Кыштымский филиал ГБПОУ «Миасский медицинский колледж»

**Методическая разработка**

**практического занятия для преподавателя**

ОП.ОО Общеопрофессиональные дисциплины

ОПД 01: «Здоровый человек и его окружение»

раздел 3: «**Особенности женского и мужского организма в зрелом возрасте**»

по теме: «Современные методы контрацепции»

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Кыштым 2018г.

 Составлено в соответствии

 с ФГОС СПО

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рассмотренона заседании ЦМК ОПДПротокол №\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_2018г.Председ.ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Т.Ф. Зорина/ |    | «Утверждаю»Зам. директора по УВР Кыштымского филиала«Миасский медицинский колледж»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Е.Н. Борисова/«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2018г. |

Автор: М.А. Шестакова, преподаватель высшей квалифицированной категории

Рецензенты:

 Павлова О.В. – методист Кыштымского филиала «Миасский медицинский колледж», преподаватель высшей квалификационной категории

Пелымская М.В. – акушер - гинеколог ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева»

**Методическое** **пояснение**

Данная методическая разработка составлена для преподавателей в соответствии с требованиями ФГОС III поколения.

 Цель методической разработки оказать методическую помощь преподавателям в проведении практического занятия по теме: «Современные методы контрацепции», на которое, согласно рабочей программе выделено два практических занятия по 2 часа (4 часа).

Данная методическая разработка предназначена для проведения практических занятий с элементами работы по алгоритму, решением практических заданий.

В процессе подготовки к таким занятиям удается решить некоторые вопросы по организации самостоятельной работы. Мотивационный характер практического занятия дает возможность студентам узнать что-то новое, проверить свои знания, проявить ответственность за порученное дело.

Методическая разработка содержит дидактическую структуру, которая помогает преподавателю грамотно организовать ход практического занятия, логически выстроить процесс обучения студентов, направленный на компетентностный и практикоориентированный подходы на всех этапах практического занятия.

**Мотивация изучения темы**

В современном обществе подготовка к рождению детей и регуляция рождаемости имеют огромное значение как с позиции необходимости обеспечения соответственного экономического развития страны и роста населения, так и с позиции охраны здоровья матери и будущего поколения.

Раннее начало половой жизни (средний возраст первого полового контакта у девочек 13-15,8 лет), плохая информированность о методах регуляции рождаемости, короткий период послеродовой лактации приводят к тому, что около половины всех беременностей оказываются нежелательными и большая часть из них прерывается. В результате растет материнская заболеваемость и смертность, увеличивается число бесплодных браков, что негативно сказывается не только на здоровье женщины и ее будущих детей, но и на развитии общества в целом.

В этой связи трудно переоценить роль контрацепции как способа регуляции рождаемости, защищающего женщину от нежелательной беременности, а, следовательно, от всех тех неблагоприятных последствий, которые может повлечь за собой ее искусственное прерывание.

 Хорошее усвоение данной темы является залогом дальнейшего успешного понимания тем по курсу зрелого возраста и акушерства.

**Методическая цель практического занятия:**

Методика организации самостоятельной работы студентов на практическом занятии

**Дидактические:**

1. Повторение, закрепление и углубление знаний по теме.
2. Способствование организации самостоятельной деятельности на практическом занятии.

**Развивающие:**

1. Способствование развитию памяти, логического мышления, умения применять знания на практике.

2. Закрепление умения студентов работать с разными источниками информации, отвечать на вопросы, работать в команде.

**Воспитательные:** 1. Стремление воспитывать у студентов интерес к специальности;

2. Стремление воспитывать чувство взаимопомощи, обязательности;

3. Стремление воспитывать чувство ответственности и аккуратности.

**Междисциплинарные связи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Связи** | **ПМ, дисциплина** | **МДК**  | **Тема занятия, курса** |
| Сопутствующие | ОП.ОО Общеопрофессиональные дисциплиныОПД 01: «Здоровый человек и его окружение»Раздел: «Здоровый ребенок»ОП.ОО Общепрофессиональные дисциплиныОП. 03 Анатомия и физиология человека  |  | 1 курс «Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка»«Эндокринная система»«Анатомия женских половых органов» |
| Последующие | ПМ 01 Диагностическая деятельность | МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплинРаздел 4 Проведение диагностических исследований в акушерстве и гинекологии | 2 курс«Бесплодие» |

**Внутридисциплинарные связи**

Оплодотворение.

Развитие зародыша и плода.

