

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

## Реферат

Тема: Методы контрацепции и критерии их применения

Выполнил: клинический ординатор  
кафедры оперативной гинекологии ИПО

Аликина Д.С.

Проверил: д.м.н.,доцент Макаренко Т.А.

Красноярск 2021

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ .....	3
КОНТРАЦЕПЦИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ИСТОРИЯ, ТРЕБОВАНИЯ .....	4
РАЗНОВИДНОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ .....	6
Классификация КГК по способу введения .....	6
Экстренная контрацепция.....	11
Добровольная хирургическая стерилизация .....	12
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ.....	15
МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ .	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	19
ЛИТЕРАТУРА .....	20

## 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 абортов, 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 абортов. 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 абортов, 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.

Репродуктивные права охватывают определенные права человека, которые уже признаны в национальных и международных правовых документах, и предусматривают возможность всех супружеских пар и индивидуумов 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.

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 аборт, 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.

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

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.

## **КОНТРАЦЕПЦИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ИСТОРИЯ, ТРЕБОВАНИЯ**

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.

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 кетгутовое 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 пилюли. 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 чистопрогестиновый 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.

**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.

**Классификация методов контрацепции:** По воздействию на репродуктивную систему: • Основанные на физиологических функциях организма (естественные методы

планирования семьи (ЕМПС) • Основанные на медикаментозных и инвазивных вмешательствах в организм человека. По длительности воздействия: • Экстренные • Временные • Длительные • Постоянные. По способам воздействия на репродуктивную систему: • Барьерные • Медикаментозные • Хирургические • Комбинированные. По гендерным различиям: • Мужская контрацепция • Женская контрацепция • Сочетанная

## **РАЗНОВИДНОСТИ КОНТРАЦЕПЦИИ**

### 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
2. Презерватив мужской (кондом)
  3. Презерватив женский (фемидом)
  4. Вагинальная диафрагма
  5. Спермициды
  6. Внутриматочные средства
  7. Гормональная контрацепция
  8. Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК)

## **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, мидиана)
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 момента 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 таблетки, 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 кровотечения, 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 рилизинг-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. 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 рилизинг-система в виде тонкого пластыря бежевого цвета, наклеивающегося на кожу плеча, живота или другие участки тела. Площадь контакта с кожей составляет 20 мм<sup>2</sup>. 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 норэргестромина (203 мкг в сутки). В сутки выделяется 33,9 мкг ЭЭ и 203 мкг норэргестромина.

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.

*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).

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)
- 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

## 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. Чистопрогестиновые оральные средства, содержащие 0,75 мг или 1,5 мг левоноргестрела (постинор, эскапел)
3. Антипрогестиновые 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 некормящие
- 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 незащищённого полового акта или в любой день преовуляторной фазы менструального цикла и до 5 дней после овуляции. Эффективность 99%

## **Добровольная хирургическая стерилизация**

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 согласия 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.

### *Добровольная хирургическая стерилизация женщин (ДХСЖ) - трубная*

#### *окклюзия*

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

Методы окклюзии маточных труб:

1. Пересечение в поперечном направлении и лигирование отрезков
2. Коагуляция на всю толщину трубы моно- или биполярным электродом
3. Наложение клеммы или кольца на истмический отдел трубы
4. Введение устройств, obturiruyuschih 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

### *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)

Методики вазэктомии:

- Разрезная (1 или 2 разреза кожи мошонки)
- Бескальпельная (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

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ**

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.

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 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

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
- 4.4. Оценка пациентов



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, ЖНПЕГО). Мы модифицировали эти таблицы, адаптировав их для российского пользователя. 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.

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 серьёзные, 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

## **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 сексуальные 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 политические 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.

## **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.

## 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 молодёжи: 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. Громько Н.Л. Современная гормональная контрацепция : польза и риски. Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2017. Т. 7. № 5. С. 1134-1139.