|  |
| --- |
|  |

**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ.**

**РЕГУЛЯЦИЯ РОЖДАЕМОСТИ**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия – 6 час.

**Цель занятий:**ознакомить студентов с проблемами планирования семьи и регуляцией рождаемости как факторами сохранения репродуктивного здоровья.

**Студент должен знать:** цели и задачи планирования семьи, методы регуляции рождаемости.

**Студент должен уметь:** рекомендовать противозачаточные средства для предупреждения нежелательной беременности.

**Место занятий:** учебная комната, гинекологическое отделение.

**Оснащение:** таблицы тестов функциональной диагностики, контрацептивные средства, видеофильмы.

**План организации занятий:**

Обоснование темы, организация –25 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов – 45 мин.

В учебной комнате обсуждают цели и задачи планирования семьи, методы регуляции рождаемости - 180 мин.

Ответы на вопросы, решение ситуационных задач – 20 мин.

**Содержание занятия**

**Содержание занятия.** В 1968 г. ООН впервые провозгласила право на планирование семьи, свободное, ответственное родительство как неотъемлемое право каждого человека и каждой страны заниматься планированием семьи на государственном уровне. В резолюции конгресса было написано: «Каждый индивидуум имеет право на выбор количества детей, несет ответственность за их развитие». В 1984 г. на конгрессе в Мехико более 100 стран мира подтвердили свое участие в международной программе планирования семьи.

Задачи планирования семьи:

* помочь избежать нежелательной беременности;
* регулировать интервалы между беременностями и родами;
* помочь произвести на свет желанных детей;
* выбрать время рождения детей в зависимости от возраста и здоровья родителей, желаемого времени рождения ребенка;
* обеспечить желаемое число детей в семье.

По определению ВОЗ, термин «планирование семьи» предусматривает те виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь указанных результатов. Виды деятельности, которые делают эту практику возможной, включают в себя санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи, обеспечение противозачаточными средствами, лечение бесплодия, просвещение по вопросам семьи и брака, организацию генетических консультаций, рентгенологическое обследование и т.п. для оценки состояния репродуктивного здоровья населения.

Таким образом, планирование семьи, осуществляемое на государственном уровне, способствует сохранению репродуктивного здоровья населения, уменьшению числа нежелательных беременностей, абортов и преждевременных родов, снижению частоты бесплодных браков, воспалительных заболеваний органов малого таза, материнской и детской заболеваемости и смертности. Кроме того, планирование семьи положительно влияет на экономическое положение семьи и всего государства в целом (ресурсы, еда, образование, медицинское обслуживание).

Известно, что только здоровая женщина может родить здорового ребенка. Установлено, что эндокринно обусловленные заболевания репродуктивной системы, а также болезни сердечно-сосудистой, кроветворной и мочевыделительной систем вызывают осложненное течение беременности и родов, способствующее перинатальной заболеваемости и смертности; передаются по наследству от матери к дочери. Следовательно, оздоровление женщин вне и во время беременности способствует снижению акушерской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Профилактика беременности и родов у несовершеннолетних и пожилых женщин, чей организм ни физически, ни биологически не готов к физиологическому течению беременности и родов, уменьшает число преждевременных родов, мертворождений и различных аномалий развития плода и новорожденного, перинатальная смертность у которых вдвое выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний как генитальной, так и экстрагенитальной локализации снижает внутриутробное инфицирование, а, следовательно, перинатальную заболеваемость и смертность.

Увеличение интергенетического интервала до 2 лет, в течение которых все системы женского организма восстанавливаются до физиологических параметров, уменьшает случаи внутриутробного инфицирования и гипотрофии, а также снижает младенческую смертность в 2 раза.

Удлинение интервалов между деторождениями обеспечивает большую выживаемость детей, так как предотвращает истощение организма матери после недавней беременности. В многодетных регионах мира увеличение интергенетического интервала до 2 лет снижает материнскую смертность в 4 раза, а младенческую – в 2 раза.

Очень молодые женщины физически, эмоционально и социально не готовы к обеспечению ухода за ребенком. Пожилой возраст матери опасен ростом мертворождений, самопроизвольных абортов, внутриутробных аномалий.

Увеличение частоты деторождений вызывает рост внутриутробной, младенческой, детской и материнской смертности, которая связана с патологией репродуктивной системы, нежелательными беременностями, абортами, родами в неблагоприятных условиях.

**Каким образом планирование семьи влияет на состояние здоровья матери?**

Каждая беременность связана с определенным риском, и планирование семьи, а, следовательно, уменьшение количества нежелательных беременностей, способствует сохранению репродуктивного здоровья населения и снижению материнской смертности. Планирование семьи позволяет проводить диагностику и лечение беременностей высокого риска, избежать опасностей, связанных с частыми родами и беременностью в пожилом и юном возрасте, уменьшить количество артифициальных и криминальных абортов. Кроме того, пропаганда применения барьерных методов контрацепции способствует предохранению партнеров от ИППП, СПИДа и, в какой-то мере - от рака шейки матки.

Используя современные методы предохранения от беременности, половые партнеры или супруги могут свободно жить половой жизнью, имея свободу выбора сроков рождения ребенка, количества детей в семье в зависимости от состояния своего здоровья, материального и социального благополучия. Вопросы планирования семьи и предупреждения нежелательной беременности влияют не только на состояние репродуктивного здоровья населения, но и на рост населения самой страны, а, следовательно, на ее экономическое состояние.

В современных условиях, когда рождаемость в Российской Федерации продолжает резко снижаться, проблема планирования семьи приобретает практическую значимость. Правовые органы по планированию семьи для граждан РФ определены Основными законодательствами РФ об охране здоровья граждан от 22.06.93 г.

* Ст.35 «Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона»:

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона...

* Ст.36 «Искусственное прерывание беременности»:

Каждая женщина имеет право самостоятельно решить вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед., по социальным показаниям - при сроке до 22 нед., а при наличии медицинских показаний и согласии женщины – независимо от срока беременности…

* Ст.37 «Медицинская стерилизация»:

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2 детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина – независимо от возраста и количества детей.

Каждое общество передавало свои традиции контроля за деторождением. В древности люди использовали в качестве противозачаточных средств различные барьерные приспособления (слепая кишка, мочевой пузырь животных, льняные влагалищные чехлы, губка, губчатые вещества), спермицидные материалы (лимонный сок, кока–кола, дубильные кислоты, пасты, смолы, сода, дольки лимона, экскременты животных и др.); свечи во влагалище (опиум, камни, шарики); препараты системного действия (корни папоротника, саббина, ивовый чай).

Долгое время основным методом регуляции рождаемости являлся искусственный аборт. Аборт в РФ продолжает оставаться распространенным методом планирования семьи. В 1993 г. в России было зарегистрировано 3,48 млн. абортов, среди них мини-аборты составили 25,9%. По медицинским показаниям произведено 2% абортов. Несмотря на законодательство, разрешающее искусственные аборты до 12 нед. беременности, продолжают иметь место криминальные аборты.