Физиологическое течение беременности.

|  |  |
| --- | --- |
| **Методы** | **Методические приемы** |
| **1 уровень** – объяснительно-иллюстративный | ***словесные***: рассказ, беседа, работа с раздаточным материалом;***наглядные***: демонстрация видеофильма***практические*:**  |
| **2,3 уровень** – репродуктивный | работа по алгоритму, индивидуальный опрос, фронтальный опрос, решение тестовых заданий |
| **2,3 уровень** – проблемное изложение |  выявление проблем, возникающих во время беременности |
| **3 уровень** – частично- поисковый |  |
| **4 уровень** – исследовательский | исследовательская работа |

**Оснащенность занятия, наглядность:** методическая разработка практического занятия, методические указания для студентов, ноутбук, видеофильм

**знать:**

* понятие контрацепции
* виды контрацептивов;
* преимущества и недостатки контрацептивов;
* правила применения методов контрацепции.

**уметь:**

* обучать женщин правилам применения контрацептивов
* определять подходящий метод контрацепции

**Формируемые компетенции:**

ОК 1 Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2 Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 4 Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

OK 5 Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

ОК 6 Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7 Брать на себя ответственность за работу членов (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8 Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9 Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ПК 1.1 Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

**Место проведения занятия**: кабинет доклинической практики «Оказание акушерско-гинекологической помощи»

**Литература (основная, дополнительная):**

**Основная:**

Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса Здоровый человек и его окружение. Р-н-Д.: Феникс, 2014 – 383 с.

 **Дополнительная:**

Этапы жизнедеятельности человека и медицинские услуги в разные возрастные периоды. Учебное пособие для студентов медицинских училищ и колледжей. В.Р. Кучма, В.И. Донцов, А.А. Кожин Издательство «Мастерство» 2012 – 400 с.

**Структура занятия: 90 мин.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Организационный момент………1 минуты2. Изложение целей и плана……….3……….минуты3. Проверка уровня знаний……10 минут 4. Демонстрационная часть………10……минут | 5. Самостоятельная работа………..52……..минут6. Закрепление ……10 минут……7. Подведение итогов…………..2 .минуты8. Домашнее задание……………2………...минута |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы урока** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студентов** | **Формируе****мые компетен****ции** |
| **1** | **Организационный этап**(1 мин.) | Приветствие студентов. Проверка готовности аудитории к работе. Отмечаются отсутствующие. | Приветствуют преподавателя. | ОК1, ОК12 |
| **2** | **Изложение целей и плана** (3 мин) | Сообщает тему занятия: «Современные методы контрацепции»  | Внимательно слушают преподавателя | ОК2 |
| **3** | **Проверка исходного уровня знаний**(10 мин.) | Проводится индивидуальный опрос по теме: «Современные методы контрацепции» | Отвечают на вопросы преподавателя. (Приложение №1)Эталон ответов (Приложение №2) | ОК 4 |
| **4** | **Демонстрационная часть**(10 мин.) | Дает разъяснение по практической работе.Тема: «Современные методы контрацепции».Объясняет материал  | Слушают преподавателя и записывают в тетрадь учебный материал.(Приложение №3) | ОК 4 |
| **5** | **Самостоятельная работа студентов**(52мин.) | Преподаватель просит ознакомиться с видеофильмом «Современные методы контрацепции», после просмотра ответить на вопросы: 1) какой метод контрацепции предпочтителен; 2) какие осложнения могут, возникнут при не соблюдении правил приема контрацептивов; 3) какой метод нужно исключить из контрацепцииПреподаватель предлагает заполнить таблицу «Характеристика основных методов контрацепции» | Студенты смотрят, после просмотра отвечают на вопросы Заполняют таблицу используя раздаточный материал (Приложение№3№4, №5 ) | ОК 5, 6 |
| **6** | **Закрепление материала**(10 мин.) | Преподаватель предлагает закрепить пройденный материал с помощью выполнения тестового задания. Затем просит поменяться работами с соседом по парте и оглашает эталон ответов и просит их проверить и выставить оценки | Студенты решают тестовое задание. После чего обмениваются работами, проверяют ошибки и выставляют оценки. При необходимости задают вопросы, вызвавшие у них затруднения. (Приложение №6)эталон ответов(приложение № 7) | ОК7 |
|  | **Оформление тетрадей**  (по ходу занятия) | Проверяет ведение записей в рабочей тетради. | Аккуратно ведут записи в рабочей тетради. | ОК8 |
| **7** | **Подведение итогов занятия**(2 мин.) | Просит студентов дать оценку своей работе *(рефлексия):*- Что понравилось на практическом занятии? - Что не понравилось?  - Какие моменты темы показались более интересными?- Какие сделаны выводы по пройденному материалу?Обсуждает итоги работы студентов, отмечает положительные и отрицательные моменты в работе каждого студента. Аттестует их. | Студенты оценивают свою работу.Отвечают на поставленные вопросы. | ОК8 |
| **8** | **Задание на дом** (2 мин.) | Подготовить тему «Современные методы контрацепции» Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса Здоровый человек и его окружение. Р-н-Д.: Феникс, 2014 стр.245-291 | Записывают домашнее задание. | ОК 9 |

**Приложение №1**

**Проверка домашнего задания**

 Ответить на вопросы. Дать определение.

