

**Медицинский колледж при
АО «Южно-Казахстанской медицинской академии»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Сестринский аспект репродуктивного здоровья»

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 5АВ09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Курс: 2

Семестр: 3

Форма контроля: дифференциальный зачет

Общая трудоемкость всего часов/кредитов КЗ: 48/2

Аудиторные: 24

Симуляционные: 24

Шымкент 2024 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		2стр из 37 страниц

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине
«Сестринский аспект репродуктивного здоровья»

Преподаватель: Сламхан А.Г.

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Лекционный комплекс составлен на основании кафедры «Клинических дисциплин»

2024 г.

Протокол № 1

Заведующий кафедрой «Клинических дисциплин»



Коптасова А.К.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		Зстр из 37 страниц

Лекция №1

4.1. Тема: Репродуктивное здоровье. Охрана репродуктивного здоровья.

Роль медсестры в охране репродуктивного здоровья

4.2. Цель:

1. Знание о теме Репродуктивное здоровье.
2. Ознакомиться с принципами работы медсестры в охране репродуктивного здоровья.

4.3. Тезисы лекции:

Охрана репродуктивного здоровья – система мер, обеспечивающая появление здорового потомства, профилактика и лечение репродуктивных органов, защита от болезней, передаваемых половым путем, планирование семьи, предупреждение материнской и младенческой смертности. На репродуктивное здоровье влияют многие факторы (социально-экономические, экологические, производственные и др.), некоторые из которых в настоящее время оцениваются как неблагоприятные. Ухудшение репродуктивного здоровья отражается на медико-демографических показателях: рождаемости, младенческой смертности, заболеваемости беременных, бесплодии браков и т.д. Проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем остаются главной причиной осложнений и летальных исходов у женщин детородного возраста на глобальном уровне. Нежелательные беременности, инфекции, передающиеся половым путём, включая ВИЧ, гендерное насилие, инвалидность, различные нарушения репродуктивной функции и даже смертельные исходы при родах далеко не полный перечень страданий, связанных с репродуктивным здоровьем на глобальном уровне. Особенно страдают женщины бедных слоев, живущие в развивающихся странах. Наряду с благоприятной тенденцией уменьшения уровня аборт в стране происходит и снижение материнской смертности по причине аборта. Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека. Основы репродуктивного здоровья закладываются в детском и юношеском возрасте. Поэтому, работа с подростками и молодежью в области полового образования на сегодняшний день является одним из актуальных направлений. Половое воспитание следует расценивать как часть процесса формирования личности, оно включает в себя не только проблемы здоровья, но и моральные, правовые, культурные и этические аспекты. Поэтому ошибочно ассоциировать половое воспитание лишь с освещением вопросов контрацепции и защиты от болезней, передаваемых половым путем. По данным одного из исследований, средний возраст начала половой жизни подростков: 15,5 лет у учащихся школ и вузов, 15,2 у учащихся средних специальных учреждений, 13,9 лет у беспризорных детей. Более ранняя сексуальная активность подростков и молодежи сопровождается усилением целого ряда социальных рисков, включая нежелательные беременности и рождения, аборты, заболевания (инфекции), передающиеся половым путем (ИППП) и пр. Значительный рост сексуальной активности молодых людей не сопровождается ростом знаний о методах предупреждения беременности и ИППП и умением выработки ответственного поведения. В результате, несмотря на существенное общее снижение за последние пятнадцать лет, уровень абортов в молодых возрастах остается высоким. Сексуальное образование направлено не только на то, чтобы уберечь подростков от раннего начала половой жизни, но и на то, чтобы научить их осознанно и ответственно относиться к этой важной стороне человеческой жизни. Основные направления в работе с населением по сохранению репродуктивного здоровья: - Консультирование семейных пар по вопросам планирования беременности. - Профилактика абортов и их последствий (информирование о методах контрацепции, доступная бесплатная контрацепция, медико-психологическая помощь); - Индивидуальный подбор методов контрацепции; - Профилактика инфекций,

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		4стр из 37 страниц

передаваемых половым путем (ИППП); - Работа с подростками и молодежью (уроки и школы здоровья, семинары, анонимные консультации по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактические медицинские осмотры); - акции и мероприятия, направленные на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья. Патологии репродукции. Патология репродукции включает в себя бесплодие, патологию беременности, патологию в родах и послеродовом периоде, патологию новорожденных. Бесплодие. Бесплодие – неспособность лиц детородного возраста к воспроизведению потомства вследствие нарушения оплодотворения или нарушения имплантации оплодотворенной яйцеклетки. По определению ВОЗ (1986 г.) бесплодным считается брак, в котором несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. Социальная проблема бесплодного брака состоит в снижении рождаемости, т.е. уменьшении народонаселения, а следовательно, уменьшении трудовых резервов. Социально-психологические проблемы выражаются в душевных переживаниях супругов, психо-сексуальных расстройствах, семейных конфликтах, развитии комплексов неполноценности, расторжении брака. Биологические проблемы выражаются в преждевременном старении организма, повышенной заболеваемости. По данным ВОЗ за последние 20-30 лет бесплодные браки составляют 12-18% всех браков. Причиной бесплодного брака в 40- 50 % случаев является патология репродуктивной системы одного из супругов, а в 5-10% случаев – патология у обоих супругов. Женское бесплодие устанавливается после исключения бесплодия у мужчин и при положительных пробах на совместимость спермы и слизи шейки матки. Различают первичное и вторичное женское бесплодие. Если женщина ни разу не беременела с начала половой жизни, то бесплодие у нее называется первичным. Если же в прошлом была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась (срочные или преждевременные роды, внематочная беременность), возникающее в дальнейшем бесплодие называется вторичным. Вторичное бесплодие наблюдается чаще. Кроме того, различают абсолютное женское бесплодие (беременность невозможна в принципе из-за отсутствия тех или иных половых органов по причине операций или пороков в развитии) и относительное, когда вероятность беременности не исключена. Среди причин женского бесплодия наиболее частыми являются воспалительные процессы половых органов после аборта (искусственного прерывания беременности). Особенно опасно прерывание первой беременности. Воспалительные изменения женских половых органов, приведшие к бесплодию, могут возникнуть после осложненных родов, самопроизвольных выкидышей, в результате спаечных процессов после операции на органах малого таза, после применения внутриматочных контрацептивов. На втором месте после воспалительных заболеваний стоят нарушения эндокринной системы (когда нарушаются процессы овуляции), на третьем – эндометриоз (опухолевые разрастания клеток эндометрия). К мужскому бесплодию приводят азо спермия (отсутствие сперматозоидов), аспермия (отсутствие эякулята), некроспермия (отсутствие подвижных сперматозоидов), астеноазоспермия (снижение подвижности сперматозоидов) и т.д. Очень часто эти нарушения возникают вследствие воспалительных заболеваний мужских половых органов, а также эндокринных расстройств. Совместное бесплодие супругов может быть вызвано инфекционными и иммунологическими факторами, психосексуальными расстройствами, факторами неясного генеза. Для выяснения причин бесплодия в браке необходимо провести поэтапное обследование супругов в центре планирования семьи или в консультации «Брак и семья».

Роль медицинской сестры в профилактике негативного влияния вредных привычек на репродуктивную систему женщины.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		5стр из 37 страниц

Репродуктивный возраст - период в жизни женщины, в течение которого она способна к вынашиванию и рождению ребёнка. В среднем репродуктивный возраст женщины составляет 15 - 44 года.

Репродуктивное здоровье занимает центральное место в развитии человека. Оно подразумевает состояние полного физического, психического и социального благополучия, характеризующее способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности, родов, выживание и здоровье ребенка, благополучие матери, возможность планирования следующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной.

Охрана репродуктивного здоровья населения Казахстана является важнейшей государственной задачей, реализация которой определяет необходимость оптимизации организационных форм и качества медицинской помощи. Обществу нужно здоровое поколение, но, к сожалению, за последние 10 лет число девочек-подростков, имеющих те или иные нарушения в формировании репродуктивной системы увеличилось до 70%.

Роль среднего медицинского персонала в пропаганде формирования здорового образа жизни среди населения является одной из самых главных составляющих в работе медицинских сестёр. Рационально построенная система профилактики вредных привычек даёт высокий экономический эффект за счет предотвращения преждевременной смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности.

Общество и семья заинтересованы в рождении здорового потомства. Поэтому значение приобретает деятельность в этом направлении медицинских работников, в частности медицинских сестер.

Путь к жизни без вредных привычек всегда начинается с осознания проблемы. Если человек не видит вреда в своих действиях (считая, например, что он не алкоголик, а просто выпивает иногда, как все и ничего страшного в этом нет), то излечение практически невозможно.

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и здоровый образ жизни - неотъемлемые качества медицинской сестры.

Долг средних медицинских работников - учить население не только гигиеническому поведению, направленному на сохранение собственного здоровья, но и взятию ответственности за своё здоровье, участию в создании и усовершенствовании укрепляющих здоровье условий жизни и труда, полноценному выполнению людьми их разнообразных социальных функций.

Основными направлениями деятельности медицинской сестры по сохранению репродуктивного здоровья женщин являются:

1. Мотивация женщин к своевременной диспансеризации, обращению к врачу при недомоганиях.
2. Проведение бесед о вредных привычках и их влияния на здоровье.
3. Показ кинофильмов о негативном влиянии вредных привычек на репродуктивное здоровье женщин.
4. Создание памяток, разработка буклетов, листовок, выпуск санитарных бюллетеней о здоровом образе жизни.

Медсестра, осуществляя профилактическую работу, должна пропагандировать здоровый образ жизни каждого человека и общества в целом, а также подчеркивать необходимость сознательного отношения к здоровью.

Занимаясь просветительской работой, медицинская сестра поможет женщинам сохранить здоровье, подготовиться к семейной жизни, почувствовать ответственность за свое будущее и будущее своих детей.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		бстр из 37 страниц

Что бы девушка могла соблюдать все правила и рекомендации для защиты репродуктивной системы, ей должна рассказать медицинская сестра обо всех способах и мерах защиты. Начинать необходимо до рождения девочки. В центрах планирования семьи мать и отец будущей девочки могут пройти диагностику и узнать о потенциально опасных инфекциях, о резус-конflikте, о влиянии табака и алкоголя на плод, получить список витаминов необходимых перед зачатием. Все это должна рассказывать медицинская сестра и объяснить будущей матери как изменится ее организм во время беременности.

Во время беременности медицинская сестра при каждом визите должна измерять основные показатели девушки (рост, вес, давление, пульс, окружность живота, высота стояния дна матки, размеры таза), проводить доврачебный осмотр, взятие мазков на флору и бак. посев, помогать врачу заполнять материнский паспорт и карту беременности, разъяснять девушке рекомендации врача, а также объяснять пациентам способы и порядок подготовки к лабораторным и аппаратным исследованиям. Посещение врача во время беременности обязательно. В первый триместр 1 раз в месяц, во второй триместр 2 раза в месяц, в третий триместр каждую неделю.

Медицинская сестра должна проводить обучение с женщинами всех возрастов о правилах личной гигиены; подготовке и течению беременности; наблюдение за молочными железами; гигиене младенцев; проводить беседы о менструальном цикле и изменениях в период менструации; о методах контрацепции; вреде абортoв; формировать у женщины привычки здорового образа жизни. Подросткам необходимо рассказать об опасности начала ранней половой жизни.

Большую помощь в половом воспитании девушек оказывают перинатальные центры.

Медицинские сестры перинатальных центров должны иметь теоретическую и практическую подготовку по вопросам охраны репродуктивного здоровья, базовые клинические знания для динамического наблюдения за пациентками, особенно за беременными, родильницами и женщинами, перенесшими аборт.

При работе с подростками медсестре следует помнить о двойственности восприятия ими своего физического взросления: чувство гордости соседствует с отвращением, безразличностью по отношению к собственному телу.

Жизнь и поведение подростка в этот период - своего рода бунт, иногда робкий и безотчетный, а иногда резкий.

Атмосфера семьи юному человеку кажется невыносимой. Он пытается отгородиться от взрослых с помощью вызывающей прически, одежды, вредных привычек.

