

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор
Багина М.И.



РЕФЕРАТ

Барьерные методы контрацепции

Выполнил:
клинический ординатор
Исакова О.И.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Исаковой О.И. на тему: «Барьерные методы контрацепции»

Реферат посвящен актуальной теме, барьерной контрацепции - предупреждения беременности и профилактики ИПП.

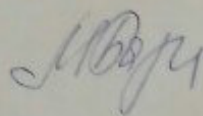
В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной - логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое - знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».



Оглавление

Определение.....	2
Мужские презервативы.....	2
Женский презерватив	3
Влагалищная диафрагма.....	4
Шеечные колпачки.....	4
Вагинальные спермициды	4
Литература.....	6

Определение

Барьерные методы контрацепции — применение при половом акте приспособлений, препятствующих попаданию спермы выше цервикального канала (создают барьер).

К барьерным средствам контрацепции относятся:

- мужские и женские презервативы (англ. — *male and female condoms*),
 - диафрагмы и губки (англ. — *vaginal diaphragm and contraceptive sponge*),
 - шейные (цервикальные) колпачки (англ. — *cervical cap*).
- Презервативы использовали еще в Древнем Египте, Греции, Риме, Кит- История мужских презервативов насчитывает по крайней мере 400 лет например, в одном из замков Бирмингема (Великобритания) был найден презерватив приблизительно 1640 г. Презервативы изготавливали из шкуры животных, а в странах Азии — из смазанной маслом шелковой бумаги. Известны презервативы из льна=

Применение мужских презервативов долгое время было связано скорее с предотвращением передачи венерических заболеваний, чем возникновения нежелательной беременности.

- Термин «кондом» (англ. — *condom*) имеет неясное происхождение и впервые упоминается в 1666 г. в декларации Английского демографического комитета, который был встревожен, что широкое использование *condom* приводит к снижению рождаемости. До начала XIX в. применение презервативов ограничивалось высшими классами общества, причинами же были и высокая стоимость, и малая осведомленность населения, а также категорическое отрицание церкви и даже некоторых медиков, считавших что ложное чувство безопасности потворствует беспорядочной половой жизни. И только в XIX в. контрацепция стала широко пропагандироваться - в том числе среди трудящихся масс.

- Первый резиновый презерватив был сделан и запатентован в 1855 г в Америке Чарльзом Гудьером (Charles Goodyear), и к концу XIX в. уж.

- было налажено массовое производство презервативов для многократного использования. Технологии менялись, появились презервативы одноразового применения из нитриловых полимеров, латекса, полиуретана, полиизопрена. Однако распространение презервативов вплоть до 80-х годов XX в. в целом являло собой противостояние моралистов и рационалистов (в том числе врачей, бизнесменов, военачальников). И даже появление проблемы СПИДа, несмотря на настоятельные рекомендации врачей осуществлять защиту от заражения половым путем, в течение последующих 10 лет побуждало общественные организации и правительства стран скорее «сконцентрироваться на пропаганде полового воздержания». Увеличение распространения ВИЧ в 90-е годы XX в., достигшее масштаба пандемии, дало новый толчок к использованию барьерной контрацепции, и в настоящее время это один из самых популярных методов предохранения от нежелательной беременности во всем мире.

Мужские презервативы (от лат. *praeservo* — предохраняю), или **кондомы** наиболее широко распространены и доступны во многих странах мира: в том числе и в Российской Федерации, поэтому речь пойдет преимущественно об этом методе контрацепции.

Мужской презерватив представляет собой тонкий чехол, изготовленный из латекса, винила или натуральных материалов, который может быть обработан спермицидом для дополнительной защиты. Презервативы различаются по форме, цвету, смазке, толщине, материалу и добавлению спермицида.

Мужской презерватив надевают на половой член в состоянии эрекции. Он предотвращает попадание спермы, а также любых микроорганизмов во влагалище во время полового акта. Презерватив также препятствует попаданию вагинальных выделений и любых микроорганизмов в мочеиспускательный канал мужчины и на кожу полового члена во время полового акта.

Применение презервативов поощряет мужчин к участию в планировании семьи. Кроме того, презерватив можно использовать в качестве «двойного» метода в сочетании с другими средствами контрацепции.