1. Дайте определение термину «контрацепция»

2. Перечислите требования, которым должны отвечать современные контрацептивы

3. Перечислите методы контрацепции

4. Охарактеризуйте гормональную контрацепцию

5. Охарактеризуйте внутриматочную контрацепцию

6. Охарактеризуйте хирургическую стерилизацию

7. Охарактеризуйте посткоитальную контрацепцию

8. Охарактеризуйте барьерные механические методы контрацепции

9. Охарактеризуйте барьерные химические методы контрацепции

10. Охарактеризуйте прерванный половой акт как метод контрацепции

11. Охарактеризуйте естественные методы контрацепции

**Приложение №2**

**Эталон ответов**

**1. Дайте определение термину «контрацепция»**

Контрацепция (ново лат. contraceptio - противозачатие, от лат. contra - против и conceptio - зачатие), методы и средства предупреждения беременности.

**2. Перечислите требования, которым должны отвечать современные контрацептивы**

При выборе того или иного метода контрацепции следует ориентироваться на следующие критерии, позволяющие подобрать лучший
способ предохранения от непланируемой беременности:
• ***безопасность для здоровья.*** Важно, чтобы применяемые
методы не наносили вред здоровью каждого из партнеров, побочные эффекты были бы сведены к минимуму;
• ***эффективность.*** Выбранный метод должен надежно предупреждать нежелательную беременность, т.е. быть максимально эффективным. Эффективность того или иного метода
определяется по типичной частоте неудач — числу беременностей на 100 человек, использовавших данный метод в течение
года;
• ***простота применения.*** Важным моментом является возможность выбора таких контрацептивов, которые не требуют
длительной или специальной подготовки и могут быть использованы партнерами самостоятельно, без вмешательства медицинских работников (как, например, при применении внутриматочных средств или гормональных препаратов);
• ***доступность.*** Имеет значение стоимость средства, а также возможность иметь легкий доступ к нему (купить в аптеке,
получить в медицинском учреждении);
• ***приемлемость.*** Важно выбрать такое средство, которое
учитывало бы состояние здоровья человека, его анатомические, физиологические особенности, личные предпочтения,
религиозные убеждения, не препятствовало бы получению
сексуального удовлетворения обоими партнерами;
• ***обратимость.*** Соблюдение этого условия особенно важно
для тех семей, которые хотят иметь детей в будущем. Хирургические методы предотвращения беременности часто являются
необратимыми и должны применяться только в тех случаях,
когда есть уверенность, что человек никогда не захочет иметь
детей, или по медицинским показаниям.

**3. Перечислите методы контрацепции**

К традиционным методам можно отнести:
• барьерные (механические);

• спермицидные (химические);

• биологические (естественные);

• прерванное половое сношение.

К современным методам контрацепции относят:

• внутриматочную контрацепцию;

• гормональную контрацепцию;

• хирургическую стерилизацию.

**4. Охарактеризуйте гормональную контрацепцию**

Самым распространенным в мире в настоящее время и наиболее эффективным из обратимых является метод гормоналъной контрацепции. Этот метод основан на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов, действующих на различных уровнях системы гипоталамус—гипофиз—яичники—матка—маточные трубы. Помимо собственно контрацептивного действия, эти препараты обладают и выраженными лечебными свойствами при некоторых гинекологических заболеваниях.

**5. Охарактеризуйте внутриматочную контрацепцию**

Одним из наиболее распространенных и высокоэффективных методов предупреждения нежелательной беременности в настоящее время является метод ***внутриматочной контрацепции.*** Суть метода заключается во введении в полость матки специальных устройств, называемых внутриматочными контрацептивами (ВМК) или внутриматочными средствами (ВМС).

**6. Охарактеризуйте хирургическую стерилизацию**

Медицинская стерилизация может быть осуществлена как у мужчин, так и у женщин, причем мужская стерилизация имеет ряд преимуществ. Суть метода при производстве хирургической стерилизации у мужчин — в блокировании поступления сперматозоидов по семявыносящим протокам, которое может быть достигнуто путем вазэктомии — пересечением под местной анестезией семявыносящих протоков с последующей их перевязкой.