Осложнения после абортов наблюдаются у каждой третьей женщины, у первобеременных их частота доходит до 45%. Основными осложнениями после абортов являются бесплодие, невынашивание беременности, воспалительные заболевания гениталий, эндокринные нарушения. Таким образом, аборт – довольно опасная операция.

Большое значение в предупреждении нежелательной беременности, а, следовательно, в профилактике абортов, снижении гинекологической заболеваемости и материнской смертности имеет правильное и адекватное использование партнерами существующих методов контрацепции. Методология предохранения от нежелательной беременности является одной из наиболее важных в программе планирования семьи. В настоящее время существует достаточно много различных противозачаточных средств. Согласно ВОЗ, современные контрацептивы должны максимально отвечать следующим условиям:

* быть высокоэффективными;
* не оказывать системного влияния на организм;
* обладать обратимым действием;
* быть простыми в применении;
* быть доступными для любых социальных групп;
* быть экономически выгодными.

В настоящее время наиболее распространены следующие виды контрацепции: барьерные методы, внутриматочные средства, гормональная контрацепция, биологические методы. Однако к *современным высокоэффективным методам*относят только гормональную контрацепцию и внутриматочные средства. Особым методом регуляции рождаемости является мужская и женская стерилизация.

**Гормональная контрацепция**

Предпосылками внедрения гормональной контрацепции стали данные о гормональной регуляции менструального цикла, продолжительности фаз маточного и овариального цикла, времени овуляции и т.д., полученные в начале 30-х годов ХХ века, а также разработки последующих исследований фармакологической регуляции овуляции и промышленной технологии получения половых стероидов.

Закономерность фертильных и нефертильных периодов на протяжении менструального цикла была описана Кнаусом (Австрия) и Огино (Япония). В 1934 г. Корнер и Берд выделили прогестерон, а в 1937 г. Мейкпис в экспериментах на кроликах вызвал подавление овуляции прогестероном. В 50-е годы нашего столетия были созданы и внедрены противозачаточные таблетки (Пинкус), которые в последние десятилетия стали наиболее распространенным методом предупреждения беременности. Во всем мире гормональные средства используют до 20% женщин. В разных областях РФ их применяют от 0,5 до 5% женщин репродуктивного возраста. Наиболее высока частота использования гормональных контрацептивов - в популяции молодых женщин Москвы и Санкт-Петербурга, имеющих высшее и неполное высшее образование (студенток вузов).

Гормональные контрацептивы – это синтетические аналоги женских половых гормонов – эстрогенов и прогестерона. Собственно контрацептивный эффект достигается гестагенным (прогестероноподобным) компонентом. Эстрогены используют для контроля за менструальным циклом.

Механизм действия различных гормональных контрацептивов основывается на следующих принципах:

1. блокада овуляции вследствие подавления секреции гонадолиберина;
2. уплотнение и сгущение церквиальной слизи;
3. нарушение функции желтого тела;
4. нарушение имплантации за счет изменения морфологических свойств эндометрия.

В зависимости *от состава*различают: комбинированные эстроген-гестагенные препараты (таблетированные КОК) и только гестагенсодержащие препараты («чистые» гестагены). Последние, в свою очередь, подразделяются на таблетки с микродозами гестагенов (мини-пили), таблетки с большими дозами гестагенов (для посткоитальной контрацепции), импланты и инъекции гестагенов пролонгированного действия.

Наибольшее распространение получили комбинированные эстрогенгестагенные препараты (КОК). Действие КОК основано на обратимом подавлении овуляции путем торможения секреции гонадолиберина гипоталамусом и гонадотропных гормонов гипофизом, «железистой регрессии» эндометрия, уплотнении цервикальной слизи.

По *дозам эстрогенного компонента* в одной таблетке КОК различают высокодозированные препараты (содержание этинилэстрадиола более 35 мкг), низкодозированные (от 35 до 20 мкг) и микродозированные (до 20 мкг этинилэстрадиола). Согласно современным требованиям к безопасности контрацепции для этих целей должны использоваться КОК с дозой этинилэстрадиола 35 мкг и ниже.

По *характеру действия гестагенного компонента* на прогестероновые рецепторы, андрогенному и анаболическому потенциалу различают три поколения гормональных контрацептивов. Контрацептивы, содержащие гестагены первого поколения (норэтистерон или норэтиндрон, линэстренол) - с низкой селективностью к рецепторам прогестерона и высоким анаболическим и андрогенным потенциалом, второго поколения (норгестрел, в том числе левоноргестрел) - с более высокой селективностью к рецепторам прогестерона и третьего поколения - с самой высокой селективностью к рецепторам прогестерона, низким сродством к рецепторам андрогенов, низким анаболическим потенциалом. В настоящее время существует два вида истинных (не превращающихся в норгестрел) гестагенов третьего поколения: дезогестрел (в низкодозированном КОК - марвелон и микродозированном КОК мерсилон) и гестаден (в низкодозированном препарате фемоден). В качестве гестагена третьего поколения рассматривают и норгестимат, однако основным его метаболитом является норгестрел.

По характеру изменения (суточной) дозы гормонов в таблетке различают монофазные, двухфазные, трехфазные КОК. В монофазных препаратах содержание эстрогенного и гестагенного компонента одинаково на протяжении всего цикла. Обычный режим приема для монофазных КОК: прием 21-ой таблетки из упаковки в течение 21 дня, после чего следует 7-дневный перерыв, во время которого обычно начинается «кровотечение отмены». Необходимо помнить о том, что удлинение 7-дневного интервала в приеме КОК до 8-9 дней и более недопустимо, так как возрастает риск наступления беременности вследствие спонтанной овуляции, даже на фоне приема экзогенных стероидов. В 70-е годы с целью уменьшения цикловой стероидной нагрузки была предложена концепция двух- и трехфазной контрацепции. В отличие от монофазной контрацепции, в двуфазных контрацептивах содержание гестагенного компонента во 2-й фазе цикла повышается. При трехфазной контрацепции увеличение дозы гестагена происходит ступенчато, в 3 этапа, а доза эстрогена в первой и третьей фазах остается неизменной. В связи с появлением новых гестагенов 3-го поколения (дезогестрел, гестоден, норгестимат), обладающих высоким сродством к рецепторам прогестерона и вследствие этого высокой эффективностью, приемлемостью и безопасностью при длительном регулярном использовании, популярные в 70-е г.г. трехфазные препараты вновь «уступили» место монофазной комбинированной контрацепции как более надежному и удобному методу предохранения от беременности.