Подросток охотно верит, что вредные привычки - это проявление взросления. Создается несоответствие между ранним началом нездорового образа жизни и отсутствием информации о негативном влиянии на организм, их возможных последствиях.

Учитывая психологию подростков, хорошо подготовленные медицинские сестры должны проводить корректирующую работу по профилактике нежелательной беременности. Часто девушки именно медицинским сестрам рассказывают то, что скрывают от врача.

Многие девушки в этом возрасте соблюдают изнурительные диеты, выполняют непосильные физические упражнения для отдельных групп мышц, чтобы получить «совершенную» фигуру, а в результате - нарушаются обменные процессы, менструальная и детородная функции.

При обследовании девочек-подростков медработнику приходится соприкасаться с множеством психологических проблем, так как необходимо заниматься не только лечением конкретных заболеваний, но и личностью девушки в целом, ее чувствами, желаниями, страхами.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		7стр из 37 страниц

На данном этапе очень велика роль разъяснительной работы медсестры, знающей особенности психики и физиологии подростка.

При сборе аналитических данных необходимо проявлять тактичность, а при гинекологическом обследовании - глубокое уважение к женской стыдливости.

Вредные привычки человека - это действия, которые автоматически повторяются большое количество раз и могут нанести вред здоровью человека или окружающих его людей. Важная роль медицинской сестры состоит в охране репродуктивного здоровья женщин, профилактике возникновения вредных привычек.

Репродуктивная система человека закладывается, как и многие другие системы органов, еще в период внутриутробного развития. Поэтому о репродуктивном здоровье ребенка должны подумать, прежде всего, его родители.

Залогом благополучного становления и функционирования репродуктивной системы будущего малыша является нормальное течение беременности и родов у мамы. Для сохранения репродуктивного здоровья очень важно ведение здорового образа жизни.

Медицинская сестра информирует пациента о пагубных привычках, необходимости соблюдения назначений лечащего врача, принципах профилактики осложнений, проводит подготовку к инструментальным и лабораторным методам исследования, осуществляет санитарно - просветительную работу.

Своевременная комплексная помощь специалистов даст возможность нормальной жизнедеятельности организма, улучшит жизнь человека.

Деятельность медицинской сестры в системе родовспоможения должна быть направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины. Медицинская сестра поможет подготовиться к семейной жизни, почувствовать ответственность за свое будущее и будущее своих детей.

4. 4. Иллюстративный материал:

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что включает в себя охрана репродуктивного здоровья?
2. Какую роль играет медсестра?
3. Что такое репродуктивное здоровье и репродуктивная система?
4. Какую роль выполняет медсестра чтобы сформировать здоровый образ жизни?

Лекция №2

4.1. Тема: Планирование семьи. Контрацепция.

4.2. Цель: Систематизировать и закрепить знания студентов по данной теме, овладеть умениями и навыками высчитывания плодные дни, регистрации базальной температуры, методы контрацепции.

4.3. Тезисы лекции:

Роль семьи в жизни человека.

Семья — социальная ячейка общества. Среди всех социальных институтов семья является наиболее долговечным, но она в то же время продукт определенного общества. Ее стабильность и полноценность зависят не только от супругов, но и от характера общественных отношений, материального благосостояния, от непосредственной социальной среды (коллектива, друзей, родственников и т.д.) и даже от общественного мнения.

Современная семья переживает своеобразный переходный период. Изменяются старые, традиционные нормы поведения, характер супружеских отношений, взаимоотношений между родителями и детьми.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		8стр из 37 страниц

В настоящее время сосуществует множество типов семей: традиционные, эголитарные, демократические (порой со скрытым лидером), внебрачные, неполные и сложные (с двумя брачными парами).

Наибольшее распространение в наши дни получили простые, так называемые нуклеарные семьи, состоящие из одной пары с детьми или без них. Семьи же с двумя брачными парами (родители с женатыми детьми) нетипичны. Молодые семьи, прошедшие сложный, но самостоятельный путь, оказываются прочнее. Совместное преодоление первых трудностей скорее сплачивает, чем разобщает супругов.

Любая полноценная семья призвана выполнять свои основные социальные функции: репродуктивную (деторождение), хозяйственно-бытовую, воспитательную, эмоционально-психологическую.

Функция деторождения, воспроизводства новых поколений во все времена была неотъемлемым и естественным условием существования семьи. Каждое уходящее поколение оставляет новое, которое замещает его в жизни. Дети как непреходящая жизненная ценность всегда скрепляли семью, давали особый смысл ее существованию.

Потребность в детях, в родительской любви, опеке является наиболее сильной у человека. Лишь ничтожная доля мужчин и женщин, состоящих в браке, ориентированы на бездетность. Чаще всего бездетная семья-результат бесплодия одного из супругов. Безусловно, жизнь семьи без детей существенно обедняется, и одновременно утрачивается еще одна важнейшая функция семьи — воспитательная.

Вместе с тем рождение большого числа детей в современных условиях постепенно теряет свое экономическое и социальное значение. Переход от многодетной семьи к двух-трехдетной, видимо, является необратимым. Однако необходимо признать, что массовое распространение малодетных семей чревато серьезными издержками, как для семьи, так и для общества.

Педагоги, врачи, социологи уже давно бьют тревогу по поводу инфантильности детей, выросших в малодетных семьях, ухудшения здоровья женщин, ограничивающихся рождением одного ребенка. Наконец известно, что для расширенного воспроизводства необходимо иметь в каждой семье не менее троих детей. Демографическое сознание населения весьма инертно. В настоящее время преобладает установка на двоих детей в семье. Преодоление этой установки возможно лишь с помощью эффективных экономических, моральных и социальных стимулов и осознания общественно значимой ценности формирования потребности в троих и более детях в семье.

Важнейшей функцией семьи является экономическая, с помощью которой семья обеспечивает удовлетворение материальных потребностей человека. Большие затраты идут на физическое развитие детей, укрепление их здоровья.

Эмоционально-психологическая функция по своему содержанию весьма разнообразна: непосредственное общение супругов и детей, взаимопомощь, поддержка и опека, интимная жизнь супругов — все это создает нравственный и психологический климат в семье, от которого зависит многое, и прежде всего удовлетворенность браком, семейной жизнью.

Проявление нравственных и эмоциональных отношений в семье многообразно, однако среди них можно выделить те, которые накладывают отпечаток на весь строй семейной жизни. К их числу, прежде всего, относятся такие, как уважение и чувство собственного достоинства.

Очень часто обострение супружеских отношений вызвано злоупотреблением алкоголем и безнравственным поведением одного из супругов.

Борьба против пьянства, алкоголизма, наркомании, курения, безусловно, оказывает позитивное влияние на стабилизацию семьи. Нестабильность семьи прямым образом влияет на уровень рождаемости, закономерно, что такие семьи малодетные или бездетные.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		9стр из 37 страниц

Роль семьи в жизни человека трудно переоценить. Многие важные вопросы решаются именно на семейном уровне: социальная ориентация детей, территориальная подвижность, число детей в семье, профессиональная и социальная мобильность в значительной мере определяются состоянием брачно-семейных отношений, типом семьи.

Участвуя в воспроизводстве новых поколений, семья не только выполняет детородную и воспитательную функции, но и выступает в качестве своеобразного генератора и хранилища взглядов, норм морали, психологических установок и образцов поведения. Репродуктивные установки, ориентация на желаемое число детей в семье формируются уже в детском и юношеском возрасте. Семья является особым передаточным механизмом, обеспечивающим преемственность поколений. Но семья передает по наследству не только позитивные, но и негативные образцы поведения. Следовательно, семья может быть не только источником нравственного и физического здоровья, но и перенимать негативные установки: терпимость к спиртным напиткам, эгоистическое отношение к детям, женщинам и т.д. Многие из правонарушителей являются выходцами из неполных семей.

В отличие от других социальных институтов семья способна воздействовать на человека на всем протяжении его жизни. По мере взросления детей и достижения ими самостоятельности роль семьи несколько ослабевает, но не исчезает, так как только в семье человек может проявить родственные чувства, получив нравственную поддержку в трудную минуту жизни, оказать помощь младшим или престарелым. Молодежи нужно помнить, что семья является непреходящей жизненной ценностью и заменить ее ничем.

Планирование семьи — это государственная программа по охране репродуктивного здоровья населения. В 1994г. было открыто 214 центров по планированию семьи. Программа способствовала продвижению на рынок противозачаточных средств, снизилось количество абортов.

Центры по планированию семьи — совершенно самостоятельная организация, поэтому лучше их организовывать вне женских консультаций и широко пропагандировать работу центров в средствах массовой информации.

Многие же центры организованы в женских консультациях, при них же работают кабинеты по планированию семьи. Эти центры рассчитаны на все категории женщин и мужчин, на подростков в периоде полового созревания.

Основные направления работы службы «Планирование семьи»: профилактика нежелательной беременности; борьба с абортами; профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИГПП и СПИДа); пропаганда методов контрацепции; половое воспитание и просвещение подростков; пропаганда здорового образа жизни.

Основные методы работы: санитарно-просветительная и консультативная помощь. В центрах работают акушеры-гинекологи, сексологи, сексопатологи, андрологопсихологи. Центр решает проблемы семьи, сюда может прийти не только женщина, но и семейная пара, подросток, мужчина.

Специалисты центра ведут большую санитарно-просветительную работу через СМИ, читают лекции, средние медицинские работники проводят беседы в школах, средних специальных учебных заведениях, ВУЗах, на промышленных предприятиях, в учреждениях.

Центры снабжаются специальной литературой, распространяемой бесплатно, молодежи до 18 лет бесплатно предлагаются противозачаточные средства.

Медицинские работники пропагандируют здоровый образ жизни, знакомят пациентов с гигиеной в различные возрастные периоды.

QYNTYSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA —1979— MEDICAL ACADEMY AO «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		10стр из 37 страниц

В узком понимании, планирование семьи — это дети по желанию, а не по случаю; это ответственное родительство; это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей.

Профилактика нежелательной беременности начинается с разьяснения оптимального возраста для рождения детей — 20—35 лет. Доказано, что если беременность возникает раньше или позже, то протекает с большим числом осложнений и вероятность нарушения здоровья у матери и ребенка выше.

Интервалы между родами должны быть не менее 2— 2,5 лет, это позволяет женщине восстановить силы для будущих родов, сохранить свое здоровье и здоровье будущих детей.

Разьясняются осложнения, которые бывают после аборта, это воспаление женских половых органов, кровотечение, перфорация матки, бесплодие.

Аборт не является лучшим методом регулирования рождаемости, его можно избежать, применяя современные методы контрацепции. Если нежелательная беременность все-таки наступит, необходимо обратиться к врачу как можно раньше — это снизит риск возможных осложнений.

Болезни, передаваемые половым путем (ИППП и СПИД), часто являются причиной бесплодия у мужчин и женщин. Только презерватив поможет избежать заражения и одновременно предохранит от нежелательной беременности.

Медицинские работники участвуют в половом воспитании и сексуальном образовании детей и подростков, что помогает сохранить их здоровье, подготовить к будущей семейной жизни и воспитать чувство ответственного родительства.

Большую роль в планировании семьи играет пропаганда противозачаточных средств. Контрацепция делает интимную жизнь более гармоничной, устраняет ненужные волнения и ожидания. Решение о применении того или иного метода следует принять после консультации со специалистом.

Планирование семьи включает предупреждение нежелательной беременности, выбор времени деторождения в зависимости от здоровья семьи, рождения только желанных детей.

По данным мировой статистики, частота беременностей среди подростков продолжает расти. Тема контрацепции в этом возрасте приобретает в последние годы все большую актуальность во всем мире в связи:

с ранним началом половой жизни, значительным ростом числа абортов у юных женщин, тяжестью осложнений после абортов, увеличением уровня заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП).

В настоящее время биологическое взросление женщин происходит раньше, чем у предыдущих поколений. Личность при этом еще не достигает психосоциальной зрелости, и значительно позже приходит экономическая независимость. Многие подростки не состоят в браке и имеют много сексуальных партнеров.