Преимущества метода барьерной контрацепции:

- нет системного влияния;
- отсутствие побочных эффектов;
- нет влияния на грудное вскармливание (метод выбора);

- широкая доступность и дешевизна средства;
- действие быстро и полностью обратимо;
- после первого консультирования не требует участия медицинских работников.

Кроме того, последние исследования показали, что постоянное использование мужского презерватива может способствовать профилактике рака шейки матки у женщин.

Мужские презервативы — единственный метод контрацепции, защищающий как от ИППП, включая ВИЧ, так и от беременности (двойная защита).

Презерватив может защитить от герпеса, генитальных кондилом и других ИППП, поражающих кожу, но инфицированная область может быть не полностью закрыта презервативом, и тогда он не обеспечивает абсолютной защиты.

Недостатки метода:

- невысокая контрацептивная эффективность (индекс Перля 3—14); • требует мотивации для использования, готовности пары следовать инструкциям;
- необходимо использование во время каждого полового акта;
- у некоторых мужчин презервативы могут снижать сексуальные ощущения.

Контрацептивная эффективность мужских презервативов зависит от правильности их применения.

Условия эффективности применения презервативов (рекомендации):

- Следует использовать презерватив во время каждого полового акта.
- Презерватив со спермицидом обеспечит максимальную защиту.
- Открывать упаковку с помощью острых предметов или зубов запрещено.
- Нельзя использовать презерватив, если его упаковка порвана или он выглядит поврежденным или ломким.
- Использование минерального масла, пищевого жира, детского крема или вазелина для смазки презерватива запрещено (для смазки можно использовать слюну, спермициды, специальные лубриканты или ж; довольствоваться естественно выделяемым вагинальным секретом).
- Если презерватив не имеет расширения (резервуара) для спермы, следует оставить свободными на конце 1—2 см.
- Презерватив должен быть надет на половой член в состоянии эрекции до его введения во влагалище женщины, так как преекьюляторная жидкость содержит активные сперматозоиды.
- После эякуляции половой член следует извлекать из влагалища, пока он находится в состоянии эрекции, держа презерватив за основание (кольцо). Это предупреждает соскальзывание презерватива и попадание спермы на половые органы женщины.
- Каждый презерватив можно использовать только один раз.
- Использованный презерватив следует выбросить в мусорное ведро, предварительно завязав его и завернув в бумагу.
- Нельзя хранить презервативы в теплом месте, поскольку это разрушает материал, из которого они изготовлены, что может привести к нарушению целостности презерватива во время использования.

Женский презерватив, или фемидом (от англ. *female* — женщина и *condom*), имеет еще более древнюю историю, чем мужской, поскольку долгое время считалось, что за контрацепцию должна отвечать только женщина. Например, известна легенда II в. н.э. о древнегреческом царе Крита Миносе, в сперме которого из-за проклятия были змеи и скорпионы, и чтобы защитить партнершу Минос использовал мочевой пузырь козы, введенный во влагалище женщины.

Женские презервативы больше и шире мужских, но такой же длины. Они снабжены гибким большим кольцообразным входом,

который устанавливается снаружи в области вульвы, и внутренним кольцом, которое находится на слепом конце фемидома, вводится во влагалище и помогает удерживать в нем



Рис. 13.9. Фемидом

презерватив во время полового акта. В этом виде фемидом существует лишь с 1990 г.

Женский презерватив имеет массу преимуществ:

- предохраняет от нежелательной беременности и ИППП, при правильном использовании не уступает по эффективности кондому;
- наружный конец прикрывает значительную часть вульвы, препятствуя нежелательному прямому контакту кожи половых партнеров;
- не имеет противопоказаний к применению, в том числе может использоваться женщинами с аллергией на латекс, так как изготавливается из полиуретана;
- фемидомы, изготовленные из полиуретана, допускают применение не только водо-, но и жирорастворимых смазок;
- в отличие от мужского презерватива, фемидом можно оставить во влагалище после полового акта на протяжении 10 ч;
- способствуют сохранению чувствительности кожи полового члена.

Несмотря на это, фемидомы имеют очень небольшую популярность.

При всех, казалось бы, преимуществах широкому распространению препятствует высокая цена, довольно резкий запах в первые несколько минут после извлечения из упаковки (полиуретан), кроме того, использование фемидома требует некоторой сноровки. Эффективность его чуть ниже, чем мужского презерватива, индекс Перля 5—25. Контрацептивные возможности можно увеличить, применяя фемидом одновременно со спермицидами.