Применение КОК обладает рядом неконтрацептивных благотворных влияний и на репродуктивную систему и на организм женщины в целом. По данным многолетних эпидемиологических исследований, регулярный и длительный (не менее двух лет) прием КОК ведет к значительному снижению числа гинекологических и некоторых других заболеваний, в частности, сокращается относительный риск развития рака эндометрия (в среднем на 60%), рака яичников (в среднем на 40%), кистозных образований яичников, эктопической беременности, фибромиомы матки, эндометриоза, дисменореи, предменструального синдрома, дисфункциональных маточных кровотечений, фиброзно-кистозных мастопатий, железодефицитных анемий, ревматоидного артрита, заболеваний щитовидной железы, пептической язвы желудка, постменопаузального остеопороза.

КОК с гестагенами третьего поколения: микродозированный мерсилон, и низкодозированные марвелон и фемоден наиболее приемлемы для большинства женщин, которым требуется контрацепция. Эти препараты в настоящее время являются наиболее предпочтительными для контрацепции вследствие их высокой эффективности (самая высокая контрацептивная эффективность после имплантов гестагенов), минимальной частоты побочных эффектов, высокой безопасности при длительном применении, быстрого восстановления фертильности после отмены контрацепции.

К побочным действиям КОК относятся: аменорея или кровотечения прорыва, тошнота, головная боль, увеличение массы тела в первые 2-3 цикла приема, а к осложнениям: тромбоэмболии, болезни сердечно-сосудистой системы, гипертензия, аменорея, доброкачественные опухоли печени. Для профилактики осложнений необходимо следовать рекомендациям ВОЗ по подбору метода контрацепции.

***Микродозы гестагенов****.* В настоящее время в большинстве «мини-пилей» используются гестагены, производные 19-норстероидов различных поколений (норэтистерон, линестренол, этинодиол диацетат, левоноргестрел, дезогестрел). Половина беременностей, возникших на фоне приема «мини-пилей», - результат несоблюдения режима приема, чаще всего увеличение интервала между приемами таблеток. Кроме того, существует обратная зависимость эффективности метода от возраста. Эффективность метода в возрасте 25-29 лет составляет 3,1 на 100 женщин/лет, в возрастной группе 45 лет и старше – 0,3 на 100 женщин/лет. Прием препарата следует начинать в 1-й день менструального цикла, ежедневно, в одно и тоже время суток в непрерывном режиме, по 1 таблетке в день. Максимум действия достигается через 3-4 часа после приема и продолжается 16-19 час. Механизм действия «мини-пилей» заключается в подавлении овуляции (в 60% циклов), морфологических изменениях эндометрия, препятствующих имплантации яйцеклетки, сгущении слизи цервикального канала. Показаниями для контрацепции с помощью «мини-пилей» служат непереносимость эстрогенов, содержащихся в комбинированных таблетках, курение в возрасте старше 35 лет, необходимость контрацепции во время лактации, сахарный диабет, гипертония, серповидноклеточная анемия, фокальная мигрень.

Недостатками «мини-пилей» являются их более низкая эффективность по сравнению с КОК, необходимость более тщательного режима приема, худший контроль цикла (ациклические кровяные выделения). В России в качестве «мини-пилей» используются микронор (норэтистерон 0,35 мг) и экслютон (линестренол 0,5 мг).

Посткоитальная («аварийная») контрацепция распространена значительно меньше. Посткоитальные препараты – контрацептивы «разового» применения после полового акта, близкого к овуляции, их прием необходим в течение 24-72 часов после «незащищенного» полового акта. Большие дозы половых стероидов, принимаемые в качестве посткоитальной контрацепции, изменяют состояние эндометрия. С этой целью используют большие дозы левоноргестрела (постинор) или КОК по определенным схемам:

* высокодозированные КОК (50 мкг этинилэстрадиола и 250 мкг левоноргестрела): две таблетки принимаются внутрь не позднее 7 ч после «незащищенного» полового акта и еще две – через 12 ч после первых двух;
* КОК, содержащие 40 мкг этинилэстрадиола в каждой таблетке: 3 табл. и через 12 ч еще 3 таблетки;
* КОК с содержанием 30 мкг этинилэстрадиола: в количестве 4 таблеток и далее еще 4 таблетки.

***Гормональные контрацептивы пролонгированного действия.*** К ним относят инъекции и импланты высоких доз чистых гестагенов с постепенным и длительным поступлением в периферическую кровь.

Из инъекционных препаратов наиболее распространен медроксипрогестерона ацетат (депо-провера, мегестрон). Препараты длительного действия, используются главным образом в онкологии, с середины 60-х г. - с целью контрацепции в качестве инъекционных контрацептивов пролонгированного действия. Инъекции делаются внутримышечно 1 раз в 3 мес.

В качестве имплантов используют норгестрел – гестаген первого поколения, например, норплант – 6 цилиндрических капсул, которые помещают подкожно с помощью троакара или этоногестрел – гестаген третьего поколения. Срок контрацептивного действия - 5 лет. Беременность может наступить у одной из 100 женщин. Однако применение имплантов гестагенов требует специально подготовленного персонала для его введения. После введения невозможно приостановить его действие по желанию женщины или при появлении побочных эффектов, к которым относятся: боли внизу живота, экспульсация имплантов, нагноение в области введения, задержка менструации, мигрень. Обратимость - через 12-18 мес. после прекращения пользования.

Менее распространены влагалищные кольца, содержащие левоноргестрел, норэтиндрон или прогестерон, которые вводятся на 1-6 мес. Способ действия подобен микродозам гестагенов при таблетированном приеме: образование густой цервикальной слизи, ингибирование овуляции, истончение эндометрия, преждевременный лютеолиз.

**Внутриматочная контрацепция (ВМК)** известна с древнейших времен. Широко используется с середины нашего столетия. Формы ВМК: «петля», «зонтик», 7, Т, кольца, спирали; материалы: медь, серебро, пластмасса, платина. По составу известны инертные, медьсодержащие, гестагенсодержащие ВМК. Инертные ВМК практически изъяты из употребления.

Механизм действия ВМК: уменьшение активности и выживаемости сперматозоидов; усиление спермицидного эффекта слизи эндометрия за счет увеличения количества лизоцима и продуктов его распада в связи с полиморфноядерной лейкоцинтарной инфильтрацией эндометрия; уменьшение срока жизни яйцеклетки; торможение миграции сперматозоидов в трубу; ускорение транспорта оплодотворенной яйцеклетки в матку; торможение процесса оплодотворения; лизис бластоцисты; препятствие имплантации вследствие асептического воспаления, локального увеличения образования простагландинов.

К преимуществам при использовании ВМК относятся: высокая эффективность (98-99% - для медь- и гормонсодержащих и 92% - для инертных ВМК), снижение менструальной кровопотери и риска воспалительных заболеваний при использовании гормонсодержащих ВМК, а также уменьшение симптомов альгодисменореи, отсутствие побочного действия на обменные процессы (для медьсодержащих ВМК), для введения достаточно одной процедуры, быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК.

Побочные эффекты для инертных ВМК: перфорация матки, экспульсия контрацептива в брюшную полость или из матки, кровотечение, развитие инфекции. Для гормонсодержащих ВМК – ряд побочных эффектов левоногестренола. При наступлении беременности: самопроизвольное прерывание, внематочная беременность, преждевременные роды.