Первый половой контакт в 25%-70% случаев происходит без контрацептивной защиты и приводит к возникновению нежелательной беременности, обычно прерываемой путем аборта.

Методы контрацепции для подростков должны соответствовать следующим основным критериям:

- эффективность безопасность
- обратимость конфиденциальность
- экономичность доступность

Эффективность метода контрацепции:

- подростки не заинтересованы в беременности.

Методы контрацепции.	Индекс Перля (100 женщин/ лет).
----------------------	----------------------------------

Стерилизация	0,01 – 0,03
Инъекционная контрацепция	
Гормональная контрацепция	
Норплант	
КОК	0,15 – 0,5
ВМС	0,3 - 1,5
Мини – пили	0,6 – 4,0
Барьерные методы	2 - 15
Прерванный половой акт	8 - 17
Отсутствие контрацепции	80 – 90.

Степень надежности контрацептива определяется **индексом Перля** (чем меньше его значение, тем надежнее метод контрацепции).

С точки зрения эффективности, КОК являются методом выбора в подростковом периоде.

Планирование семьи предупреждает:

- наступление беременности до 19 лет
- наступление беременности после 35 лет
- соблюдение интервалов между родами не менее 2-х лет
- аборт у женщин с экстрагенитальными заболеваниями
- предупреждает аборт у первобеременных женщин

Более 40 тыс. подростков до 17 лет ежедневно делают аборт. Среди лиц 15 – 18 летнего возраста в 50 раз возросло число заболеваний, передающихся половым путем.

В 35 раз увеличилось число заболеваний сифилисом. Высок удельный вес бесплодных браков – 18 – 20% (считается, что в РК каждая 8-я пара бесплодная), причем, около 50% - это мужское бесплодие, после перенесенных венерических заболеваний.

На 100 подростков, живущих половой жизнью, у 86 наступает беременность, которая прерывается путем искусственного прерывания.

Свыше 50% - **осложнений** сопровождается после абортов:

- разрывы шейки матки
- перфорация матки (прокол)
- кровотечения
- воспалительные заболевания, приводящие к бесплодию
- нарушения менструального цикла и другие.

Аборты влияют на исход последующих беременностей:

- самопроизвольные аборты (выкидыши)
- преждевременные роды
- внематочная беременность

Доступность информации о планировании семьи является одним из основных прав человека.

Методы контрацепции.

В предупреждении непланируемой беременности большое значение имеет использование партнерами различных методов контрацепции, что позволяет избежать искусственного аборта.

Методы контрацепции – это проявление ответственности друг к другу и к будущим детям.

Использование современных методов контрацепции, несмотря на их недостатки, способствует сохранению здоровья женщины и снижению материнской заболеваемости и смертности.

Имеются разнообразные способы предупреждения беременности, что позволяет индивидуализировать их выбор с учетом общего состояния организма, своеобразия протекания физиологических процессов, особенностей половой жизни, строения половой сферы. Выбор метода контрацепции зависит от двух основных факторов: личных

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		12стр из 37 страниц

соображений, влияющих на выбор пары, и факторов, имеющих отношение к планированию семьи. Разобраться в этом может только врач при тщательном обследовании супругов и в доверительной беседе с ними. Поэтому, прежде чем решиться на то или иное применение средства, необходимо посоветоваться с врачом. Способы предупреждения беременности очень различны. Самые простые (но не самые надежные) – специальные методы, используемые в ходе сексуального общения. Чаще всего используется прерванное половое сношение, когда половой член выводится из влагалища перед семяизвержением, так что оно происходит вне влагалища. Это требует от мужчины очень высокого самоконтроля. Но даже если все сделано отлично, сперматозоиды могут попасть во влагалище с секретом, выделяющим смазку желез. Длительно применяемый метод приводит к импотенции у мужчин и хроническим воспалительным заболеваниям женских половых органов.

Физиологические методы (менструальный календарь) предупреждения, естественные методы планирования семьи (ЕМПС) основаны на том, что наиболее высокая вероятность наступления беременности связана с периодом выхода созревшей яйцеклетки из яичников – 4 дня до и 4 дня после выхода, - который обычно приходится на середину менструального цикла. Метод этот не очень надежен, так как менструальный цикл по множеству причин (в случае эмоциональных и физических перегрузок, смены климата, после аборта) может быть нерегулярным, выход яйцеклетки из яичников может произойти позже или раньше, к тому же от женщины требуется скрупулезнейшее ведение менструального календаря.

Спермицидные средства (лишают сперматозоиды подвижности и тем самым препятствует их проникновению в матку). Средство вводят глубоко во влагалище перед половым сношением. Спермициды изготавливаются в разных формах: в виде пены, крема, порошков, суппозиторий, паст, гелей, аэрозолей. Суппозиторий вводится во влагалище за 10-15 мин. до полового сношения. Нет 100% гарантии.

Гормональные средства. Просты в применении, но могут вызывать у женщин: тошноту, рвоту, головокружение, увеличение массы тела, ослабление сексуального влечения, нарушение менструального цикла. Надежность 98 %. Противопоказаны при: сахарном диабете, обильных менструациях, варикозном расширении вен.

Механические средства: презерватив, шеечные колпачки (Кафка), диафрагма, противозачаточная губка; внутриматочные спирали, хирургические способы контрацепции. Презерватив можно сочетать со спермицидами для большей эффективности, также с губкой или диафрагмой. Правила при использовании презерватива: - повторно не использовать; - не натягивать плотно на головку полового члена; - контролировать, чтобы презерватив не соскочил и не остался во влагалище.

Внутриматочная контрацепция (ВМК). ВМК отвечает основным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам: они высокоэффективны (до 97%), не оказывают влияния на организм, просты в применении, доступны для любых социальных групп, их можно применять длительно и непрерывно. Существует 2 основных вида ВМК: - инертные (не содержат химических препаратов - контрацептив из полиэтилена, имеющий форму двойной буквы S), размер контрацептива подбирает врач. Длительность применения – 2 года; - медикаментозные (спираль из медной проволоки). Шеечные колпачки имеют форму наперстка, их надевают на шейку матки. Может быть установлен на сутки, не нуждается в смене при повторном сношении. Снять колпачок после 8-ми часов сношения.

Диафрагма – куполообразный резиновый колпачок с гибким ободком. Ее вводят во влагалище за 6 часов и нельзя оставлять во влагалище более 24 часов.

Противозачаточная губка – мелкая одноразовая полиуретановая губка, пропитанная спермицидами, предохраняет от беременности в течение 24 часов. Перед введением она

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		13стр из 37 страниц

должна быть влажной и мыльной. Ее нельзя вынимать в течение 6 часов и оставлять более чем на 24 часа. Внутриматочные средства (спирали) – вводятся в полость матки врачом. Продолжительность ношения – 5 - 6 лет, не мешает сексуальной жизни. Недостаток - отторжение при индивидуальной непереносимости; усиление менструального цикла, удлинение его, болезненность при менструальном цикле. Легко удаляется, безболезненно, при желании женщины иметь ребенка. Удаляется врачом. Хирургические способы направлены либо на создание препятствия для продвижения яйцеклетки по трубам (перевязка труб), либо на недопущение излития мужского семени (перевязка семявыносящего протока - вазэктомия).

4. 4. Иллюстративный материал: акушерский фантом-кукла, муляжи женских половых органов, ВМС, презерватив, оральные контрацептивы

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что такое планирование семьи?
2. Какие методы применяются для планирования семьи?
3. Что входит в программу планирования семьи?
4. Для чего нужно планирование семьи?
5. Что такое контрацепция?
6. Какие виды контрацепции существуют?

Лекция №3

4.1. Тема: Подростковая контрацепция. Комбинированные оральные контрацептивы. Внутриматочное средство.

4.2. Цель:

1. Понятие о подростковой контрацепции.
2. Разъяснить о правилах применения оральных контрацептивов.
3. Разъяснить о внутриматочных контрацептивах.

4.3. Тезисы лекции:

Контрацепция - это метод "борьбы" с незапланированной беременностью при половой жизни. В наше время актуальность темы контрацепции очень высока. Но не каждый человек во время своей страсти задумывается об этом. Особенно заслуживает внимания проблема подростковой контрацепции. По статистике средний возраст вступления подростков в половые отношения в 14-15 лет, и к 18 годам 1/2 от общего числа девушек - подростков уже имеют единичный (и не только) опыт половой близости. Организм девушки в юном возрасте открыт для инфекции, слизистая оболочка влагалища тонкая, чувствительная и ранимая, естественная защита половых органов от инфекции нерегулярная половая жизнь; недостаточное сексуальное образование; и наоборот рост интереса к различным видам эротике; беспорядочная половая жизнь; извращенное сексуальное поведение. Многие подростки не используют никаких средств защиты, а другие попросту о них не знают, полагаясь лишь на удачу.

Подростковая контрацепция Подростки отличаются транзитной гиперсексуальностью. Если родители не создали (до 10-12-летнего возраста) психологический барьер, препятствующий раннему началу половой жизни, то половая жизнь может начаться уже в подростковом возрасте. К 18-летнему рубежу 23-40% девушек имеют хотя бы однократный опыт половой близости. В последние годы взрослые, отвечающие за подростков, поняли, что 15-17-летние должны быть обеспечены основными сведениями о контрацепции, заболеваниях, передающихся половым путем, об экстренной контрацепции, чрезвычайной опасности абортов. Работая с подростками, полезно знать о тех заблуждениях, которые распространены в

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		14стр из 37 страниц

их среде. Каждый подростковый гинеколог может добавить свои наблюдения. Итак, основные заблуждения подростков: контрацепция - не мужское дело; коитус в положении стоя не приводит к беременности; сношение в ванне - надежный противозачаточный метод; спринцевание, произведенное вскоре после сношения, предохраняет от беременности; половая близость без введения полового члена или прерванное сношение надежно предохраняют от зачатия; оргазм - неременный компонент близости; если девушка не испытала оргазма, то зачатие не состоялось; во время кормления грудью беременность не возникает; если девушка еще не менструирует (или если месячные пропали), то беременность у нее невозможна; частые половые сношения одновременно с несколькими партнерами позволяют избежать развития беременности; влажный тампон предохраняет от беременности; СПИД бывает исключительно у гомосексуалистов; если девушка принимает гормональные контрацептивные таблетки, то СПИДа можно не опасаться; прием гормональных контрацептивов всегда сопровождается развитием полноты и снижением полового влечения; достаточно одной лишь экстренной (посткоитальной) контрацепции; горячая ванна после близости препятствует зачатию; подростков, позвонивших по телефону доверия, тотчас отыскивает милиция; при подозрении на беременность нужно искать «бабку» - специалистку по подпольным абортam; врачи акушеры-гинекологи принимают лишь взрослых женщин и к тому же отчаянно ругают пришедших к ним подростков; родители «убьют», если узнают о беременности; Каждое из этих высказываний в действительности ложно: истина имеет прямо противоположный смысл. Задача взрослых - образумить подростков как можно раньше.

Принципы подростковой контрацепции Контрацептивные средства, рекомендуемые подросткам, должны отвечать всем современным требованиям, предъявляемым к контрацептивам. Это в первую очередь высокая эффективность, приемлемость и безопасность. Высокая эффективность (надежность) присуща лишь немногим методам, например, гормональному. Для оценки надежности какого-либо контрацептива вычисляют показатель «доли неудач», или индекс Перля (Pearl Index) - IP. Количество неудач (т. е. возникновение беременности) у 100 пар, применявших данный метод в течение одного года, и есть индекс. Доступность контрацептивов заключается в их простоте, дешевизне (или бесплатной выдаче в подростковых центрах, гинекологических кабинетах, аптеках, специально отведенных местах). Не последнюю роль играют необременительность метода, возможность использования его в самых неблагоприятных ситуациях. Информированность обеспечивается беседами, плакатами, буклетами и, в меньшей степени, сведениями, полученными от медсестры, учителя. Соблюдение принципа информированности предполагает выдачу, по возможности, полной информации о предполагаемых препаратах и методах врачом или другим работником службы планирования семьи с разъяснением плюсов и минусов каждого. Если у взрослых клиентов право выбора целиком ложится на них самих, то у подростков при сохранении права выбора большая ответственность ложится на медиков. Безопасность предполагает, прежде всего, безвредность контрацептивов в отношении общего соматического здоровья и минимальную степень воздействия на метаболизм, процессы полового созревания, здоровье следующих поколений. Важно, чтобы контрацептивы не снижали работоспособность, т.е. способность учиться, не замедляли нервные реакции (особенно у спортсменов), не снижали иммунологическую реактивность (в частности, у лиц с высоким инфекционным индексом).