Женская стерилизация достигается путем окклюзии маточных труб, что создает их непроходимость, предотвращает контакт яйцеклетки и сперматозоида и делает оплодотворение невозможным. С помощью лапароскопической техники
осуществляют пересечение, перевязку или пережатие маточных труб с помощью механических средств (скобок или колец), блокируя их проходимость.

**7. Охарактеризуйте посткоитальную контрацепцию**

*Посткоиталъная, или экстренная, контрацепция* применяется с целью предупреждения нежелательной беременности после полового акта, при котором не использовались другие методы. К методам экстренной контрацепции прибегают в
чрезвычайных ситуациях, например при изнасилованиях, сомнениях в целостности презерватива, смещениях диафрагмы. В назначении посткоитальной контрацепции могут нуждаться женщины, редко живущие половой жизнью, молодые женщины, у которых беременность может наступить после первого полового акта. Таким образом, целью этого метода явля­ется предотвращение нежелательной беременности после незащищенного полового акта на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации.
Для экстренной контрацепции применяют два основных метода:
• использование гормональных препаратов;

• введение внутриматочного контрацептива.

**8. Охарактеризуйте барьерные механические методы контрацепции**

Суть *барьерных методов* — в механическом препятствовании проникновения сперматозоидов в полость матки. Эти методы достаточно эффективны, доступны, они абсолютно обратимы, т.е. после прекращения их использования полностью восстанавливается способность к деторождению, вероятность возникновения побочных реакций при их использовании невелика.

Существуют мужские и женские барьерные методы контрацепции.
К ***мужским*** барьерным методам относят применение презерватива. Презерватив (от лат. ргаезеуаге — предохранять) представляет собой тонкий чехол толщиной около 1 мм, длиной около 10 см и шириной 2—2,5 см с колечком на открытом конце, не дающим ему сползти с полового члена.

К женским барьерным методам относят использование
влагалищных диафрагм, шеечных (цервикальных) колпачков
или контрацептивных губок, которые также препятствуют
проникновению спермы в цервикальный канал. В последнее
время разработаны и другие барьерные средства для женщин
(влагалищные кольца, женские презервативы, одноразовые
диафрагмы).

**9. Охарактеризуйте барьерные химические методы контрацепции**

К *химическим* (*спермицидным*) методам контрацепции относят применение различных химических агентов, инактивирующих сперму во влагалище и препятствующих их проникновению в матку. Спермициды обладают также некоторым защитным действием против ряда заболеваний, передающихся половым путем, снижают риск развития воспалительных процессов органов малого таза. Они достаточно просты и удобны в применении, доступны, действие их кратковременно, т.е. абсолютно обратимо, не имеют серьезного побочного
действия, увеличивают эффективность других методов контрацепции (презервативов, диафрагм, ВМС).

**10. Охарактеризуйте прерванный половой акт как метод контрацепции**

Одним из самых древних и широко распространенных методов предохранения от зачатия, по-видимому, является ***прерванное половое сношение (coitus interruptus),*** требующее участия и ответственности обоих партнеров, дисциплинированности и точного расчета. Суть метода заключается в быстром
извлечении полового члена из влагалища перед самым семяизвержением. При этом мужчина должен внимательно следить за признаками приближающейся эякуляции и быть готовым прекратить сношение при первых признаках оргазма,
однако такое поведение противоречит физиологическим процессам, протекающим при сношении, сексуальным инстинктам обоих партнеров, снижает полноту сексуального удовлетворения как у мужчины, так и у женщины. Кроме того, существует вероятность попадания сперматозоидов с выделениями, появляющимися из пениса в самом начале эрекции,
поэтому эффективность данного метода невысока: беременность наступает в 4—20 % случаев.

**11. Охарактеризуйте естественные методы контрацепции**

***Календарный (ритмический)*** метод является самым распространенным и наиболее доступным из всех методов периодического воздержания. Он предполагает фиксацию по крайней мере 6—8 последних менструальных циклов женщины, т.е. ведение менструального календаря, в котором отмечаются начало и длительность каждого менструального цикла. Таким образом устанавливается самый короткий и самый длинный цикл.

*Температурный* метод основан на определении времени
наступления овуляции путем ежедневного утреннего измерения базальной температуры тела и исходит из существования
связи между снижением температуры тела и овуляцией. Базальная температура определяется как минимальная температура тела человека в период бодрствования. Для определения предовуляторного дня, когда базальная температура снижается на несколько десятых градуса, необходимо записывать
данные о температуре тела в таблицу или в виде линейной
диаграммы, на которой образуется зубец, обращенный книзу.