**Барьерные методы контрацепции** широко использовали с древнейших времен и в начале нашего столетия. В настоящее время их применение имеет большое значение в качестве средства профилактики ИППП. Их преимуществами перед другими методами контрацепции являются: снижение риска ИППП, СПИДа, рака шейки матки, низкая стоимость и высокая степень безопасности.

Различают мужские (презервативы) и женские (спермициды, диафрагмы, колпачки, вагинальные губки, презервативы) виды барьерных контрацептивов.

Частота применения мужских презервативов зависит от образовательного уровня партнеров, их возраста и степени заинтересованности в контрацепции. Контрацептивная эффективность - 5-10 случаев на 100 женщин в год. Латексные презервативы, не пропускающие воздух, воду и микроорганизмы, могут предотвращать распространение ИППП.

Женские барьерные контрацептивы подразделяют на нетребующие индивидуального подбора (спермициды, губки, полоски) и требующие специального подбора (влагалищные диафрагмы, шеечные колпачки). Обычно спермициды используют вместе с другими противозачаточными средствами, такими как диафрагмы, колпачки, презервативы.

Спермициды состоят из спермицидного химического вещества и носителя, который обеспечивает распространение спермицида во влагалище, обволакивание им шейки матки. Основной инградиент: сурфаты ноноксилон-9, октоксилон, менфегол, хлорид бензалкониума (разрушает сперматозоид) или вещества, ингибирующие активность ферментов, – А-ген, син-А-ген. Они быстро выделяют активный агент, распространяются на стенки влагалища и шейку матки, превращаясь в физический барьер для сперматозоидов, разрушают часть из них и снижают их фертильность. Формы выпуска: кремы, желе, тающие и пенящиеся свечи, таблетки, пропитанные спермицидами губки и полоски. Частота беременности - 5-25 на 100 женщин в год. Возможна аллергия на спермициды.

Влагалищные губки изготавливают из полиуритана, пропитанного 1 г ноноксилнола-9. Влагалищные губки выделяют спермициды и блокируют церквиальный канал. Их можно вводить только на 24 ч., опасны они развитием синдрома токсического шока (СТШ).

Влагалищные диафрагмы – латексные купола, которые помещают между лоном и задней стенкой влагалища. Диафрагма является барьером для сперматозоидов. Наиболее эффективна в сочетании со спермицидными гелями и кремами. Подбор диафрагмы осуществляет врач. Однако в дальнейшем помощь врача не требуется. Частота наступления беременности – 5-10 на 100 женщин в год. Эффективность зависит от времени действия: диафрагму необходимо оставлять во влагалище в течение 6 час после полового акта. Вследствие сдавления уретры увеличивается частота инфекции мочевыводящих путей.

Шеечные колпачки – металлические и резиновые. Существует несколько типов шеечных колпачков. Способ действия – барьер для сперматозоидов, особенно в сочетании со спермицидами. Колпачки оставляют во влагалище на срок не более трех дней. К недостаткам относятся: неудобство введения, необходимость помощи специалиста для подбора и введения средства, ограничение во времени пребывания во влагалище; опасность – инфекции мочевых путей, СТШ.

**Традиционные методы контрацепции** (так называемые натуральные методы планирования семьи). К ним относят: периодическое половое воздержание (абстиненция) с определением так называемых «опасных» и «безопасных» дней цикла календарным методом, с помощью динамики характеристики шеечной слизи (метод Биллингса), базальной температуры и комбинации этих трех методов. К этой группе также относят метод лактационной аменореи и прерванное половое сношение. Эффективность этих методов наиболее низка, вследствие влияния многих факторов (например, влагалищная инфекция, мотивированность полового воздержания и т.д.).

**Хирургическая стерилизация** является необратимым методом контрацепции. В ряде случаев фертильность может быть восстановлена путем микрохирургических операций. Согласно приказу Минздрава РФ № 303 от 28.12.93 г. хирургическую стерилизацию женщин осуществляют только при наличии определенных показаний, и проводится она в гинекологическом стационаре. Обследование и подготовка такие же, как при любом хирургическом вмешательстве. Хирургическая стерилизация мужчин - вазэктомия - осуществляется в урологических стационарах.

**Критерии приемлемости различных методов планирования семьи**

При консультировании необходимо выбрать наиболее безопасный и эффективный для каждой пары метод контрацепции. При этом следует ориентироваться на рекомендации ВОЗ «Медицинские критерии для начала и продолжения использования контрацептивных методов». Согласно этим рекомендациям, принятым большинством стран в качестве национальных стандартов для служб планирования семьи, все состояния (заболевания и особенности женщины – курение, послеродовый период и т.д.), влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, подпадают под одну из следующих четырех категорий:

1. Состояние, при котором нет ограничений для использования контрацептивного метода.
2. Состояние, когда преимущества использования метода в целом перевешивают теоретический или реальный риск.
3. Состояние, при котором применение контрацептивного метода сопровождается повышенным риском для здоровья.
4. Состояние, при котором применение контрацептивного метода ведет к неприемлемому риску для здоровья.

Ниже приведены критерии приемлемости ВОЗ для методов контрацепции, которые наиболее распространенны на территории Российской Федерации.

**Низкодозированные комбинированные оральные котрацептивы (КОК)**

1. Могут быть использованы *без ограничений (категория I)*женщинами:

* через 21 день после родов, при условии, что они не кормят грудью;
* после аборта (первый и второй триместры, а также после септического аборта);
* в период от первой менструации (менархе) и до 40 лет;
* с преэклампсией в анамнезе;
* с диабетом беременности в анамнезе;
* после несложной хирургической операции, не требующей иммобилизации;
* с варикозным расширением вен (поверхностных);
* с головными болями (средней степени тяжести);
* имеющими нерегулярный цикл;
* имеющими регулярный цикл, но с продолжительными или обильными менструациями;
* с доброкачественными опухолями молочных желез, яичников или эндометриозом;
* с прослеженными в семейном анамнезе злокачественными опухолями;
* с эктропионом шейки матки;
* с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) или имеющими риск этих заболеваний;
* с какими-либо заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП или инфицированными ВИЧ);
* с вирусным гепатитом;
* имеющими миому матки;
* имеющими в анамнезе эктопическую (внематочную) беременность;
* со всеми формами дисфункции щитовидной железы;
* с железодефицитной анемией;
* с эпилепсией;
* с малярией;
* с туберкулезом.

2. Могут быть использованы *при условии последующего врачебного наблюдения (категория II):*

* в послеродовом периоде более 6 мес. и продолжающими кормить грудью;
* старше 40 лет;
* курящими моложе 35 лет;
* с уровнем артериального кровяного давления 140-159/90-99 мм рт.ст.;
* с инсулинзависимым и инсулиннезависимым диабетом (без сосудистых осложнений);
* после серьезного хирургического вмешательства, не требующего иммобилизации;
* с тромбофлебитом поверхностных вен;
* имеющими порок клапанов сердца (без осложнений);
* с рецидивирующими головными болями, включая мигрень, но без фокальной неврологической симптоматики;
* имеющими новообразования молочных желез неясной этиологии;
* после перенесенной холецистэктомии или имеющими бессимптомное течение заболеваний желчевыводящего тракта.