Методы контрацепции подразделяются на:

- физиологический;
- барьерные (механические);
- спермицидные (химические);

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		15стр из 37 страниц

- гормональные;
- внутриматочные;
- экстренная контрацепция.

Из перечисленного девушкам-подросткам могут быть рекомендованы следующие методы контрацепции:

- барьерные (механические);
- гормональные;
- экстренная контрацепция.

Для большинства подростков, имеющих, как правило, нерегулярную половую жизнь, методом выбора контрацепции является презерватив. Он надежно предохраняет не только от зачатия, но и от ИППП и при определенных условиях - от СПИДа. Старшие девушки могут прибегать к влагиальным диафрагмам в комбинации с химическими средствами. Условие - нечастое использование диафрагмы и постоянный партнер. Физиологический метод контрацепции можно рекомендовать девушкам, у которых регулярный менструальный цикл и которые отличаются дисциплинированностью и имеют одного постоянного партнера. Внутриматочные контрацептивные средства можно рекомендовать тем подросткам, у которых уже была беременность. Условие - отсутствие инфекций, регулярная половая жизнь с одним постоянным партнером. Низкодозированные оральные контрацептивы приемлемы для подростков, регулярно живущих половой жизнью. Условие - отсутствие экстрагенитальных заболеваний. Контрацептивные средства последнего поколения отличаются безвредностью, а при определенных условиях - полезностью, лечебным действием. Безопасность обеспечивается также регулярным наблюдением в подростковых центрах. Кроме того, подросток вправе рассчитывать на конфиденциальность. Молодежь предпочитает пользоваться средствами, которые легко скрыть от окружающих, чаще от родителей. Молодые люди часто прибегают к ритм-методу, прерванному половому сношению, не зная, что это малоэффективно. Врач также должен отклонять попытки родителей выяснить сам факт наличия контрацептологического пособия у подростка, уже не говоря о деталях. Индивидуализированный подход предусматривает учет социальных факторов, характерологических черт, паритета, эстетических наклонностей, наличия фоновых заболеваний, жизненных планов, отношения подростка к проблеме контрацепции, поведенческих стереотипов, обремененности вредными привычками и др. Метод Юзпе - техника применения экстренной комбинированной оральной контрацепции осложнения-патология печени, -патология артериальных и венозных сосудов, -кровотечения из полового тракта неясного происхождения, -серьезная патология молочных желез (рак, таким образом, не следует самостоятельно прибегать к такому способу, поскольку это может быть чрезвычайно опасно для здоровья). Риск осложнений и наличие противопоказаний должен установить врач. В случае, если нежелательная беременность все же наступила, ее рекомендуется прервать, так как прием контрацептивов методом Юзпе провоцирует развитие аномального зародыша.

Двойной голландский метод предохранения Двойная контрацепция подразумевает одновременное использование современных эффективных средств контрацепции обоими партнерами, которые могут быть идеальным способом для предотвращения беременности и инфекций, передаваемых половым путём, включая венерические заболевания. Более надежно использовать двойной метод контрацепции - одновременно презерватив (юношам) и гормональные таблетки (девушкам), эффективность которого, достигает 98%. При этом происходит защита не только от беременности, но и от ЗППП. Этот метод наиболее целесообразен, когда речь идет о нестабильных сексуальных отношениях или нескольких

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		16стр из 37 страниц

партнерах. На первый взгляд, может показаться глупым - пользоваться презервативом и принимать таблетки, но нужно понимать ситуацию: презерватив может порваться, соскочить и т.д. Правильно подобранные препараты помогут решить проблему нежелательной беременности, избавиться от прыщей на лице и болезненных менструаций. Заключение Всем подросткам необходимо иметь знания о существовании методов экстренной контрацепции и тех ситуациях, когда необходимо этими методами воспользоваться, что позволит избежать нежелательной подростковой беременности и аборта. Таким образом, существует огромный выбор средств и методов контрацепции. Причем одни из них лучше всего подходят для подростков (барьерный метод в сочетании со спермицидами, гормональные препараты), а другие малопригодны для них (внутриматочные средства, физиологический метод). Назначая метод контрацепции, необходим индивидуальный его подбор с учетом характера и степени ответственности подростка, интенсивности его половой жизни, наличия или отсутствия экстрагенитальных заболеваний, постоянного полового партнера и планов в отношении сроков будущей беременности, поскольку правильная и современная контрацепция позволяет сохранить репродуктивное здоровье девушки-подростка и будущей матери. На сегодняшний момент основными группами контрацептивов, представленными на рынке, являются следующие:

1. Барьерные контрацептивы (презервативы, колпачки, диафрагмы, губки, внутриматочные спирали и др.)
2. Гормональные контрацептивы (таблетки, инъекции).
3. Хирургические методы стерилизации (как мужские так и женские противопоказаны в подростковом возрасте!

Особое внимание постараюсь уделить противопоказаниям и возможным побочным эффектам, возникающим при применении того или иного метода контрацепции, а также постараюсь развеять некоторые из сложившихся стереотипов, которых, к сожалению, зачастую не лишены даже взрослые люди.

Барьерные методы контрацепции: Являются традиционными и наиболее древними, наиболее часто применяются в подростковом возрасте. В первой половине нашего столетия различные формы барьерных методов были единственными контрацептивными средствами. Появление более эффективных способов контрацепции за последние 20 лет значительно снизило популярность барьерных методов. Однако осложнения, которые могут возникать при применении более современных методов контрацепции, противопоказания к использованию, а также значительная распространенность заболеваний, передаваемых половым путем, заставляют совершенствовать барьерные методы контрацепции. Показания к их применению:

- 1) Противопоказания к использованию оральных контрацептивов и ВМС;
- 2) Во время лактации, поскольку они не оказывают влияния ни на количество, ни на качество молока;
- 3) В первом цикле приема оральных контрацептивов с 5-го дня цикла, когда собственная активность яичников еще не полностью подавлена;
- 4) При необходимости приема лекарственных средств, не сочетающихся с ОК или снижающих их эффективность;
- 5) После самопроизвольного аборта до тех пор, пока не наступит период, благоприятный для новой беременности;

Недостатки барьерных методов: Обладают меньшей эффективностью по сравнению с большинством оральных контрацептивов и внутриматочных средств; у некоторых пациентов использование невозможно вследствие аллергии на резину, латекс или полиуретан; для их успешного применения требуется постоянное внимание; употребление требует выполнения определенных манипуляций на гениталиях; большая часть барьерных контрацептивов применяется во время или непосредственно перед половым актом.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		17стр из 37 страниц

Оральные контрацептивы (ОК) являются стероидными гормонами, которые ингибируют высвобождение гипоталамуса гонадотропин-рилизинг-гормоном (ГнРГ), тем самым ингибируя высвобождение гормонов гипофиза, которые стимулируют овуляцию. ОК также влияют на слизистую оболочку матки, уменьшая вероятность имплантации эмбриона, и вызывают сгущение цервикальной слизи, делая ее непроницаемой для спермы. При последовательном и правильном использовании ОК являются эффективной формой контрацепции.

Прием ОК можно начинать в любом возрасте от менархе до менопаузы.

ОК могут представлять собой комбинацию гормонов эстрогена и прогестина или только прогестин.

Комбинированные оральные контрацептивы

Для большинства комбинированных оральных контрацептивов: активную таблетку (эстроген плюс прогестин) принимают ежедневно в течение 21-24 дней. Затем, следует принимать неактивные таблетки (плацебо) ежедневно в течение 4 - 7 дней, для обеспечения появления кровотечения "отмены". В некоторых препаратах таблетка плацебо содержит железо и фолат (фолиевую кислоту); в других случаях, эта таблетка не является истинным плацебо, а содержит более низкую дозу этинилэстрадиола по сравнению с "активными" таблетками. Комбинированные ОК также доступны в виде препаратов по схеме пролонгированного приема (с 84 активными таблетками, которые следует принимать каждый день, затем 7 дней приема таблеток плацебо) или по схеме непрерывного приема (активные таблетки каждый день, без таблеток плацебо).

Большинство комбинаций ОК содержат от 10 до 35 мкг этинилэстрадиола. Эстрадиола валерат может быть применён вместо этинилэстрадиола.

Дозы эстрогена и прогестина одинаковы в течение месяца в некоторых комбинированных ОК (монофазные таблетки); в других они меняются в течение месяца (многофазные таблетки).

Все комбинации ОК имеют одинаковую эффективность; частота беременности после 1 года составляет 0,3% при идеальном использовании и около 9% при типичном (т.е., непостоянном) применении.

Противопоказания к назначению комбинированных эстроген-прогестиновых контрацептивов (таблетки, пластырь, вагинальное кольцо)

Комбинированные ОК или другие эстроген-прогестиновые контрацептивы (пластырь, вагинальное кольцо) должны использоваться с осторожностью у некоторых женщин. Риск побочных эффектов от применения эстроген-прогестиновых контрацептивов варьирует в зависимости от факторов риска и связанных с ними осложнений. У пациентов со следующими характеристиками применение эстроген-прогестиновых контрацептивов представляет собой *неприемлемый риск для здоровья*:

- < 21 дня после родов
- Тромбогенная мутация, тромбофилия (включая антифосфолипидный синдром), текущая или прошедшая венозная тромбоэмболия (тромбоз глубоких вен или легочная эмболия)
- Активный рак (метастатический, подвергающийся терапии или в течение 6 месяцев после клинической ремиссии), за исключением немеланомного рака кожи
- Текущий рак молочной железы
- Длительная неподвижность вследствие обширного хирургического вмешательства
- Мигрень с аурой
- Курение у женщин ≥ 35 лет

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		18стр из 37 страниц

- Тяжелая гипертензия (систолическая ≥ 160 мм рт. ст. или диастолическая ≥ 100 мм рт. ст.) или осложненная сосудистыми заболеваниями
- Перипартальная кардиомиопатия продолжительностью < 6 месяцев или с умеренным или тяжелым нарушением функции сердца
- Ишемическая болезнь сердца или несколько факторов риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний
- Инсульт
- Клапанные заболевания сердца с осложнениями
- Диабет у пациентов старше 20 лет или у страдающих сосудистыми заболеваниями (например, невропатией, нефропатией, ретинопатией)
- Системная красная волчанка с положительными (или неизвестными) антифосфолипидными антителами
- Трансплантация паренхиматозных органов с осложнениями
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени, гепатоцеллюлярная аденома или рак печени
- Острый вирусный гепатит

Применение только прогестиновых контрацептивов представляет собой *теоретический или доказанный риск, который обычно перевешивает преимущества* у пациенток со следующими историями в анамнезе:

- ≤ 42 дней после родов с факторами риска венозной тромбоэмболии
- Поверхностный венозный тромбоз (тромбоз, связанный с периферическим внутривенным катетером, может иметь меньший риск)
- Рак молочной железы в прошлом и отсутствие признаков текущего заболевания в течение 5 лет
- Курение у женщин < 35 лет
- Адекватно контролируемая гипертензия
- Перипартальная кардиомиопатия ≥ 6 месяцев
- Рассеянный склероз с длительной неподвижностью
- Воспалительные заболевания кишечника при наличии факторов риска развития венозной тромбоэмболии

• Текущие или вылеченные заболевания желчного пузыря или история контрацепции, связанной с холестазом

• Бариатрическая хирургия с нарушением всасывания из-за укорочения функциональной длины тонкого кишечника (например, шунтирование желудка с гастроеюноанастомозом по Ру или с билиопанкреатическим шунтированием)

• В настоящее время - лечение фосампренавиром, рифампицином, рифабутином, ламотриджином или некоторыми противосудорожными препаратами

Пероральные контрацептивы, содержащие только прогестин

Для более выраженной эффективности ОК, содержащие только прогестин, должны приниматься в одно и то же время суток ежедневно. Та же самая доза принимается ежедневно, и никакие неактивные таблетки не включены. Прорывное кровотечение является распространенным побочным эффектом.

