

АО «Медицинский Университет Астана»

Кафедра Акушерства и гинекологии по интернатуре

СРС

**Контрацепция в различных возрастных группах:
после аборта, после родов и в группах высокого
риска**

**Подготовила: Сапронова О, 740 гр.
Проверила: доцент, к.м.н. Уразова У. М.**

Астана 2016

План

1. **Контрацепция после аборта.**
 - **Значения контрацепции**
 - **Выбор метода контрацепции на основе клинических испытаний**
 - **Преимущества метода выбора**
2. **Контрацепция после родов.**
3. **Контрацепция у женщин с экстрагенитальной патологией.**
4. **Список использованной литературы.**



**сложный стресс, психологическая драма
несостоявшейся беременности, семейных трудностей,
несбывшихся надежд.**

**Каждую женщину после аборта необходимо
информировать о том, что она снова может
забеременеть через несколько дней
после выполнения процедуры.**

**Срочность начала контрацепции после
медикаментозного аборта определяется сроками
ближайшей возможной овуляции: овуляция может
наступить уже в течение 2-4 недель после аборта, и у 75
% женщин – в течение 6 недель до наступления
ближайшей менструации.**



Значения контрацепции после аборта

- Лечебная практика показывает, что после аборта на 1–2 сутки необходимо рекомендовать использование гормональной контрацепции. Это связано с тем, что в послестрессовом (послеабортном) периоде есть опасность развития нейроэндокринного (метаболического) синдрома и гиперпластических процессов в репродуктивной системе.
- Использование гормональных методов контрацепции после аборта может рассматриваться и как профилактика некоторых гинекологических заболеваний (таких, например, как эндометриоз, миома матки, гиперпластические процессы эндометрия, воспалительные процессы репродуктивных органов и др.), и как патогенетическое средство при лечении осложнений (нарушения менструальной функции, воспалительные процессы половых органов).



- Использование гормональных контрацептивов (КОК, КИК, импланты, гормональный пластырь) может начинаться после подтверждения того, что аборт является полным. В случае начала их использования через 5 дней или позже после приема мизопростола, следует дополнительно применять барьерные методы.
- Применение контрацептивного вагинального кольца может начинаться на следующий день после приема мизопростола, или, в случае обильного кровотечения, через 2-3 дня.
- Введение ВМК, содержащих левоноргестрел или медь, может быть осуществлено после полного изгнания плодного яйца и подтверждения завершения аборта. Введение ВМК сразу после аборта является успешным даже в случае утолщенного эндометрия. Если введение ВМК откладывается, в этот период рекомендуется использовать барьерные или гормональные методы контрацепции.
- Барьерные методы и спермициды могут использоваться после прекращения кровянистых выделений, или если использование другого метода откладывается.



В исследованиях В.Е. Радзинского, И.М. Ордиянц, Н.Х. Сидерополу, «Кафедра акушерства и гинекологии» РУДН, Москва, было доказано:

- Использование КОК после медикаментозного аборта способствовало восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения выраженной воспалительной реакции в органах малого таза. На фоне их приёма регулярный менструальный цикл с продолжительностью кровотечений не более 2-4 дней восстанавливался в следующий менструальный цикл после аборта. На фоне регулярного менструального цикла уменьшались объём и продолжительность менструальных кровотечений.
 - Назначение КОК после медикаментозного аборта также способствовало снижению вероятности возникновения выраженной воспалительной реакции в органах малого таза. Густая цервикальная слизь препятствует попаданию бактерий в полость матки; истончённый эндометрий не создает среды, способствующей росту бактерий, а малое количество крови во время менструации также не создает условий для их размножения.
 - **Таким образом, по результатам проведённого исследования, можно сделать вывод, что КОК являются высокоэффективными средствами, хорошо переносятся, оказывают лечебный эффект по восстановлению менструального цикла и снижению вероятности возникновения воспалительной реакции в органах малого таза после медикаментозного аборта.**
-



Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ»,

4 издание, 2009. Москва 2012

СОСТОЯНИЕ	НАУЧНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p>ПОСТАБОРТНЫЙ ПЕРИОД</p> <ol style="list-style-type: none">1) Первый триместр2) Второй триместр3) Сразу после септического аборта	<p><u>Пояснение:</u> Прием КОК может быть начат сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности.</p> <p><u>Научные доказательства:</u> У женщин, которые начали получать КОК сразу после медикаментозного или хирургического аборта, произведенного в 1-триместре беременности, не отмечено большего числа побочных эффектов: влагалищных кровотечений или клинически значимых изменений параметров коагуляции по сравнению с женщинами, которые использовали плацебо, ВМС, негормональные контрацептивные методы или в случае отсроченного начала приема КОК</p>

Значения контрацепции после родов

- Наступление нежелательной беременности в ближайшее время после родов является крайне неблагоприятным фактором, влияющим на репродуктивное здоровье женщины.
- Согласно проведенным в 90-х годах исследованиям Е.М.Вихляевой и Е.И.Николаевой (2001), только 35,9% женщин имеют четкую установку на повторное деторождение, а каждая десятая женщина в течение года после рождения ребенка обращается в медицинские учреждения для прерывания беременности.

В связи с этим целесообразно рассматривать послеродовой период как «критический» в жизни женщины, а применение контрацепции — как важнейшее направление в сохранении ее репродуктивного здоровья!