3. КОК *не рекомендуются к использованию, за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции не доступны (категория III):*

* в период между 6 нед. и 6 мес. после родов и продолжающими кормить грудью;
* не кормящими грудью, но в период 21 дня после родов;
* ограниченно курящими старше 35 лет;
* с явлениями гипертензии в анамнезе ( в случае, когда цифры кровяного давления не были зарегистрированы);
* с артериальным кровяным давлением на уровне 160-179/100-109 мм рт.ст.;
* имеющими в анамнезе маточные кровотечения неясной этиологии (подозрение на серьезное заболевание);
* перенесшими рак молочной железы 5 и более лет назад, без признаков рецидивирования;
* с заболеваниями желчевыводящих путей, находящимися на медикаментозном лечении или остром периоде заболевания;
* с циррозом печени легкой степени;
* длительно использующими медикаменты, индуцирующие ферментативную систему печени, такие как рифампицин, гризеофульвин, антиконвульсанты, так как может снижаться контрацептивная эффективность КОК.

*4. Употребление КОК противопоказано (категория IV):*

* беременным;
* кормящими грудью в послеродовом периоде менее 6 недель;
* много курящим старше 35 лет (более 10-12 сигарет в день);
* с уровнем кровяного давления 180/110 мм рт.ст. и выше;
* с сосудистыми заболеваниями;
* с диабетом, сопровождающимся нефропатией, ретинопатией или неврологическими осложнениями;
* с диабетом на протяжении более 20 лет;
* с глубоким тромбозом вен;
* перенесшими легочную эмболию;
* перенесшими серьезное хирургическое вмешательство с длительной последующей иммобилизацией;
* с текущим или в анамнезе ишемическим заболеванием сердца;
* перенесшими инсульт;
* с осложненным пороком клапанного аппарата сердца;
* с головными болями выраженной фокальной неврологической симптоматикой;
* имеющими рак молочных желез;
* с острым вирусным гепатитом или циррозом печени в тяжелой форме;
* имеющими доброкачественные или злокачественные опухоли печени.

**Таблетки для «аварийной» (посткоитальной) контрацепции**

1. Могут быть использованы *без ограничений (категория I)* женщинами:

* с эктопической беременностью в анамнезе;
* после изнасилования.

2. Могут быть использованы *при условии последующего врачебного наблюдения (категория II):*

* с серьезными сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения, другими тромбоэмболическими нарушениями;
* со стенокардией или острыми приступами мигрени, сопровождающимися фокальными неврологическими синдромами;
* с серьезными заболеваниями печени, в том числе сопровождающимися желтухой;
* часто использующими таблетки для «аварийной» контрацепции.

*3. Употребление таблеток для «аварийной» контрацепции противопоказано (категория IV)*беременным.

**Внутриматочные контрацептивы (ВМК) – медные ВМК и левоноргестрелсодержащие ВМК (ЛНГ-20)**

1. Могут быть использованы *без ограничений (категория I)* женщинами:

* в течение 48 час после родов, кормящими и не кормящими грудью, в том числе после кесарева сечения (для медных ВМК);
* через 4 нед. после родов;
* после аборта в первом триместре;
* старше 20 лет;
* курящими, моложе 35 лет;
* курящими, старше 35 лет;
* с гипертензией в анамнезе в случаях, когда цифры кровяного давления не установлены, за исключением гипертензии в период беременности (для медных ВМК);
* с уровнем кровяного давления 140-179/100-109 мм рт.ст.;
* с уровнем кровяного давления 180/110 и выше (для медных ВМК);
* с сосудистыми заболеваниями (для медных ВМК);
* имеющими преэклампсию в анамнезе;
* с диабетом без проявления сосудистых осложнений: инсулинзависимым и инсулинезависимым (для медных ВМК);
* с другими сосудистыми заболеваниями и с диабетом более 20 лет (для медных ВМК);
* имеющими в анамнезе тромбоз глубоких вен или легочную эмболию;
* с тромбозом глубоких вен;
* перенесшими серьезное хирургическое вмешательство с последующей иммобилизацией и без таковой;
* перенесшими незначительное хирургическое вмешательство без последующей иммобилизации;
* с варикозным расширением вен или тромбофлебитом поверхностных вен;
* с ишемической болезнью сердца, текущей или в анамнезе (для медных ВМК);
* перенесшими инсульт или имеющими цереброваскулярные нарушения в анамнезе (для медных ВМК);
* с выявленной гиперлипидемией (для медных ВМК);
* с неосложненным пороком сердца;
* с головными болями легкой степени;
* с тяжелыми головными болями или мигренями с проявлением фокальных неврологических нарушений или без таковых (для медных ВМК);
* имеющими нерегулярный цикл, но без особых кровотечений;
* имеющими обильные или продолжительные кровотечения, в том числе регулярные (для начальной стадии использования только ЛНГ-20);
* с недиагностированными новообразованиями молочной железы (для медных ВМК);
* имеющими доброкачественные новообразования молочной железы;
* имеющими в семейном анамнезе случаи рака молочной железы;
* имеющими рак молочной железы (для медных ВМК);
* перенесшими рак молочной железы и не имеющими симптомов рецидива заболевания (для медных ВМК);
* с диагнозом цервикальная интраэпителиальная неоплазия;
* с эктропином шейки матки;
* перенесшими воспалительные заболевания органов малого таза с последующей беременностью и находящимися вне риска ИППП;
* с заболеваниями желчевыводящего тракта, протекающими с симптомами или бессимптомно (текущими или извлеченными хирургическим либо медикаментозным путем);
* имеющими в анамнезе холестазы, обусловленные беременностью;
* с холестазом в анамнезе, обусловленным хроническим обструктивным холециститом (для медных ВМК);
* с вирусным гепатитом в активной стадии (для медных ВМК);
* носителями вирусного гепатита;
* с циррозом печени в легкой или тяжелой форме (для медных ВМК);
* со злокачественными или доброкачественными новообразованиями печени (для медных ВМК);
* с эктопической беременностью в анамнезе;
* с ожирением;
* с дисфункцией щитовидной железы (зоб, гипертиреоидизм, гипотиреоидизм);
* с серповидноклеточной анемией (для ЛНГ-20 только);
* с железодефицитной анемией (для ЛНГ-20 только);
* с эпилепсией;
* с малярией;
* рожавшими женщинами;
* с дисменорей в тяжелой форме (для ЛНГ-20);
* имеющими в анамнезе хирургические операции на органах малого таза (включая кесарево сечение);
* имеющими эндометриоз (для ЛНГ-20);
* с туберкулезом (за исключением туберкулеза тазовых органов);
* имеющими доброкачественные опухоли яичников, кисты.