ОК, содержащие только прогестин, обеспечивают эффективную контрацепцию, в первую очередь путем уплотнения цервикальной слизи и предотвращением прохождения спермы через канал шейки матки и полости матки для оплодотворения яйцеклетки. Для некоторых циклов такой вид ОК подавляет также и овуляцию, но этот эффект не является основным механизмом действия. Частота наступления беременности с идеальным и типичным

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		19стр из 37 страниц

использованием ОК, содержащих только прогестин, имеет сходство с действием комбинированных ОК.

Противопоказания к использованию контрацептивов, содержащих только прогестины (таблетки, имплантаты, инъекции)

ОК, содержащие только прогестин, обычно назначают в том случае, когда у женщины появляется необходимость использования ОК, но эстроген противопоказан.

Женщинам, болеющим раком молочной железы, не следует принимать таблетки, имплантаты или инъекции, содержащие только прогестины.

Применение только прогестиновых контрацептивов представляет собой *теоретический или доказанный риск, который обычно перевешивает преимущества* у пациенток со следующими историями в анамнезе:

- Рак молочной железы в прошлом и отсутствие признаков текущего заболевания в течение 5 лет
- Необъяснимые вагинальные кровотечения
- Течение и история ишемической болезни сердца в анамнезе
- Тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени, гепатоцеллюлярная аденома или рак печени
- В анамнезе - операция по шунтированию тощей кишки (для таблеток, содержащих только прогестины)
- В настоящее время лечение проводится рифампином, рифабутином или некоторыми противосудорожными препаратами (для таблеток, содержащих только прогестин)
- Ишемическая болезнь сердца, тяжелая гипертензия или множественные факторы риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (для инъекций прогестина)
- Сосудистые заболевания, в том числе вследствие сахарного диабета или системной красной волчанки (для контрацептических инъекций прогестина)

Побочные эффекты пероральных контрацептивов.

Несмотря на то, что оральные контрацептивы могут иметь некоторые побочные эффекты, общий риск их проявлений достаточно мал. Вздутие живота, болезненность молочных желез, тошнота и головная боль являются наиболее распространенными побочными эффектами. У пациентов, получающих комбинированные ОК, может развиваться аменорея или профузное кровотечение (кровотечение при активном приеме таблеток) при длительном применении. Любой из этих эффектов может быть купирован путем замены на таблетки с более высокой дозой эстрогена. Таблетки, содержащие только прогестин, часто вызывают нерегулярные вагинальные кровотечения.

У некоторых женщин овуляция остается подавленной в течение нескольких месяцев после прекращения приема ОК, но долгосрочного влияния на фертильность не наблюдается. ОК не оказывают неблагоприятного влияния на беременность, если зачатие произошло во время или после окончания их приема.

Эстрогены увеличивают выработку альдостерона и способствуют задержке натрия, что может привести к зависимому от дозы обратимому повышению кровяного давления и увеличению массы тела (не более чем на 2 кг). Увеличение массы тела может сопровождаться вздутием живота и отеками.

Андрогенные эффекты могут включать появление акне, нервозность и анаболический эффект, приводящий к прибавке веса. Если у женщины отмечается прибавка веса > 4,5 кг/год, следует использовать ОК с менее андрогенным эффектом.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»	67-11	
Лекции по предмету «Основы акушерства»	20стр из 37 страниц	

Антиандрогенные прогестины нового 4-го поколения включают диеногест и дроспиренон (производные от спиронолактона, мочегонного препарата).

Заболеваемость глубоким венозным тромбозом и тромбоэмболией (например, легочной эмболией) увеличивается по мере увеличения дозы эстрогена. С ОК, содержащими от 10 до 35 мкг эстрогена, риск от 2 до 4 раз выше исходного риска. Тем не менее, этот повышенный риск осложнений по-прежнему значительно ниже, чем риск, связанный с беременностью. Прогестины в комбинации ОК могут также влиять на этот риск. ОК, содержащие левоноргестрел, по-видимому, имеют более низкий риск, чем ОК, содержащие дроспиренон или дезогестрел. Риск, вероятно, увеличивается, потому что стероидные гормоны увеличивают продукцию факторов свертывания в печени и повышают адгезию тромбоцитов. Если у женщины, принимающей ОК, подозревается глубокий венозный тромбоз или легочная эмболия, следует немедленно прекратить их прием до получения результатов диагностических тестов, которые смогут подтвердить или исключить диагноз. Кроме того, прием ОК должен быть приостановлен по крайней мере на 1 месяц перед госпитализацией с любой крупной операцией, которая потребует иммобилизации в течение длительного времени, не следует их также начинать принимать в течение 1 месяца после манипуляции. Женщины с наличием в анамнезе или высоким риском венозной тромбоэмболии не должны использовать ОК, содержащие эстроген.

Результаты исследований варьируются в отношении использования ОК и риска рака молочной железы. Риск развития рака шейки матки несколько увеличивается для женщин, использовавших ОК > 5 лет, однако этот риск снижается к исходному по прошествии 10 лет после использования ОК. Не известно, связан ли этот риск с гормональным эффектом или поведенческим (т.е., не использование барьерной контрацепции).

Воздействие на центральную нервную систему со стороны ОК может включать тошноту, рвоту, головную боль, депрессию и нарушения сна. Хотя считается, что ОК повышают риск инсульта, применение низкодозированных комбинированных ОК не увеличивает риск инсульта у здоровых некурящих женщин с нормальным артериальным давлением. Тем не менее при очаговой неврологической симптоматике, афазии или другие симптомах, характерных для инсульта, прием ОК необходимо незамедлительно прекратить. Курильщики старше 35 лет не должны использовать контрацептивы, содержащие эстроген, из-за повышенного риска развития инфаркта миокарда и/или инсульта.

Хотя прием прогестинов может стать причиной обратимой дозозависимой инсулинорезистентности, использование ОК с низкодозированным прогестинами редко приводит к гипергликемии.

Уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови может уменьшиться при приеме ОК с высокой дозой прогестинов, но, как правило, повышается при приеме ОК с низкими дозами прогестинов и эстрогенов. Эстроген в ОК повышает уровень триглицеридов и может обострять гипертриглицеридемию. Большинство изменений уровня других метаболитов в сыворотке крови не является клинически значимым. У женщин, использующих ОК, может наблюдаться повышение уровня тироксин-связывающего глобулина; тем не менее уровни свободного тироксина, тиреостимулирующего гормона и функция щитовидной железы не изменяются.

У женщин, использующих ОК, может наблюдаться понижение уровня пиридоксина, фолиевой кислоты, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, кальция, магния и цинка; содержание витамина А повышается. Ни один из этих эффектов не является клинически значимым, дополнительный прием витаминов к использованию ПОК не требуется.

Не следует принимать ОК, если при предыдущем их применении развился **холестаз** или **желтуха**. Женщины, прежде страдавшие холестазом беременности (идиопатической рецидивирующей желтухой беременности), имеют риск повторного заболевания желтухой при приеме оральных контрацептивов. Этим женщинам следует использовать ОК с осторожностью.

Риск развития **камней в желчном пузыре** не увеличивается при использовании низкодозированных ОК.

В редких случаях могут развиваться **доброкачественные аденомы печени**, которые могут подлежать спонтанному разрыву. Риск возрастает при продолжительном использовании и увеличении дозы ОК; аденомы печени обычно регрессируют спонтанно после прекращения приема ОК.

У некоторых женщин развивается **мелазма**, которая проявляется под воздействием солнечных лучей и постепенно проходит после прекращения приема ОК. Поскольку лечение представляет трудности, при первых признаках мелазмы прием ОК прекращают. ОК не увеличивают риск развития меланомы.

ВМС – это маленькая, сделанная из пластика, Т-образной формы палочка (спираль), к концу которой прикреплены нити. ВМС вводится в полость матки для предотвращения наступления беременности. Процедура введения спирали может быть проведена врачом во время Вашего визита в клинику.

ВМС: ВНУТРИМАТОЧНАЯ СПИРАЛЬ И ЕЕ ВИДЫ

Введенная ВМС не оказывает влияния на процесс созревания и выхода яйцеклеток из яичников, т.е. у женщин на фоне ВМС ежемесячно происходит овуляция.

Формы ВМС самые разнообразные: «петля», «зонтик», «Т», в виде кольца, спирали и др.

Качество и действие **ВМС спирали** зависит от материалов, из которых она изготовлена.

Материалы, используемые для изготовления ВМС, также многообразны; в основном применяют серебро, медь и пластмассу. В отличие от других типов, один из видов ВМС содержит прогестерон. В настоящее время наиболее широкоиспользуемым ВМС является Соррег-Т 380А (содержащий медь).

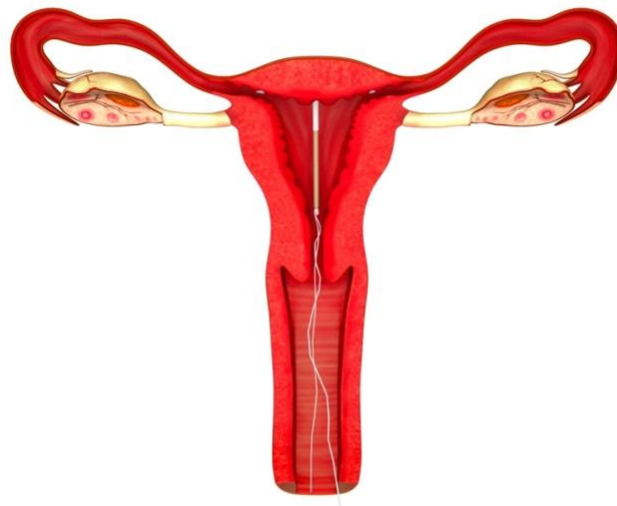
ВМС, содержащие медь (Соррег-Т 380А), являются наиболее популярным типом внутриматочных контрацептивов.

Наиболее широко применяемая **ВМС спираль** – виды изделий иностранного и российского производства:

Си-380- Slimilin, Multiload, Nova T, Сорре r-Т 200 и 380А, петля Липпса, Т Си-380Ag, ВМС, содержащие прогестин, и др.

ПРЕИМУЩЕСТВА

1. Это очень эффективный способ контрацепции.
2. Это наиболее дешевый метод контрацепции. Вы оплачиваете ВМС и ее установку однократно, а пользуетесь этим методом контрацепции 5 лет.
3. ВМС может быть удалена врачом в любое время.



ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		22стр из 37 страниц

4. ВМС оказывает контрацептивный эффект сразу же с момента её введения. При наличии ВМС Вам больше не нужно помнить о контрацепции, т.к. Вы всегда защищены от беременности. Это выгодно отличает спираль от гормональных таблеток, используя которые, женщина должна помнить о ежедневном приеме препарата.
5. Риск побочных эффектов – низкий.
6. ВМС, если используется в послеродовом периоде кормящими женщинами, не влияет на качество и количество грудного молока.
7. Ни Вы, ни Ваш партнер не чувствуете наличие ВМС.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И НЕДОСТАТКИ

У Вас могут быть схваткообразные боли внизу живота и боли в пояснице в первые несколько часов после введения ВМС в матку. У некоторых женщин кровянистые выделения из половых путей после введения спирали могут присутствовать в течение 1-2 недель (обычно 3-5 дней). Незначительная часть женщин испытывает более обильные и/или более болезненные менструации на фоне ВМС.

Крайне редко в процессе постановки спирали может быть повреждена матка.

У небольшого числа женщин в первый месяц после введения может произойти экспульсия (самопроизвольное выпадение) спирали.

