. Их также необходимо учитывать при индивидуальном подборе метода контрацепции.

Литература

1. Анохин Л.В. Коновалов О.Е. Бесплодие в браке (медико-социальные аспекты.) - Рязань, 2016-41с.
2. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. - М., 2005-43с.
3. Батуев А.С. и др. Биология. Человек: Словарь-справочник. – М.: Дрофа, 2000. – 160 с.
4. Справочник медицинской сестры. – М.: Изд-во Эксмо, 2002 - 596с.
5. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. Под ред. Воробьева Н.С. –М.: Изд-во Эксмо, 2005.- 460с.
6. Шевелева А.А. Медико-социальные основы подготовки молодежи к семейной жизни на этапе создания семьи:.. - М., 2013 - С.19 .

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Внутреннего и хирургического ЧНО
(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н. доц. каф. маневрирования
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

Скворцова Юлия Юрьевна
на реферат ординатора II года обучения по специальности Акушерство
и гинекология Людмила Игоревна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Современные методы контрацепции

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	<u>500</u>

Дата: 12 сентяб. 20 19 год

Подпись рецензента

Скворцова
(подпись)

Подпись ординатора

Людмила
(подпись)

Скворцова
(ФИО рецензента)

Людмила А.Р.
(ФИО ординатора)