2. Могут быть использованы *при условии последующего врачебного наблюдения (категория II):*

* после абортов во втором триместре (для ЛНГ-20);
* в возрастной группе до 20 лет (начиная с первых месячных);
* с явлениями гипертензии в анамнезе, когда цифры кровяного давления не установлены (за исключением гипертензии в период беременности) (для ЛНГ-20);
* с уровнем кровяного давления 180/110 мм рт.ст. и выше (для ЛНГ-20);
* с сосудистыми заболеваниями (для ЛНГ-20);
* с инсулинезависимым и инсулинзависимым диабетом без сосудистых осложнений (для ЛНГ-20);
* с диабетом, осложненным нефропатией, ретинопатией, неврологической патологией (для ЛНГ-20);
* с другими сосудистыми заболеваниями на протяжении 20 лет (для ЛНГ-20);
* имеющими текущую или в анамнезе ишемическую болезнь сердца (для ЛНГ-20)4
* имеющими в анамнезе инсульт (ДЛЯ ЛНГ-20);
* с выявленной гиперлипидемией (диспансерное наблюдение не требуется для безопасного использования методов контрацепции) (для ЛНГ-20);
* имеющими порок клапанов сердца с осложнениями (легочная гипертензия, угроза фибрилляции желудочков, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе, терапия антикоагулянтами);
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень, без фокальных неврологических нарушений или с таковыми (для ЛНГ-20);
* с обильными и продолжительными кровотечениями, в том числе регулярными, без клинических признаков анемии (для медных ВМК при инициации/продолжении использования метода, для ЛНГ-20 при продолжении);
* с неясными вагинальными кровотечениями, до постановки диагноза (только при продолжении использования метода);
* с недиагностированными новообразованиями молочных желез (для медных ВМК);
* с диагнозом цервикальная интраэпителиальная неоплазия (для ЛНГ-20);
* с диагнозом рак шейки матки (в курсе предоперационного лечения) (только при продолжении использования метода);
* с диагнозом рак эндометрия или рак яичников (только при продолжении использования метода);
* перенесшими воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ) без последующей беременности и находящимися при этом вне риска ИППП;
* имеющими вагинит, но без гнойного цервицита;
* инфицированными ВИЧ (для ЛНГ-20);
* с холестазом в анамнезе, обусловленным хроническим обструктивным холециститом (для ЛНГ-20);
* с вирусным гепатитом в активной стадии (для ЛНГ–20);
* с циррозом печени в легкой форме (для ЛНГ-20);
* имеющими миому матки (для ЛНГ–20);
* имеющим анатомические аномалии, не изменяющие полость матки или не влияющие на процесс введения ВМК (включая миому матки, стеноз шейки матки, разрыв матки);
* с дисменореей в тяжелой форме ( для медных ВМК);
* имеющим эндометриоз (для медных ВМК).

*3. ВМК не рекомендуются использовать за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции не доступны (категория III):*

* после родов менее 48 час (для ЛНГ–20);
* в период от 48 час до 4 нед после родов;
* имеющим в анамнезе рак молочной железы без признаков рецидива заболевания в течение 5 лет (для ЛНГ–20);
* имеющими повышенный риск ИППП (например, много половых партнёров или партнера имеющего другие половые связи);
* инфицированным ВИЧ (для медных ВМК);
* имеющими риск инфицирования ВИЧ;
* больным СПИДом;
* с циррозом печени в тяжелой форме (для ЛНГ–20);
* имеющими злокачественные новообразования в печени (для ЛНГ–20);
* имевшими пузырный занос (доброкачественный трофобластоз).

4. Использование *ВМС противопоказано (категория IV):*

* беременным;
* с послеродовым сепсисом;
* после септического аборта:
* с неясными маточными кровотечениями до постановки диагноза (только при начале использовании метода);
* имеющими рак молочной железы (для ЛНГ– 20);
* имеющими рак шейки матки (только при начале использования метода);
* имеющими рак эндометрия или яичников (только при начале использования метода);
* с ВЗОМТ и в течение 3 мес. после излечения;
* с ЗППП и в течение 3 мес. после излечения (включая гнойные цервициты);
* имеющими хорионэпителиому (злокачественную гестационную трофобластому);
* с изменениями полости матки (любыми врожденными или приобретенными аномалиями, искажающими форму полости матки и не позволяющими ввести ВМС подобающим образом);
* с диагностированным туберкулезом органов малого таза.

***Основополагающие критерии использования ВМК для посткоитальной контрацепции:***

1. ВМК не рекомендуется использовать, за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции не доступны (категория III) женщинам после изнасилования.

2. Использование ВМК противопоказано (Категория IV) беременным.

**Оральные контрацептивы, содержащие только прогестаген (ОКП)**

**(ОКП, ДМПА, норплант)**

1.Могут быть использованы *без ограничений (категория I*) женщинами:

* в период между 6 нед. и 6 мес. после родов и продолжающими кормить грудью (в случае преимущественного грудного вскармливания);
* более чем через 6 мес. после родов;
* до 21 дня после родов и не кормящими грудью;
* после 21 дня после родов и не кормящими грудью;
* после аборта (в первом, втором триместре или после осложненного инфекцией аборта);
* старше35 лет;
* моложе 35 лет и курящими;
* старше 35 лет и курящими;
* с уровнем кровяного давления 140-179/100-109 мм рт.ст. (ОКП и норплант);
* имеющими в анамнезе преэклампсию;
* имеющими тромбоз глубоких вен или легочную эмболию в анамнезе;
* с тромбозом глубоких вен;
* перенесшими серьезную хирургическую операцию с длительной последующей иммобилизизацией;
* перенесшими серьезную хирургическую операцию без последующей иммобилизизации;
* перенесшими незначительное хирургическое вмешательство без последующей иммобилизизации;
* с варикозным расширением вен;
* с тромбофлебитом поверхностных вен;
* имеющими неосложненный порок сердца;
* с сердечными заболеваниями с осложнениями (легочная гипертензия, угроза фибрилляции желудочков, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе);
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень без фокальных неврологических симптомов (только для ОКП при начале использования метода);
* с доброкачественными новообразованиями в семейном анамнезе;
* с эктропионом шейки матки;
* имеющими рак эндометрия или яичников;
* перенесшими ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза (при условии, что нет фактора риска ИППП);
* перенесшими ВЗОМТ с последующей беременностью;
* с ВЗОМТ или в течение 3 мес после перенесенного заболевания (включая гнойный цирвицит);
* с вагинитом той или иной этиологии, но без гнойного цервицита;
* с повышенной угрозой ИППП (например, имеющими несколько половых партнеров или партнера с другими половыми связями);
* инфицированными ВИЧ, находящимися под угрозой ВИЧ–инфицирования или больными СПИДом;
* с заболеваниями желчевыводящего тракта, протекающими бессимптомно или с выраженными симптомами (с текущим заболеванием или лечены хирургическим либо медикаментозным путем);
* с холестазом, обусловленным беременностью, в анамнезе;
* носителями вирусного гепатита;
* с миомой матки;
* с эктопической беременностью в анамнезе (для ДМПА и норпланта);
* с ожирением;
* с дисфункцией щитовидной железы (зоб, гипертиреодизм, гипотиреодизм);
* с железодефицитной анемией;
* с эпилепсией;
* с малярией;
* принимающими антибиотики (кроме рифампицина и гризеофульвина);
* рожавшими и нерожавшими женщинами;
* с тяжелой формой дисменореи;
* с туберкулёзом (органов таза и другой локализации);
* с эндометриозом;
* с доброкачественными опухолями яичников (включая кисты);
* перенесшими хирургическую операцию на органах малого таза (включая кесарево сечение).