Влагалищная диафрагма, или контрацептивный пессарий (от греч. *pesos* — овальный камень), представляет резиновый или латексный полусферический колпачок с гибким пружинящим ободком. Диафрагму вводят во влагалище так, чтобы задний ободок был в заднем своде, купол покрывал шейку матки, а передний касался бы лона. Существуют диафрагмы разных размеров — диаметром от 50 до 150 мм; размер, подходящий женщине, подбирает врач. При выборе диафрагмы следует остановиться на той, что имеет максимальный размер, не причиняющий женщине дискомфорта.

Влагалищная диафрагма должна быть введена непосредственно перед половым актом и оставлена на 8 ч после него, это будет препятствовать проникновению сперматозоидов в цервикальный канал. Для увеличения эффекта влагалищную диафрагму используют вместе со спермицидами. Для этой же цели используются влагалищные контрацептивные губки.

Необходимость подбирать размер пессария, возможность многократного использования, вынуждающая следить за чистотой и дезинфекцией, особенностями хранения контрацептива, необходимость приобретения навыков для правильного введения, но главное — невысокая эффективность (индекс Перля 6-20) ограничивают широкое распространение этого вида контрацепции.

Шеечные колпачки обладают теми же особенностями, что и влагалищная диафрагма, имеют форму широкого наперстка или чашки. Существует несколько типов шеечных колпачков: колпачок Кафка (изготавливается из алюминия), Прентифа (из мягкой резины) — эти колпачки плотно надеваются врачом на шейку матки; колпачок Цумаса (из толстой резины) — устанавливается врачом под шейкой матки, подобно влагалищной диафрагме, так, чтобы края его прилегали к сводам влагалища, а куполообразная часть была под наружным зевом. После подбора оптимального размера из 24 возможных врач, соблюдая правила асептики, наполняет колпачок спермицидом и надевает на шейку матки. Процедура выполняется через 3 дня после окончания менструации, а снять колпачок необходимо за 3 дня до начала следующей. Колпачки Кафки и Прентифа выбирают для женщин с длинной шейкой матки, а колпачок Цумаса применяют в случаях деформированной шейки. В любом случае применение колпачков имеет больше недостатков, чем преимуществ, поэтому в настоящее время они практически не используются.

Вагинальные спермициды — химические вещества (бензалкония хлорид и ноноксинол), инактивирующие или разрушающие сперматозоиды. Они выпускаются в виде аэрозолей (пены), вагинальных таблеток, суппозиториях или растворяющейся пленки, крема, геля и губки.

При постоянном и правильном использовании эффективность спермицидов составляет 82%; при типичном — 71%. Контрацептивная эффективность зависит от способности

женщины выполнять инструкции (требует мотивации и использования перед каждым половым актом).

Возможно, спермициды обеспечивают некоторую защиту от определенных ИППП, но это пока не доказано. Использование спермицидов, особенно содержащих ноноксинол, несколько раз в день может нарушить влагалищный нормобиоценоз, повредить слизистую оболочку влагалища, что повышает риск заражения женщины ВИЧ или передачи инфекции партнеру.

Спермициды не рекомендуется использовать для контрацепции при высоком риске заражения ИППП и ВИЧ.

Преимущества спермицидов:

- некоторая защита от определенных ИППП;
- контрацепция в необходимый момент;
- легкость использования при небольшом опыте;
- после первого консультирования не требует участия медицинских работников;
- дешевизна и широкая доступность;
- отсутствие побочных эффектов, связанных с действием гормонов;
- отсутствие влияния на количество и качество грудного молока;
- дополнительный увлажняющий эффект;
- действие быстро и полностью обратимо.

Этот метод контрацепции можно рекомендовать парам, у которых сексуальные контакты бывают редко; женщинам в любой момент после родов, когда возобновляются сексуальные контакты, независимо от кормления грудью; женщинам, которым необходимо усилить естественную влагалищную смазку.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник / Э. К. Айламазян. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб : СпецЛит, 2013. - 415 с.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород. : НГМА, 2003. – 180 с.
3. Гинекология: национальное руководство /под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1072 с. (Серия – «Национальное руководство»).
4. Гинекология \ под. Ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 431 с.
5. Практическая гинекология (Клинические лекции). \Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. – М.: МЕДпрессинформ, 2011.