ВМС не защищает от заболеваний передаваемых половым путем, таких как СПИД, хламидиоз, гонорея и т.д. и, в случае заражения, эти инфекции протекают более тяжело у женщин использующих спираль. Чем больше у Вас половых партнеров, тем выше шанс инфекции, если у Вас стоит ВМС. Поэтому ВМС – это оптимальный способ контрацепции для женщин, у которых один постоянный половой партнер.

КОГДА УДАЛЯТЬ ВМС СПИРАЛЬ?

Срок ношения ВМС зависит от вида ВМС. Наиболее часто используемые ВМС, которые содержат медь, могут оставаться в полости матки после введения до 10 лет. ВМС, в состав которых входит гормон прогестерон, удаляются через 1 год после введения. Другой вид гормональных ВМС, которые содержат синтетический аналог прогестерона – левоноргестрел, могут использоваться в течение 5 лет. Если Вы планируете беременность или просто больше не хотите использовать ВМС, то любой вид спиралей может быть удален врачом в любое время.

УСТАНОВКА

ВМС может быть установлена в любой день менструального цикла. Некоторые врачи предпочитают устанавливать спираль в последние дни менструации или сразу же после ее окончания. В эти дни канал шейки матки слегка приоткрыт, что облегчает врачу введение спирали в матку и делает процедуру менее дискомфортной для женщины. Кроме того, только что прошедшая менструация – доказательство отсутствия беременности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Абсолютные противопоказания

ВМС не вводится женщинам с:

- высоким риском заражения или передачи инфекций, передаваемых половым путем.
- текущими, недавно перенесенными или рецидивными воспалительными заболеваниями органов малого таза; с послеродовым или послеабортным эндометритом за последние три месяца.
- острым гнойным цервицитом (гнойные выделения из цервикального канала), или острой гонорейной или хламидиозной инфекцией.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		23стр из 37 страниц

- известной или подозреваемой беременностью. Однако ВМС является приемлимым посткоитальным контрацептивом в первые пять дней непосредственно после незащищенного полового сношения.
- известным или подозреваемым раком эндометрия, включая недиагностированные патологические вагинальные кровотечения (нерегулярные кровотечения в течение последних 3-х месяцев, между менструациями или после полового сношения) или с признаками рака матки.

Относительные противопоказания

Выбор ВМС должен производиться особенно тщательно для женщин:

- с тяжелой рецидивирующей вагинальной инфекцией и лейкореей без цервицита.
- с инфекционным гнойным цервицитом;
- с наличием риска возникновения заболеваний, передающихся половым путем, не имеющих живых детей;
- с состоянием, повышающим риск инфекции, включая СПИД, иммуносупрессивную терапию или другие заболевания, вызывающие недостаточность иммунной системы;
- с тяжелой анемией (ВМС, выделяющие прогестины, уменьшают менструальную кровопотерю);
- с обильными или болезненными менструациями (ВМС, выделяющие прогестины, могут уменьшить дисменорею);
- с маткой, длина которой по зонду 6 см;
- с выраженным стенозом шейки матки;
- с изменениями при гинекологическом обследовании, которые указывают на миомы большого размера или патологическое строение матки, которое мешает правильному расположению ВМС;
- с наличием в прошлом внематочной беременности.

ВМС – это контрацептив, действие которого основывается на подавлении процесса оплодотворения. Вводится однократно на длительный срок. Рекомендуется рожавшим женщинам (чаще женщинам, не планирующим в дальнейшем беременность), имеющим одного постоянного партнера.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 20 слайдах, муляжи, оральные контрацептивы, ВМС.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие виды контрацепции применяют в подростковом периоде?
2. Для чего принимают КОК?
3. Как работает КОК?
4. Что значит ВМС?
5. Для чего нужно ставить спираль?

Лекция №4

4.1. Тема: Барьерная контрацепция. Хирургическая контрацепция.

4.2. Цель:

1. Освещение темы о барьерных методах контрацепции и о хирургической стерилизации.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		24стр из 37 страниц

4.3. Тезисы лекции:

Барьерная или механическая контрацептив предназначена для того, чтобы ограничить доступ сперматозоидов в половые органы женщины. Из этих методов наиболее распространены презервативы, я думаю. Всем известные, шеечный колпачок, диафрагма и различные спермициды. **Барьерные методы - Презервативы**

Плюсы

- надежная защита от заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) и нежелательной беременности (при правильном использовании)
- доступная цена
- нет системного воздействия на организм
- идеально подходят для тех, кто ведет нерегулярную половую жизнь
- не требуют предварительных обследований для подбора

Минусы

- снижение чувствительности
- возможна аллергия на латекс

Спермициды

Спермициды — это вещества, которые обездвиживают сперматозоиды, за счет чего они не проникают в полость матки.

Плюсы

- частичная защита от инфекций, передающихся половым путем (на некоторые вирусы не действует)
- подходят тем, кто не может использовать гормональную и внутриматочную контрацепцию

Минусы

- низкая эффективность (60–70%), этот метод не может использоваться как самостоятельный
- требуется очень строгий контроль соблюдения правил использования
- Возможно раздражение, аллергические реакции кожи половых органов

Гормональная контрацепция

Это, пожалуй, самый эффективный метод из всех существующих на сегодняшний день.

Гормональные препараты различаются дозировкой (минидозированные — содержание эстрогенов не более 30 мкг, микродозированные — не более 20 мкг, большие дозировки в настоящее время не используются), компонентами, способом поступления в организм.

Препараты бывают двух видов: комбинированные и группа «мини-пили». Комбинированные контрацептивы содержат в себе эстрогены (этинилэстрадиол) и гестагены, «мини-пили» — только гестагены.

Препараты из группы «**мини-пили**» показаны кормящим женщинам, которым нельзя принимать эстрогены, а только гестагены. Также «мини-пили» могут принимать женщины, которые не переносят эстрогенный компонент.

Виды препаратов: таблетки (принимаются перорально), влагалищное кольцо (гормоны проникают через слизистую влагалища) и пластырь (трансдермальный путь — гормоны поступают через кожу).

Способы приема. Таблетки нужно принимать ежедневно, в одно и то же время. Особенно важен прием в одно и то же время для препаратов из группы «мини-пили». Таблетки в основном принимают 21 день, после чего делают перерыв на 7 дней.

Влагалищное кольцо вводится во влагалище на 21 день, после чего делается перерыв на неделю.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		25стр из 37 страниц

Пластырь меняется каждые 7 дней.

Преимущество альтернативных путей приема (кольцо, пластырь) в том, что не нужно каждый день помнить о необходимости приема таблетки и нет первичного прохождения через печень и желудочно-кишечный тракт, что снижает нагрузку на них. Особенно это важно, если у женщины есть проблемы с ЖКТ или хронический холецистит.

Плюсы

- надежный контрацептивный эффект (если женщина не пропускает прием таблеток, гарантия почти 100%)
- активная защита яичников и эндометрия (слизистой) матки от онкологических заболеваний
- регуляция менструального цикла
- снижение болезненных ощущений при менструации
- косметический эффект (некоторые ОК помогают справиться с акне, нормализуют состояние кожи)
- лечебный эффект (врач поможет подобрать гормональные контрацептивы, которые показаны пациенткам с миомой матки, при эндометриозе).

Минусы

- необходимость строгой дисциплины, контроля приема препаратов в одно и то же время (особенно важно для «мини-пили»)
- не защищают от ЗППП
- любые гормональные препараты влияют на метаболизм (обмен веществ), что может привести к колебаниям массы тела, хотя в современных препаратах это влияние минимально;
- есть влияние на сосудистое звено, на свертывающую систему крови, поэтому при приеме контрацептивов необходим постоянный контроль гемостаза. Если у женщины есть предрасположенность к варикозу, к гипертонической болезни или в семье были случаи заболеваний сердечно-сосудистой системы, сопровождаемой тромбозами, инфарктами, инсультами, то пациентке необходимо комплексное обследование системы гемостаза до начала приема гормональных контрацептивов;
- есть период адаптации к гормонам. В течение 2–3 месяцев иногда могут наблюдаться подташнивания, головные боли и боли в молочных железах, могут быть незначительные мажущие выделения в середине цикла, изменения либидо, перепады настроения. Поэтому обязателен врачебный контроль использования препаратов в течение первых месяцев приема.
- гормональные контрацептивы имеют ряд противопоказаний: активное курение (более 5 сигарет в день), тяжелые соматические заболевания, тяжелый декомпенсированный сахарный диабет, тромбозы, варикозная болезнь, инфаркты, инсульты, артериальная гипертензия, частые мигрени и пр.

Хирургическая Стерилизация

Медицинская стерилизация — хирургическая методика, которую можно применять как мужчинам, так и женщинам. Это надежный метод 100% защиты от наступления беременности, хороший выбор для людей, которые уже точно не планируют больше детей. После операции способность к зачатию женщинам восстановить уже нельзя, у мужчин возможна небольшая (меньше 30%) вероятность восстановления репродуктивной функции путем повторной операции в течение пяти лет после вмешательства.

Женская стерилизация — лапароскопическая операция, во время которой выполняется рассечение маточных труб, что надежно предотвращает возможность наступления беременности.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		26стр из 37 страниц

Мужская стерилизация (вазэктомия)— несложная операция, длящаяся около 20 минут. Во время хирургического вмешательства перевязываются и пересекаются семявыносящие протоки. На эрекцию, количество семенной жидкости и способность испытывать оргазм стерилизация не влияет.

Плюсы

- 100% защита от нежелательной беременности
- вопрос решается раз и навсегда

Минусы

- необратимость операции
- необходимость хирургического вмешательства
- по закону есть ограничения для проведения этой операции

Медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей.

Экстренная контрацепция

В случае незащищенного полового акта можно использовать средства так называемой экстренной контрацепции. Эти препараты направлены на предохранение, это не прерывание беременности. В таблетке содержится большая доза гестагенных препаратов, которые вызывают отторжение эндометрия слизистой.

Плюсы

- Возможность избежать незапланированной беременности даже в критической ситуации

Минусы

- Это колоссальная доза гестагенов, которая может привести к сбоям, нарушениям цикла. К такому средству нельзя прибегать на регулярной основе — это огромный стресс для организма.

При подборе контрацепции обязательно нужно обращаться к гинекологу. Перед тем как назначить тот или иной препарат, врач проведет обследование, в которое входят осмотр на кресле, забор мазка на онкоцитологию. Также, если есть признаки эндокринопатии (повышенное оволосение, акне), необходимо исследовать гормональный фон. Поскольку гормоны сгущают кровь, влияют на гемостаз (свертывающую систему крови), имеет смысл провести комплексное обследование состояния системы гемостаза. Кроме того рекомендуется сделать ультразвуковое обследование органов малого таза (матки и придатков) и молочных желез. Все эти процедуры малоинвазивные, безболезненные, их нетрудно пройти, а они помогут избежать возможных осложнений на фоне длительного приема контрацептивов.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 12-14 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что относится к барьерным методам контрацепции?
2. Как понять барьерный метод контрацепции?
3. Можно ли забеременеть после хирургической стерилизации?
3. Что происходит с женщиной после стерилизации?

Лекция №5

4.1. Тема: Аборт.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		27стр из 37 страниц

4.2. Цель: 1. Ознакомиться с понятием о прерывании беременности, видах и методах выполнения.

4.3. Тезисы лекции:

Выкидышем, или самопроизвольным, спонтанным абортom, называют самопроизвольное прерывание беременности в период до 22-й недели. К сожалению, выкидыш – не такое уж редкое явление. Согласно статистике, 15-20% беременностей заканчиваются именно так.

Причины самопроизвольных выкидышей чрезвычайно разнообразны; нередко к прерыванию беременности приводит не один, а несколько причинных факторов. Условно данные факторы группируются следующим образом:

Чтобы получить направление на аборт, женщина должна пройти ряд медицинских исследований, среди которых:

- анализ крови и мочи на уровень ХГЧ – поможет исключить внематочную беременность;
- УЗИ органов малого таза;
- кровь на ЗППП: сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;
- мазок с влагалища;
- общий анализ крови и мочи.