2. Могут быть использованы *при условии последующего врачебного наблюдения (категория II):*

* в период первых месячных до 16 лет;
* с гипертензией в анамнезе в случаях, когда цифры кровяного давления не установлены (за исключением гипертензии в период беременности);
* с уровнем кровяного давления 140-179/90-119 (для депо-провера);
* с уровнем кровяного давления 180/110 и выше (для ОКП и норпланта);
* с сосудистыми заболеваниями (для ОКП и норпланта);
* с инсулинезависимым диабетом без сосудистых осложнений;
* с инсулинзависимым диабетом без сосудистых осложнений;
* с диабетом, осложненным нефропатией, ретинопатией, неврологической патологией (для норпланта только и ОКП);
* с другими сосудистыми заболеваниями или диабетом на протяжении 20 лет (для ОКП и норпланта только);
* имеющими в анамнезе инсульт или цереброваскулярные нарушения (для ОКП и норпланта только при начале метода);
* имеющими в анамнезе инсульт или цереброваскулярные нарушения (для ОКП и норпланта только при начале использования метода);
* с выявленной гиперлипидемией (диспансерное наблюдение не требуется для безопасного использования методов контрацепции);
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень без фокальных неврологических нарушений (только для ОКП в случае продолжения пользования методом и начале использования/продолжении для ДМПА, норпланта);
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень без фокальных неврологических нарушений (для ДМПА, норпланта при начале метода);
* с нерегулярными маточными кровотечениями, но без обильных выделений;
* с обильными и продолжительными кровотечениями, в том числе регулярными, без клинических признаков анемии;
* с вагинальными кровотечениями неясной этиологии (до постановки диагноза);
* с недиагностированными новообразованиями молочных желез (диагноз должен быть поставлен как можно скорее);
* с диагнозом цервикальная интраэпителиальная неоплазия;
* с диагнозом рак шейки матки (в курсе предоперационного лечения);
* с холестазом в анамнезе, обусловленным хроническим обструктивным холециститом;
* с циррозом печени в легкой форме;
* с внематочной беременностью в анамнезе (для ОКП);
* принимающими рифампицин, гризеофуьвин или противосудорожные препараты (для ДМПА).

*3. ОКП не рекомендуется использовать за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции не доступны (категория III):*

* после родов менее 6 нед и продолжающими грудное вскармливание;
* с уровнем кровяного давления 180\110 и выше (для депо-провера);
* с сосудистыми заболеваниями (для ДМПА);
* с диабетом, осложненным нефропатией, ретинопатией, неврологическими нарушениями;
* с другими сосудистыми заболеваниями или диабетом на протяжении 20 и более лет;
* имеющими текущую или в анамнезе ишемическую болезнь сердца;
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень без фокальных неврологических нарушений (для ОКП в случае продолжения пользования методом и начало/продолжения для ДМПА, норпланта);
* имеющим в анамнезе инсульт или цереброваскулярные нарушения (для ОКП в случае продолжения пользования методом и начале/продолжения для ДМПА, и норпланта);
* с тяжелыми головными болями, включая мигрень с проявлением фокальных неврологических нарушений (при продолжении пользования методом);
* с вагинальными кровотечениями неясной этиологии до постановки диагноза (для ОКП при начале пользования методом);
* с обильными и продолжительными кровотечениями, в том числе регулярными, с клиническими проявлениями анемии;
* имеющими рак молочных желез (для ОКП при начале пользования методом);
* с диагнозом рак молочных желез в анамнезе, но не имеющим симптомов заболевания (5–летний интервал вне рецидивов );
* с вирусным гепатитом в активной стадии;
* с циррозом печени в тяжелой форме;
* со злокачественными или доброкачественными новообразованиями печени;
* принимающими рифампицин, гризеофульвин или антиконвульсанты (для ОКП и норпланта).

*4. Использование ОКП противопоказано (категория IV):*

* беременным;
* с вагинальными кровотечениями неустановленной этиологии (для ДМПА, норэтистерона и норпланта при начале метода);
* имеющим рак молочных желез (для ОКП в случае продолжения пользования методом и начале/продолжения пользования методом для ДМПА, норпланта).

**Барьерные методы**

(П - презерватив, С – спермицид, Д – диафрагма).

1. Могут быть использованы без ограничений (категория I) женщинами:

* беременными;
* в период менее 6 нед. после родов, кормящими грудью (для П и С);
* в период более 6 нед. после родов, кормящими грудью;
* после аборта в первом триместре, после септического аборта;
* после аборта во втором триместре ( для П и С );
* через 6 нед. после аборта во втором триместре ( для С и П и Д );
* в возрастной группе от первых месячных и старше 40 лет;
* курящими в любом возрасте;
* с первичной гипертензией при любых уровнях кровяного давления;
* с сосудистыми заболеваниями;
* с диабетом (имеющими диабет без сосудистых осложнений, диабет, осложненный нефропатией, ретинопатией или неврологической патологией);
* с другими сосудистыми заболеваниями и с диабетом более 20 лет;
* с тромбозом глубоких вен или легочной эмболией в анамнезе;
* перенесшими серьезное или незначительное хирургическое вмешательство с последующей продолжительной иммобилизацией или без таковой;
* с варикозным расширением вен или тромбофлебитом поверхностных вен;
* с ишемической болезнью сердца, текущей или в анамнезе;
* имеющими осложненный порок сердца (для П и С);
* с головными болями легкой и тяжелой степени, с проявлением фокальных неврологических нарушений или без таковых;
* имеющими нерегулярный цикл с обильными или продолжительными кровотечениями или без таковых;
* с неясными вагинальными кровотечениями, до постановки диагноза;
* с заболеванием молочных желез (недиагностированное новообразование, доброкачественное новообразование, рак молочной железы в семейном анамнезе или текущее заболевание);
* с диагнозом церквиальная интраэпителиальная неоплазия (использование шеечного колпачка не рекомендуется);
* имеющими анатомические аномалии (для П и С);
* с экропионом шейки матки;
* с диагнозом рак эндометрия или рак яичников;
* имеющими воспалительное заболевание органов малого таза или риск ВЗОМТ;
* с ИППП или имеющими риск ИППП;
* инфицированными ВИЧ или больными СПИДом;
* с заболеваниями желчевыводящего тракта (протекающими с симптомами или бессимптомно);
* имеющими в анамнезе холестазы (обусловленные беременностью или хроническим обструктивным холециститом в анамнезе);
* носителями вирусного гепатита или с вирусным гепатитом в активной стадии;
* с циррозом печени в легкой или в тяжелой форме;
* с доброкачественными или злокачественными новообразованиями печени;
* имеющими миому матки;
* имеющими внематочную беременность в анамнезе;
* с ожирением;
* имеющими дисфункцию щитовидной железы (зоб, гипертиреодизм, гипотиреодизм);
* с трофобластическими новообразованиями (злокачественными или доброкачественными);
* с серповидноклеточной анемией;
* имеющими железодефицитную анемию;
* с эпилепсией;
* с малярией;
* имеющими аллергию на латекс (для С);
* нерожавшими и рожавшими (для П и С);
* с дисменореей в тяжелой форме;
* имеющими эндометриоз;
* имеющими доброкачественные опухоли яичников;
* имевшими хирургические операции на органах таза (включая кесарево сечение);
* с синдромом токсического шока в анамнезе (для П и С);
* с инфекцией мочевыводящих системы.