- В настоящее время имеется большой выбор контрацептивов для применения в послеродовом периоде, однако их использование среди различных контингентов женщин не может быть одинаковым.
- В связи с инволюцией внутренних половых органов в первые 6—8 недель после рождения ребенка рекомендуется половое воздержание, а вопрос о контрацепции становится актуальным по окончании 1,5—2 мес. после родов.
- Восстановление менструальной функции у кормящих грудью женщин происходит в среднем через $5,17 \pm 4,3$ мес, а у нелактирующих женщин - через $2,57 \pm 2,3$ мес, при этом примерно в 40% случаев. Первый цикл бывает ановуляторным.



В естественной регуляции фертильности аменорея, связанная с длительным грудным вскармливанием ребенка, играет главную роль применения МЕТОД ЛАКТОЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ в качестве эффективного контрацептивного метода.

Основной принцип действия МЛА — это поддержание высокого уровня пролактина и снижение уровня гонадотропинов гипофиза, что замедляет циклические процессы в яичниках и, как следствие, созревание яйцеклетки — за счет постоянной секреции молока, усиливаемой регулярным раздражением сосков при грудном вскармливании ребенка.

□ **К преимуществам МЛА относятся:**

- высокая эффективность (до 98%) в первые 6 месяцев после рождения ребенка;
- отсутствие связи с половым актом;
- отсутствие побочных эффектов;
- доступность метода для кормящих грудью женщин и отсутствие капитальных затрат при разработке программ по планированию семьи в этом направлении.

□ **Недостатки МЛА:**

- необходимость постоянного нахождения с ребенком и точное соблюдение всех требований к применению МЛА;
 - кратковременность защиты от непланируемой беременности (высокая эффективность отмечается только до возобновления менструаций и не более 6 мес. после родов);
 - исключительно или почти исключительно грудное кормление может представлять сложность для некоторых женщин в силу социальных обстоятельств (учеба, работа и т.д.);
 - отсутствие защиты от инфекций, передающихся половым путем (в том числе вирус гепатита В, ВИЧ и др.).
-



Правила использования метода лактационной аменореи

Для сохранения высокой эффективности метода женщине следует помнить о необходимости соблюдения 3 основных условий:

1. Частое, постоянное исключительно грудное вскармливание из обеих молочных желез не реже 6—10 раз в сутки, по любому требованию ребенка, но не реже чем через 4 ч днем и 6 ч ночью. Снижение частоты кормления и искусственное докармливание считается фактором риска, повышающим вероятность беременности.
2. Отсутствие менструаций.
3. Период после рождения ребенка не должен превышать 6 мес. После 6 мес, даже если женщина кормит грудью, эффективность метода достоверно снижается, увеличивается риск наступления беременности.



КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

- Ожирение — серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. Актуальность ее определяется в первую очередь высокой распространенностью, так как $\frac{1}{4}$ населения экономически развитых стран мира имеет массу тела, на 15% превышающую норму.
- Ожирение — не просто избыток жира в организме, это сложная патология, которую в настоящее время расценивают как хроническое рецидивирующее заболевание, способствующее проявлению и развитию многих сопутствующих болезней, сокращающих продолжительность жизни человека и ухудшающих ее качество.



1988 г. G.Reven ввел термин «метаболический синдром», под которым подразумевался следующий симптомокомплекс:

- инсулинорезистентность;
- нарушение толерантности к глюкозе (вплоть до клинических проявлений сахарного диабета);
- гиперинсулинемия;
- повышение уровня триглицеридов и ЛПНГТ;
- снижение уровня ЛПВП;
- артериальная гипертензия;
- «верхний» тип ожирения.



-
- Для клиницистов больные с ожирением сложны и для диагностики, и для проведения лечения. У женщин с избыточной массой тела часто наблюдается неадекватная реакция на назначение того или иного лечения.
 - В случае наступления беременности врач также встречается с различными осложнениями: угроза прерывания беременности, нередко гипотрофия плода, развитие гестозов, вплоть до тяжелой формы — эклампсии и гибели плода.
 - **В связи с этим пациенток с ожирением следует относить к группе риска по возникновению самых различных осложнений репродуктивного процесса!**
-
- 

Учитывая, что большинство женщин, страдающих гипертрофическим ожирением, сохраняют фертильность, на этапе снижения массы тела для улучшения общего здоровья, качества жизни и получения здоровой желанной беременности, а также для более успешной потери массы тела таким пациенткам необходима эффективная и приемлемая контрацепция!!!



□ **Для пациенток с избыточной массой тела и ожирением наиболее подходят препараты, содержащие гестагены:** чисто

прогестиновые оральные контрацептивы, подкожные имплантаты, внутриматочные рилизинг-системы, инъекционные контрацептивы.

Данное положение полностью подтверждают «Критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ» (2004), в которых чисто прогестиновым контрацептивам присвоена первая категория приемлемости, т.е. ожирение считается состоянием, при котором нет ограничений для использования данных методов контрацепции.

- Что касается комбинированных контрацептивов (КОК, накожный пластырь ЕВРА, влагалищное кольцо НоваРинг), то, согласно критериям приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ от 2004 г., при $ИМТ > 30$ им присвоена третья категория приемлемости, т.е. ожирение 2—4-й степени считается состоянием, при котором рекомендовано использование более приемлемых в данной ситуации методов контрацепции.
- К контрацептивным средствам, не оказывающие системного влияния, относятся ВМС, барьерные методы, естественные методы контрацепции.



Литература

1. **Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ», 4 издание, 2009. Москва 2012.**
2. **В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, Н.Х. Сидерополу, Кафедра акушерства и гинекологии РУДН, Москва, 2010 г.**
3. **«Руководство по контрацепции» под ред. проф. В.Н. Прилепской, «МЕДпресс-информ» Москва, 2006 г.**