**Приложение №3**

Характеристика современных методов контрацепции

Составной частью проблемы планирования семьи является возможность предупреждения нежелательной беременности. Эта возможность позволяет делать осознанный выбор — использовать или не использовать те или иные методы контрацепции, учитывая индивидуальные мотивы, обстоятельства и убеждения.

Все методы контрацепции можно подразделить на хирургические и нехирургические, традиционные и современные, мужские и женские.
Хирургические и нехирургические методы могут быть как мужскими, так и женскими; традиционные также могут быть использованы обоими партнерами.
К традиционным методам можно отнести:
• барьерные (механические);

• спермицидные (химические);

• биологические (естественные);

• прерванное половое сношение.

К современным методам контрацепции относят:
• внутриматочную контрацепцию;

• гормональную контрацепцию;

• хирургическую стерилизацию.

В качестве контрацептивного метода можно использовать и воздержание, но этот способ требует сильной воли, кроме того, он не физиологичен, но абсолютно надежен.
**Суть барьерных методов** — в механическом препятствовании проникновения сперматозоидов в полость матки. Эти методы достаточно эффективны, доступны, они абсолютно обратимы, т.е. после прекращения их использования полностью восстанавливается способность к деторождению, вероятность возникновения побочных реакций при их использовании невелика. Современные защитные средства сделаны из латекса, поэтому их не следует смазывать вазелином, так как нефтепродукты нарушают эластичность и непроницаемость
латекса; можно использовать кремы на водной основе. Барьерные методы при их использовании в качестве контрацептивного средства применяют при каждом половом акте.
 Существуют мужские и женские барьерные методы контрацепции.
К мужским барьерным методам относят применение презерватива. Презерватив (от лат. ргаезеуаге — предохранять) представляет собой тонкий чехол толщиной около 1 мм, длиной около 10 см и шириной 2—2,5 см с колечком на открытом конце, не дающим ему сползти с полового члена. Презервативы могут выпускаться с резервуаром для эякулята или без него, могут иметь смазку или спермицид (снаружи или внутри) и различные приспособления для усиления сексуального удовлетворения женщины. Презерватив надевается на
эрегированный половой член непосредственно перед половым актом, после его окончания презерватив снимают до полного расслабления члена.
**ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ!** Каждый презерватив может быть использован только один раз, повторное его использование недопустимо.
При систематическом использовании презервативов его эффективность составляет 88—98 %, надежность презерватива как контрацептивного средства повышается при его комбинации со спермицидами. Помимо применения презервативов с целью предупреждения нежелательной беременности, их используют как эффективное средство защиты от заболеваний, передающихся половым путем.
Однако использование презервативов не лишено недостатков. К ним можно отнести:
• необходимость постоянного применения;

• надевание презерватива может нарушить половой акт;

• снижение чувствительности и сексуального удовлетворения при использовании презерватива;

• неспособность некоторых мужчин сохранять эрекцию
при надетом презервативе;

• возможность возникновения аллергической реакции на латекс;

• необходимость сознательного и ответственного подхода к выбору этого средства: недопустим контакт между половыми органами партнеров, сперма не должна попадать на гениталии женщины;

• невозможность использования презервативов мужчинами с нарушенной и ослабленной эрекцией.
 К женским барьерным методам относят использование влагалищных диафрагм, шеечных (цервикальных) колпачков или контрацептивных губок, которые также препятствуют проникновению спермы в цервикальный канал. В последнее время разработаны и другие барьерные средства для женщин (влагалищные кольца, женские презервативы, одноразовые диафрагмы).

Диафрагма представляет собой полушаровидное устройство из латекса с гибким ободком по внешней кромке, помогающим удерживать ее на месте во влагалище. Диафрагмы бывают разных размеров и подбираются врачом или медицинской сестрой (акушеркой) индивидуально в зависимости от анатомических особенностей женщины. Важным условием эффективности диафрагмы является правильное определение ее размера медицинским работником, а также умение женщины верно устанавливать это защитное средство, поэтому врач или медицинская сестра должны детально проинструктировать женщину и обучить ее процедуре установки и извлечения диафрагмы. Ежегодно необходимо контролировать соответствие размера диафрагмы и половых органов женщины, такой контроль необходим также после родов, абортов, выкидышей или резкого изменения массы тела.
Перед применением диафрагмы ее необходимо проверить на отсутствие повреждений и нанести на ее поверхность спермицид. Устанавливается диафрагма самой женщиной за 1—1,5 ч до полового акта. Для установки необходимо одной рукой сжать диафрагму, другой развести половые губы и ввести диафрагму глубоко во влагалище так, чтобы ее задний ободок находился в заднем своде влагалища, передний касался лобковой кости, а купол полностью покрывал шейку матки. После этого следует проверить положение диафрагмы.
При обучении этой процедуре медицинская сестра должна сама проверить правильность установки диафрагмы.