2. Могут быть использованны *при условии последующего врачебного наблюдения (категория II):*

* имеющими порок клапанов сердца с осложнениями (легочная гипертензия, угроза фибрилляции желудочков, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе, терапия антикоагулянтами) (для Д);
* имеющими рак шейки матки;
* рожавшими (для Д);

*3. Не рекомендуется использовать, за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции недоступны (категория III):*

* с аллергией на латекс (для Д и П);
* с синдромом токсического шока в анамнезе (для Д);

*4. Барьерные методы противопоказаны (категория IV)* беременным (для С и Д).

**Лактационная аменорея (ЛАМ)**

*1.В качестве метода контрацепции может быть использована без ограничений (категория I):*

* в период менее 6 нед после родов, кормящими грудью;
* в период более 6 нед и до 6 мес. после родов, преимущественно кормящими грудью;
* в возрастной группе от первых месячных и старше 40 лет;
* курящими в любом возрасте;
* с первичной гипертензией при любых уровнях кровяного давления;
* с преэклампсией в анамнезе;
* с диабетом (имеющими диабет без сосудистых осложнений, диабет, осложненный нефропатией, ретинопатией или неврологической патологией);
* с другими сосудистыми заболеваниями и с диабетом более 20 лет;
* с тромбозом глубоких вен или легочной эмболией в анамнезе;
* перенесшими серьезное или незначительное хирургическое вмешательство с последующей продолжительной иммобилизацией или без таковой;
* с варикозным расширением вен или тромбофлебитом поверхностных вен;
* с ишемической болезнью сердца, текущей или в анамнезе;
* перенесшими инсульт или имеющими цереброваскулярные нарушения в анамнезе;
* в выявленной гиперлипидемией;
* имеющими порок сердца с осложнениями или без таковых;
* с головными болями легкой или тяжелой степени, с проявлениями фокальных неврологических нарушений или без таковых;
* с заболеваниями молочных желез (недиагностированное новообразование, доброкачественное новообразование, рак молочной железы в семейном анамнезе, наличие рака молочной железы в анамнезе или текущее заболевание);
* с диагнозом цервикальная интраэпителиальная неоплазия;
* с диагнозом рак шейки матки;
* с диагнозом рак эндометрия или рак яичника;
* имеющими воспалительное заболевание органов таза или ВЗОМТ;
* с ИППП или имеющими риск ИППП;
* инфицированными ВИЧ;
* с заболеваниями желчевыводящего тракта (протекающими с симптомами или бессимптомно);
* имеющими в анамнезе холестазы (обусловленные беременностью или хроническим обструктивным холециститом в анамнезе);
* носителями вирусного гепатита или с вирусным гепатитом в активной стадии;
* имеющими миому матки;
* имеющими внематочную беременность в анамнезе;
* с ожирением;
* имеющими дисфункцию щитовидной железы (зоб, гипертиреодизм, гипотиреодизм);
* с трофобластическими новообразованиями (злокачественными или доброкачественными);
* с серповидноклеточной анемией;
* имеющими железодифицитную анемию;
* имеющими недостаточное питание легкой и средней степени;
* с эпилепсией;
* с малярией;
* с какими-либо нарушениями грудного вскармливания (нагрубание молочных желез, болезненность или трещины сосков, мастит, хирургическая операция на молочных железах в анамнезе; врожденные пороки ротовой полости у ребенка: губ, челюстей и неба, недоношенный ребенок или с недостаточным весом, проводилась послеродовая интенсивная терапия);
* с тяжелой формой дисменореи;
* имеющими эндометроз.

*2. Лактационная аменорея, как способ контрацепции может быть использована при условии последующего врачебного наблюдения или ее не рекомендуется использовать, за исключением тех случаев, когда другие методы контрацепции не доступны (категория II-III):*

* инфицированными ВИЧ или имеющими риск быть инфицированными;
* больными СПИДом;
* с истощением (низкая степень упитанности);
* с туберкулезом любой локализации.

*3. Применять лактационную аменорею в качестве контрацептивного метода противопоказано (категория IV):*

* чей ребенок имеет метаболические нарушения;
* с вирусным гепатитом в активной форме;
* использующими препараты, оказывающие влияние на эмоциональную сферу;
* использующими одно из перечисленных ниже лекарств: резерпин, эрготамин, антиметаболические средства, циклоспорин, бромокриптин, гидрокортизон, препараты, содержащие радиоактивные вещества, литий, пероральные антикоагулянты.

Особое внимание уделяется таким методам регуляции рождаемости, как аборт (искусственный аборт, мини-аборт) методам прерывания беременности во втором триместре беременности, влиянию его на репродуктивное здоровье женщины.

Разбирают возможности использования мужской и женской стерилизации.

**Контрольные вопросы:**

1. Планирование семьи как Международная программа ВОЗ, ЮНИСЕФ и других гуманитарных организаций.
2. Задачи планирования семьи.
3. Методы регуляции рождаемости.
4. Какими методами можно регулировать рождаемость?
5. Какие методы и средства используют для предупреждения беременности?
6. Традиционные методы контрацепции.
7. Преимущества барьерных методов контрацепции.
8. Основные недостатки ВМК.
9. Критерии приемлемости основных методов контрацепции (рекомендации ВОЗ).

**Задача №1**

К гинекологу обратилась пациентка Н., 20 лет, для выбора метода контрацепции. Какие сведения должен получить врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Задача № 2**

К гинекологу обратилась пациентка для выбора метода контрацепции. Возраст пациентки 35 лет, в анамнезе 2 нормальных родов. Какие вопросы должен задать ей врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?