Полученные результаты позволяют получить точную картину беременности, выявить сопутствующие заболевания, определить возможные нарушения в развитии плода.

В медицинской практике существуют разные методы аборта, которые применяются в том или ином случае. Помимо стороннего вмешательства, прерывание может произойти самостоятельно – выкидыш, который является результатом неблагоприятного протекания беременности или воздействия определенных факторов на плод или организм женщины.

В других случаях речь будет идти о медабorte, который может проводиться несколькими способами. Аборт бывает:

- медикаментозный — состоит из приема определенных гормональных препаратов, которые принимаются по строгой схеме;
- мини-аборт – с использованием вакуум-аспиратора;
- инструментальный — выскабливание полости матки с вакуум-аспирацией плодного яйца;
- малое кесарево сечение.

Еще одним методом аборта является – солевой, который состоит из введения в плодный пузырь солевого раствора, он убивает плод. Через 2 дня назначаются гормональные препараты для стимуляции родов. На практике такой вид аборта не приветствуется, поскольку встречались случаи, когда в ходе родов, плод был жив, но имел тяжелые отклонения.

Способы аборта – разные, но выбор используемой методики остается за врачом и женщиной, зависит от срока беременности, общего состояния здоровья женщины. Чем меньше срок, тем меньше рисков. И не стоит забывать, что начиная с 8 недели у плода развивается нервная система, четко прослушиваются сердечные сокращения, а на 16 недели он уже слышит звуки, может на них реагировать. Поэтому если беременность нежелательна или есть медицинские показания к ее прерыванию, не стоит тянуть время.

Медикаментозный аборт

Прерывание беременности медикаментозным способом рекомендуется проводить до 7 недель беременности. Состоит из приема определенных лекарственных препаратов, которые назначает врач индивидуально для каждой пациентки. В составе таких лекарств содержатся вещества, которые блокируют функционирование гормонов прогестина и простагландина, дефицит которых вызывает прекращение беременности. На практике чаще используют

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		28стр из 37 страниц

таблетки «Мифепристон», затем «Мизопростол». Первые приводят к гибели эмбриона, а вторые вызывают сокращение матки, выводят погибший эмбрион из ее полости. Данные препараты отпускаются по строгому рецепту врача, поскольку имеют множество противопоказаний, побочных эффектов. Дозировка определяется врачом. После аборта через 7 дней женщине обязательно нужно пройти УЗИ органов малого таза.

Женщины считают, что медикаментозный аборт один из безопасных, не требует механического или хирургического вмешательства, но это далеко не так. Подобная процедура имеет ряд противопоказаний:

- внематочная беременность;
- больше 49 дней с момента последней менструации;
- бронхиальная астма;
- патологии надпочечников;
- почечная недостаточность;
- болезни мочеполовой системы.

Опасность состоит и в том, что после медикаментозного аборта есть большой риск развития маточного кровотечения, также чрезмерное сокращение матки, рвота, тошнота, нарушение сердечного ритма и другие осложнения. При высоком риске осложнений, прием препаратов для прерывания беременности должно проводиться под наблюдением врача в условиях стационара.

Вакуумный аборт

Мини-аборт (вакуумный аборт) — процедура по прекращению нежелательной беременности, относится к щадящим операциям, поскольку не предполагает хирургическое вмешательство. Проводится до 12 недель, состоит из вакуумного высасывания эмбриона из матки при помощи аспирационного катетера. Процедура исключает повреждение слизистых оболочек, не вызывает истмико-цервикальную недостаточность или травм шейки матки. Если женщина ранее не рожала, выполняется при помощи анестезии. По времени занимает не больше 1 часа. Через 7 дней после процедуры назначается УЗИ, которое поможет исключить неполное удаление плодного яйца.

Вакуумный аборт противопоказан при:

- внематочной беременности;
- срок больше 12 недель;
- плохая свертываемость крови;
- воспаление органов малого таза.

После выполнения процедуры женщину могут беспокоить боли низом живота, нарушения менструации, гормональный сбой. Мини-аборт запрещает повторное зачатие раньше чем через 6 месяцев, поэтому врач назначает женщине гормональные противозачаточные препараты, которые исключают повторное зачатие.

Хирургический аборт

Хирургический аборт позволяет прервать беременность до 22 недель. В ходе процедуры происходит физическое выскабливание содержимого матки вместе с плодным яйцом, что исключает дальнейшее развитие эмбриона. Несмотря на 100% результат, данный вид аборта проводится в случае, когда другие методики неэффективны.

В ходе аборта специальными инструментами раскрывают шейку матки, при помощи кюретки, выскабливают плод, могут быть задействованы щипцы. Если не удастся полностью убрать эмбрион, его извлекают по частям. Инструментальный аборт наиболее надежный, но и самый опасный. Выполняется под общим наркозом в условиях стационара.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		29стр из 37 страниц

Благодаря возможностям современной хирургии, в ходе операции может быть задействован гистероскоп, который вводится в полость матки, исключает риски повреждения эндометрия, является гарантией того, что после операции в матке не останутся не удаленные фрагменты эмбриона.

Операция занимает от 20 до 30 минут, но после ее проведения, женщина должна несколько часов провести в стационаре под врачебным наблюдением. В норме не должно присутствовать сильного кровотечения, тошноты, рвоты или сильной боли низом живота.

Хирургический аборт имеет некоторые противопоказания, среди которых:

- плохая свертываемость крови;
- инфекции органов малого таза;
- воспалительные процессы.

После прерывания беременности инструментальным методом, риск развития осложнений достаточно высокий, может быть связан с врачебной ошибкой или внутренним состоянием здоровья самой женщины. К частым последствиям относят:

- нарушение менструального цикла;
- спаечные процессы;
- непроходимость маточных труб;
- гормональный дисбаланс;
- доброкачественные опухоли;
- бесплодие;
- депрессивные состояния.

Осложнения после хирургического прерывания беременности могут появиться сразу после процедуры аборта или через определенный период времени. Поэтому врачи рекомендуют после операции внимательно отнестись к своему здоровью, а при первых недомоганиях обращаться к специалистам за помощью.

Безопасных видов аборта не существует, поскольку любая методика имеет свои противопоказания и побочные эффекты. Но если есть потребность в проведении, проводить прерывание беременности лучше до 7 недель. Чем больший срок беременности, тем выше риски осложнений и неблагоприятных последствий для организма.

На ранних сроках предпочтение отдают медикаментозному или вакуумному аборту, а на более поздних – хирургической операции. Независимо от выбранной методики, женщине после процедуры следует соблюдать ряд правил, которые помогут организму быстрее восстановиться, снизить риск осложнений:

- прием антибиотиков для снижения риска воспалений;
- прием оральных контрацептивов для нормализации гормонального фона;
- правильное и здоровое питание;
- в первые дни после аборта исключить физические и умственные нагрузки.

Если после аборта появилась сильная боль низом живота, кровотечение, рвота, тошнота, нужно незамедлительно обращаться за медицинской помощью, не заниматься самолечением или ждать улучшения самочувствия.

Последствия аборта

Любой из видов аборта – стресс для организма, который уже готовится к подготовке вынашивания плода, поэтому последствия такой процедуры есть, и не всегда они проходят бесследно для женщины. К общим осложнениям, которые относят:

- маточное кровотечение;
- вторичное инфицирование;
- механическое повреждение стенки матки;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		30стр из 37 страниц

- высокий риск развития эндометрита;
- бесплодие;
- систематические боли низом живота;
- нарушение менструального цикла;
- потребность в удалении матки при ее сильном повреждении;
- гормональный дисбаланс.

Женщины считают, что самым грозным осложнением аборта является бесплодие, но это не совсем так, поскольку и другие заболевания не менее опасные. Большой процент женщин не в состоянии выносить ребенка, и даже если они беременны, сталкиваются с постоянными самопроизвольными выкидышами.

Беременность после аборта

Многие женщины, которые были вынуждены сделать аборт, задумываются о беременности и рождении ребенка, но как быстро можно забеременеть и сколько времени организму понадобится на восстановление?

Если процесс искусственного прерывания беременности прошел успешно, нет осложнений, забеременеть можно через несколько недель после аборта, но врачи настоятельно не рекомендуют этого делать, назначают принимать на протяжении нескольких месяцев оральные контрацептивы.

Как быстро наступит беременность, зависит от особенностей женского организма. Одни могут зачать ребенка практически сразу, а остальные на протяжении нескольких месяцев или лет не могут ощутить радость материнства.

Врачи гинекологи советуют придерживаться некоторых рекомендаций:

- За 6 месяцев до желаемого зачатия исключить прием гормональных противозачаточных препаратов;
- укреплять организм – отказаться от вредных привычек, пересмотреть рацион питания, употреблять только полезные и витаминизированные продукты питания;
- активный образ жизни;
- исключить тяжелый физический труд;
- пройти комплексное обследование;
- наблюдаться у врача гинеколога.

Профилактика аборт

Вероятность летального исхода вследствие аборта, выполненного с использованием современных методов, не превышает 1 на 100 тыс. вмешательств.

Помощь при аборте может быть определена как качественная, если она доступна на всех уровнях, персонал имеет хорошую профессиональную подготовку, а его деятельность четко контролируется, используются наиболее безопасные методы прерывания беременности, реализуются меры борьбы с внебольничными абортами. Помимо этого должна активно проводиться санитарно-просветительская работа среди населения, особенно среди групп риска (подростки, молодежь, женщины из социально незащищенных групп населения), консультирование и услуги по планированию семьи должны быть доступны всем слоям населения. Необходима организация неотложной помощи для лечения осложнений.

Анализ опыта многих стран указывает на то, что только за счет оптимизации использования современных средств контрацепции (гормональных и ВМС) можно снизить распространенность искусственного аборта на 50%. Для снижения количества аборт до уровня экономически развитых стран необходимо, чтобы все виды контрацепции были доступны 70-75% женщин детородного возраста.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		31стр из 37 страниц

Лучшей профилактикой последствий аборта является профилактика нежелательной беременности. По оценке ряда специалистов, только за счет снижения числа абортотворений можно снизить материнскую смертность на 25-30%.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 12-слайдов, муляжи внутренних половых органов для демонстрации проведения манипуляции.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Сколько видов аборта?
2. Какой аборт самый безопасный ?
3. Какие виды аборта?
4. Что такое аборт и как его делают?

Лекция №6

4.1. Тема: Бесплодный брак.

4.2. Цель: 1. Освоение студентами темы о бесплодном браке.

4.3. Тезисы лекции: Бесплодный брак – это отсутствие беременности у супругов детородного возраста в течение одного года регулярной половой жизни без контрацепции. Частота бесплодных браков составляет 8–17% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в мире регистрируется 2–2,5 млн новых случаев мужского и женского бесплодия. Снижение эффективности лечения бесплодия в РК обусловлено следующими факторами:

- отсутствие у врачей, занимающихся проблемой бесплодного брака, полной информации о программах и современных методах лечения;
- недостаточное количество квалифицированных специалистов;
- отсутствие взаимодействия между врачами женских консультаций, центров планирования семьи и гинекологических стационаров, занимающихся лечением бесплодия, с одной стороны, и специалистами центров вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – с другой.

Важными параметрами, влияющими на эффективность лечения бесплодия, являются возраст женщины и длительность бесплодного брака.

Так, если в популяции у женщин до 30 лет в течение одного года регулярной половой жизни без предохранения спонтанная беременность наступает в 80% случаев, до 40 лет – в 25%, то после 40 лет – не более чем в 10%.

Факторы, которые относят пациенток в группу риска в отношении возможного бесплодия:

- возраст старше 35 лет;
- длительность бесплодия в этом и предыдущих браках более пяти лет;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- нейроэндокринные нарушения менструального цикла;
- инфекции, передаваемые половым путем, перенесенные до брака и в этом браке; генитальный эндометриоз;
- неоднократные оперативные вмешательства на женских половых органах, особенно проведенные лапаротомическим доступом (удаление кист яичников, тубоовариальных воспалительных образований, пластика маточных труб, внематочная беременность, миомэктомия).