После полового акта диафрагму оставляют на месте в течение 6—8 ч для того, чтобы все сперматозоиды погибли. При повторном сношении до истечения этого срока следует дополнительно ввести аппликатором спермицид. Удаление диафрагмы производится указательным пальцем путем подтягивания ее за передний край. Затем ее моют теплой водой с мылом, прополаскивают и высушивают. Диафрагму можно поместить на 20 мин в 50—70 % спиртовой раствор. Хранят диафрагму в темном прохладном месте в закрытом контейнере.

При постоянном и правильном применении диафрагмы беременность в течение года наступает у 3—6 % женщин, за счет ошибок при использовании этого метода (неправильный подбор размера, неверное введение, неаккуратное извлечение) процент наступления незапланированных беременностей увеличивается до 18.
Среди недостатков метода можно отметить:
• необходимость предварительного определения размера и обучения;

• возможность возникновения аллергических реакций на латекс;
• возможные отрицательные реакции на прикосновение к собственным половым органам у некоторых женщин;

• необходимость оставлять диафрагму во влагалище на 6— 8 ч после сношения.
 Кроме того, существуют и противопоказания к применению этого метода, поэтому перед решением использовать
диафрагму в качестве контрацептивного средства женщине необходимо пройти гинекологический осмотр.
 Цервикальный (шеечный) колпачок — это защитное средство, имеющее форму наперстка или небольшой чашечки с ободком, изготовленное из латекса, которое надевается на шейку матки. Имеется несколько типов и размеров колпачков, которые подбираются индивидуально во время осмотра по форме, размерам шейки матки. Применение колпачка сходно с использованием диафрагмы, но он более плотно охватывает шейку матки, что уменьшает вероятность попадания спермы в полость матки. Цервикальные колпачки могут использоваться как с применением спермицида, так и без него.
 Использование спермицида позволяет добиться большей эффективности, поэтому перед установкой рекомендуется нанести небольшое количество (примерно 7з объема колпачка) спермицида внутрь колпачка и на его ободок. Колпачок вводят перед половым актом глубоко во влагалище так, чтобы ободок прочно наделся на шейку матки. Установка колпачка требует определенных навыков, поэтому женщину необходимо предварительно обучить этому, проверив правильность выполнения манипуляции. Извлечение цервикального колпачка производят не позднее 6—8 ч после сношения. Не рекомендуется оставлять его на месте более 24 ч. После использования колпачок тщательно промывают и хранят в закрытом контейнере.
Эффективность применения колпачков составляет 82—84 %. Противопоказаниями к использованию являются воспалительные заболевания половых органов, период в 6—8 нед после родов, патология шейки матки и др., поэтому необходим предварительный осмотр врачом. Не следует использовать колпачок во время менструации. Недостатки этого метода контрацепции во многом схожи с применением диафрагмы, кроме того, колпачок не предохраняет от венерических заболеваний, он труднее устанавливается и извлекается, продолжительное его применение может вызвать раздражение шейки матки.
Сочетанным действием — барьерным и химическим — обладают контрацептивные губки, которые в настоящее время изготавливаются из полиуретана и пропитываются спермицидом, поэтому нет необходимости его дополнительного введения. Контрацептивная губка препятствует попаданию спермы в цервикальный канал, впитывая ее, и выделяет спермицидное вещество, обеспечивая тем самым немедленную и длительную — до 24 ч — защиту. Губки упаковываются в индивидуальные герметические пакеты, сохраняющие необходимую влажность. Размер губки универсален, поэтому нет необходимости индивидуального подбора, и губка может быть использована женщиной самостоятельно, для чего ее необходимо просто ввести рукой или аппликатором глубоко во влагалище, где она расширяется, заполняя все пространство вокруг шейки матки. Извлекают контрацептивную губку с помощью нити спустя минимум 6 ч после сношения, затем ее выбрасывают. Повторное использование губки недопустимо, так как в результате промывания значительная часть спермицида удаляется, что существенно снижает ее эффективность. При постоянном использовании контрацептивной губки беременность в течение года наступает у 9—18 % нерожавших и у
20—36 % рожавших женщин.

Из недостатков контрацептивной губки можно отметить:
• трудности при введении и удалении губки у некоторых женщин;
• анатомические особенности строения половых органов, препятствующие правильному положению губки;
• возможные аллергические реакции на полиуретан;
• слишком сильную впитывающую способность губки, что может приводить к сухости влагалища;
• самопроизвольное удаление губки при активной перистальтике кишечника;
• риск развития токсического шока.
 К химическим (спермицидным) методам контрацепции относят применение различных химических агентов, инактивирующих сперму во влагалище и препятствующих их проникновению в матку. Спермициды обладают также некоторым защитным действием против ряда заболеваний, передающихся половым путем, снижают риск развития воспалительных процессов органов малого таза. Они достаточно просты и удобны в применении, доступны, действие их кратковременно, т.е. абсолютно обратимо, не имеют серьезного побочного
действия, увеличивают эффективность других методов контрацепции (презервативов, диафрагм, ВМС).

Спермициды выпускаются в виде кремов, гелей, аэрозольной пены, растворимых или пенящихся таблеток, свечей.
Свечи, таблетки вводят во влагалище за 10—15 мин до полового акта, используя палец или специальный проводник.

Кремы, гели можно вводить с помощью специального аппликатора непосредственно перед сношением, аэрозольная пена образуется при выдавливании ее из емкости. Самым эффективным средством является аэрозольная пена, распределяющаяся ровным слоем по поверхности влагалища и плотно закрывающая маточный зев. Применение спермицидов обеспечивает определенную эффективность: беременность в течение года при правильном применении этого метода наступает в 3—6 % случаев, но за счет ошибок эта цифра может возрастать до 21 %.
Однако применение спермицидов имеет некоторые недостатки, к числу которых относят:
• относительно невысокую эффективность, особенно при изолированном применении;

• местное раздражающее действие;

• возможный дискомфорт при половом сношении;

• необходимость ждать начала действия при использовании спермицидов в виде свечей и таблеток;
• необходимость дополнительного введения спермицида при каждом последующем половом сношении.

Одним из самых древних и широко распространенных методов предохранения от зачатия, по-видимому, является **прерванное половое сношение** (coitus interruptus), требующее участия и ответственности обоих партнеров, дисциплинированности и точного расчета. Суть метода заключается в быстром извлечении полового члена из влагалища перед самым семяизвержением. При этом мужчина должен внимательно следить за признаками приближающейся эякуляции и быть готовым прекратить сношение при первых признаках оргазма,однако такое поведение противоречит физиологическим процессам, протекающим при сношении, сексуальным инстинктам обоих партнеров, снижает полноту сексуального удовлетворения как у мужчины, так и у женщины. Кроме того, существует вероятность попадания сперматозоидов с выделениями, появляющимися из пениса в самом начале эрекции, поэтому эффективность данного метода невысока: беременность наступает в 4—20 % случаев. К преимуществам данного метода относятся отсутствие материальных затрат, отсутствие
необходимости использовать какие-либо приспособления и химические вещества, меньшая ответственность женщины.
Из недостатков отмечаются:

• невозможность полностью избежать попадания во влагалище выделений из полового члена, которые могут содержать жизнеспособные сперматозоиды;
• трудность в точном определении момента эякуляции;

• сложности контроля ощущений в момент пика сексуального возбуждения;
• частая неудовлетворенность женщины из-за внезапного прекращения фрикций.
Тем не менее и в данном случае решение по использованию данного метода должны принимать сами партнеры.