Такие пациентки нуждаются в углубленном обследовании, даже если при обращении в лечебное учреждение они не ставят вопрос о лечении бесплодия (активное выявление потенциально бесплодных супружеских пар).

Проводя обследование и лечение бесплодной супружеской пары, следует учитывать:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		32стр из 37 страниц

- при соблюдении алгоритма диагностики бесплодия (ВОЗ, 1997) причины бесплодия должны быть установлены в течение двух-трех месяцев с момента обращения супружеской пары;
- гинеколог и уролог-андролог работают совместно, проводя одновременное обследование обоих супругов и постоянно сравнивая результаты обследования;
- после уточнения диагноза длительность непрерывного лечения бесплодия до применения ВРТ не должна превышать 1–1,5 года;
- в зависимости от причины бесплодия в браке средняя частота наступления беременности при применении традиционных методов терапии до программ ВРТ составляет 30–35% (от 0 до 90% в зависимости от факторов бесплодного брака);
- в случае неэффективности проводимой традиционной терапии в течение 1–1,5 года решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

1. Алгоритм обследования женщин с бесплодием

1.1. Анамнез: сведения о количестве браков, характере бесплодия (первичное/вторичное), длительности бесплодия, количестве беременностей в браках, их исходах и осложнениях. Особенности менструальной функции, нарушения менструального цикла, вероятные причины и длительность. Анализ предыдущего обследования и лечения, применения противозачаточных средств и лекарственных препаратов, влияющих на фертильность.

Экстрагенитальные заболевания и оперативные вмешательства, в том числе гинекологические; воспалительные заболевания органов малого таза (этиологические факторы, особенности клинического течения, количество эпизодов). Особенности влияния факторов окружающей среды, профессиональных вредностей, вредные привычки (алкоголь, наркотики).

1.2. Клиническое обследование: определение индекса массы тела; наличие гирсутизма; степень развития молочных желез и выделения из них; состояние щитовидной железы, кожных покровов и слизистых; оценка общего состояния, гинекологический статус.

1.3. Инфекционный скрининг: мазок на степень чистоты, ПЦР-диагностика *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и вируса папилломы человека высокого риска, бактериологический посев для определения микрофлоры влагалища и чувствительности ее к антибиотикам. При наличии показаний назначаются посевы на *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*.

1.4. TORCH-комплекс: определение антител (иммуноглобулинов – Ig) G и M к краснухе, токсоплазмозу, вирусу простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусу. В случае отсутствия IgG антител к краснухе следует сделать прививку.

1.5. Гормональный скрининг: определение уровней пролактина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, эстрадиола, тестостерона, кортизола, 17-гидроксипрогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата, тиреотропного гормона, свободного тироксина (на второй-третий день цикла при регулярных менструациях и на любой день – при нарушениях менструального цикла) и прогестерона при регулярном менструальном цикле на 21–23-й день цикла.

1.6. Ультразвуковое исследование органов малого таза. Ультразвуковое исследование молочных желез всем женщинам до 36 лет и щитовидной железы (при наличии показаний).

1.7. Рентгенологические методы: краниограмма, компьютерная и магнитно-резонансная томография – при подозрении на опухоль головного мозга, гистеросальпингография, маммография (женщинам старше 36 лет).

1.8. Иммунологические методы: определение антител IgG, IgM, IgA в цервикальной слизи.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		33стр из 37 страниц

1.9. Эндоскопические методы: лапароскопия и гистероскопия с последующей биопсией эндометрия при наличии патологии эндометрия и последующим гистологическим исследованием соскобов.

Если программа обследования выполнена не полностью, диагноз бесплодия у женщины не может считаться достоверным, а лечение заведомо будет безуспешным.

2. Алгоритмы диагностики мужского бесплодия.

2.1. Анамнез: количество браков; первичное/вторичное бесплодие; длительность бесплодия; предыдущее обследование и лечение по поводу бесплодия; системные заболевания (сахарный диабет, нервные и психические заболевания, туберкулез); лекарственные и другие методы терапии, влияющие на фертильность; оперативные вмешательства на органах уrogenитального тракта; инфекции, передаваемые половым путем; врожденная и приобретенная патология репродуктивной системы; сексуальная и эякуляторная дисфункция; экологические факторы, профессиональные вредности и вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики).

2.2. Клиническое обследование: измерение роста и массы тела; определение наличия признаков гипогонадизма, гинекомастии; андрологическое обследование гениталий, паховой области и предстательной железы.

2.3. Инфекционный скрининг: см. алгоритм обследования женщин.

2.4. Другие лабораторные методы: исследование эякулята (развернутая спермограмма), МАР-тест, клинические анализы крови и мочи (по показаниям), анализ секрета простаты.

2.5. Дополнительные методы исследования: определение уровней пролактина, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона; термография мошонки; краниограмма (при подозрении на аденому гипофиза); тестикулярная биопсия.

Как правило, частота женского бесплодия составляет 70–75%, мужского – 35–40%. Сочетание женского и мужского бесплодия встречается у 30–35% супружеских пар.

3. Этапы терапии в зависимости от причин бесплодного брака

3.1. Трубно-перитонеальный фактор. Реабилитации и консервативному лечению (терапия антибиотиками, физиотерапия, бальнеолечение) в течение 6–12 месяцев подлежат пациентки после лапароскопической коррекции спаечного процесса первой-второй степени по классификации Hulk и при проходимых маточных трубах. В случае отсутствия беременности повторное оперативное лечение не показано и супружеская пара направляется в клинику ЭКО. При наличии гидросальпинксов, невозможности восстановить проходимость маточных труб, третьей-четвертой степени спаечного процесса сразу показана программа ЭКО.

3.2. Эндометриоз

3.2.1. После лапароскопического удаления очагов эндометриоза, эндометриoidных кист яичников и сальпингоовариолизиса (при спаечном процессе в малом тазу) в течение трех – шести циклов в зависимости от стадии эндометриоза проводится терапия прогестагенами в непрерывном режиме, агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона, даназолом, эстроген-гестагенными препаратами. В случае отсутствия беременности в течение 12 месяцев после завершения комплексной терапии решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику ЭКО.

3.2.2. При третьей-четвертой степени спаечного процесса, нарушении проходимости маточных труб, невозможности полностью ликвидировать спаечный процесс на фоне проводимой патогенетически обоснованной терапии или сразу после ее окончания показаны ВРТ.

3.3. Мужской фактор бесплодия. В зависимости от показателей спермограммы и результатов клинического обследования мужа возможно проведение внутриматочной

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		34стр из 37 страниц

инсеминации спермой мужа или донора в течение трех – шести циклов на фоне стимуляции овуляции у жены. При неэффективности терапии показано ЭКО, нередко с проведением процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку.

3.4. *Сочетанное женское и мужское бесплодие.* Учитывая ранее проводимое длительное и безуспешное лечение, а также возраст пациентки (старше 35 лет), сразу после уточнения факторов бесплодия показано проведение ЭКО.

3.5. *Эндокринные формы бесплодия*

3.5.1. При отсутствии патологии маточных труб и спаечного процесса в малом тазу, учитывая характер гормональных нарушений (классификация ановуляции ВОЗ, 1998), показана терапия агонистами дофаминовых рецепторов [4, 11]. Стимуляция овуляции по стандартным протоколам проводится в течение 1–1,5 года [12–14]. В случае отсутствия адекватного стимулирующего эффекта в течение трех – шести циклов и подозрения на снижение фолликулярного запаса яичников пациентка направляется в клинику ЭКО.

3.5.2. При сочетании эндокринных форм бесплодия с трубно-перитонеальным фактором вопрос о терапии решается в зависимости от характера органической патологии.

Без предварительного обследования по предложенным алгоритмам в клинику ЭКО рекомендуется направлять супружеские пары в следующих случаях:

- хирургическое удаление обеих маточных труб;
- нарушение проходимости маточных труб по данным гистеросальпингографии;
- синдром резистентных или истощенных яичников;
- мужской и иммунный фактор бесплодия;
- возраст женщины старше 35 лет, независимо от выявленной патологии;
- длительность бесплодного брака более пяти лет и неэффективность ранее проводимой терапии;
- настоятельное желание пациентки воспользоваться методами ВРТ.

Супружескую пару должны предупредить о возможном дополнительном обследовании после консультации специалистами клиники ЭКО.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 10 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что такое бесплодный брак?
2. Каковы основные причины бесплодия в браке?
3. Какие бывают виды бесплодия?
4. Как часто встречается бесплодный брак?

Литература: а) основная литература:

1. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. : ил.
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. : ил.
3. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. 2012. - 432 с.: ил.
4. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. : ил.
5. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		35стр из 37 страниц

б) дополнительная литература:

6. Акушерство: учебник. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 656 с.: ил.
7. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
8. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие + CD / Под ред. О.В. Макарова.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
9. Гинекология. Клинические лекции : учеб.пособие / под ред. О. В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с. : ил.
10. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: руководство. Доброхотова Ю.Э., Бояр Е.А., Хейдар Л.А. и др. / Под ред. Ю.Э. Доброхотовой. 2009. - 312 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
12. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей.- М.: Литтерра, 2009. - 384 с.: ил. - (Серия "Практические руководства").
13. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с. : ил.
14. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. Диагностика и терапевтические программы с использованием методов восстановления естественной фертильности и вспомогательных репродуктивных технологий: руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 376 с. (Библиотека врача-специалиста).
15. Невынашивание беременности: руководство. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. 2013. - 136 с. :ил. (Серия "Практикующему врачу-гинекологу")
16. Гормональная контрацепция. Клинические лекции / В. Н. Прилепская. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с.
17. Здоровье женщины в климактерии: руководство. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. 2010. - 256 с. (Серия "Практические руководства")
18. Внутриматочная контрацепция. Прилепская В.Н., Тагиева А.В., Межевитинова Е.А. / Под ред. В.Н. Прилепской. 2010. - 176 с.
19. Аборт в I триместре беременности. Агеева М.И. и др. / Под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Куземина. 2010. - 224 с.
20. Безопасный аборт: руководство. Краснопольский В.И., Мельник Т.Н., Серова О.Ф. 2009. - 48 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=907349>
2. <https://www.garantiya-bor.ru/services/otdelenie-ginekologii-i-akusherstva/vms-vnutrimatochnye-sredstva-kontratseptsii/>.
3. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=107763>
4. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432501.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
5. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427583.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
6. <http://window.edu.ru>– единое окно доступа к образовательным ресурсам
7. <http://studmedlib.ru>– ЭБС «Консультант студента»;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		36стр из 37 страниц

8. <http://elibrary.ru> - российский информационный портал в области науки, медицины, технологии и образования;
9. <http://pubMed.com> – Национальная медицинская библиотека института здоровья США;
10. <http://e.lanbook.com> – электронно-библиотечная система — это ресурс, включающий в себя как электронные версии книг издательства «Лань» и других ведущих издательств учебной литературы, так и электронные версии периодических изданий по естественным, техническим и гуманитарным наукам.

з) Учебно-методическая

1. 1.Ю.А. Гуркин. Репродуктологические проблемы девушек-подростков. Пособие для врачей-курсантов. Выпуск 1. Санкт-Петербург, 1997 г. 2.Прилепская В.Н. Современные методы экстренной контрацепции. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999, №3. .Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология. Медпрактика - М. 2006
Источник: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=907349>
© Библиофонд
2. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 1 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой. - Ульяновск :УлГУ, 2003.– URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/139/trubnikova2.pdf>
3. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 2 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой . - Ульяновск :УлГУ, 2004.
4. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 3 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой. - Ульяновск :УлГУ, 2007. – URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/828/trubnikova7.pdf>
5. **Физиологическое акушерство** : учебно-методическое пособие / Л. И. Трубникова, Н. В. Вознесенская, В. Д. Таджиева и др.; под ред. Л. И. Трубниковой; УлГУ, ИМЭиФК, Каф. акушерства и гинекологии. - 3-е изд., перераб. и доп. - Ульяновск :УлГУ, 2018. – URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/1239/Trubnikova2018.pdf>