Одним из наиболее распространенных и высокоэффективных методов предупреждения нежелательной беременности в
настоящее время является метод внутриматочной контрацепции. Суть метода заключается во введении в полость матки специальных устройств, называемых внутриматочными контрацептивами (ВМК) или внутриматочными средствами (ВМС). Этот метод обладает целым рядом достоинств, среди которых можно отметить обратимость после удаления контрацептива, высокую эффективность, отсутствие влияния на уровень гормонов.
В настоящее время существует значительное количество видов ВМС, которые различаются по форме, размерам, жесткости, наличию в составе гормональных или химических (медь, серебро) средств. Все ВМС можно подразделить на следующие типы:
 • инертные, изготовленные из полиэтилена, чаще 8-образной формы (петля Липпса), не содержащие никаких дополнительных веществ. Эти ВМС относятся к первому поколению.
 Частота наступления беременности при их использовании в течение года составляет 5—6 %. В настоящее время этот тип ВМС запрещен в большинстве стран мира в связи с относительно низкой эффективностью и большой вероятностью развития побочных реакций и осложнений;
 • медьсодержащие, имеющие в составе медные добавки, которые существенно повышают эффективность и способствуют уменьшению частоты возможных осложнений. Они могут иметь Т-образную или другую форму, выпускаются различных размеров, могут иметь разную площадь поверхности меди. Считают, что увеличение площади медной поверхности повышает длительность использования и эффективность данного типа ВМС. Некоторые ВМК наряду с медью содержат серебро, замедляющее процессы коррозии медной проволоки, увеличивая тем самым длительность использования контрацептива. Медьсодержащие ВМС в зависимости от формы, площади медной поверхности, наличия серебра могут использоваться в течение 3—8 лет. Эффективность медьсодержащих ВМС зависит от площади медной поверхности: частота наступления беременности при площади медной поверхности 200 мм2 составляет 2 % (у более современных моделей 1 — 1,5 %), при площади 300 мм2 — 0,4—0,5 %;

• гормоносодержащие, которые с постоянной скоростью выделяют гормональные соединения (прогестерон, левоноргестрел и др.), находящиеся в резервуарах различной формы с проницаемой полимерной мембраной. Появление таких ВМС еще более увеличило эффективность их использования; так,
частота наступления беременности при использовании средства, выделяющего левоноргестрел, составляет 0,3 %.
Не вызывает сомнения эффективность применения ВМК в качестве средства, препятствующего наступлению беременности, однако механизм их действия окончательно не установлен. В настоящее время существует несколько теорий, объясняющих этот механизм. К наиболее популярным относятся:

• теория асептического воспаления;

• теория абортивного действия;

• теория ускоренной перистальтики маточных труб;

• теория изменения физико-химических свойств эндометрия и слизи цервикального канала.
Однако, скорее всего, контрацептивное действие ВМС обусловлено действием нескольких факторов, препятствующих развитию беременности.
Подбор типа ВМС, его размера осуществляются врачом после предварительного обследования, включающего:

• сбор анамнеза с целью исключения возможных противопоказаний к установке ВМС;
• бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала, влагалища и уретры;
• клинические анализы крови;

• анализ мочи;

• ультразвуковое исследование для уточнения размеров матки и исключения гинекологических заболеваний.

 Внутриматочная контрацепция показана женщинам, не планирующим беременность в ближайшее время и нуждающимся в длительном предохранении от зачатия, но она имеет ряд противопоказаний, которые, согласно рекомендациям ВОЗ, делятся на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям к введению ВМС относятся:
• злокачественные новообразования матки;

• кровотечения из влагалища неясного происхождения;

• предполагаемая или существующая беременность;

• воспалительные процессы органов малого таза.

К относительным противопоказаниям относятся:

• отсутствие в анамнезе родов;

• наличие в анамнезе внематочной беременности;

• заболевания крови, в том числе анемия;

• нарушения менструальной функции;

• пороки развития матки;

• множественная миома\* матки;

• эндометриоз;

• ревматические заболевания сердца и хронические экстрагенитальные заболевания воспалительного характера с частыми обострениями;

• тяжелые аллергические реакции.

 Именно поэтому, прежде чем посоветовать женщине применение ВМС и направить ее на консультацию к врачу, медицинская сестра должна выяснить все возможные противопоказания к использованию этого метода.
Считают, что ВМС можно вводить в любой день менструального цикла, но лучшие условия для этого возникают на 4—8-й день, когда слизистая оболочка матки менее ранима, а цервикальный канал приоткрыт. Кроме того, в это время легче исключить наличие беременности. По данным ряда исследователей, ВМС можно вводить и после искусственного неосложненного аборта, произведенного на ранних сроках беременности (7—9 нед), при производстве аборта в более поздние сроки (10—12 нед) введение ВМС признается нецелесообразным из-за увеличения риска маточных кровотечений. Важным является вопрос о сроках введения ВМС после родов. Оптимальным считается срок от 2 до 5 мес после родов: более раннее введение увеличивает риск самопроизвольного выпадения ВМС.
Введение ВМС, как правило, не вызывает болезненных ощущений, хорошо переносится женщинами и не требует
обезболивания.
**ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ!** В течение первой недели после введения ВМС не рекомендуются половая жизнь и интенсивные физические нагрузки.
Женщины, которые используют ВМС в качестве контрацептивного средства, обязательно должны наблюдаться врачом, не менее двух раз в год им необходимо проведение бактериоскопического исследования отделяемого из цервикального канала, влагалища, уретры, а первый врачебный осмотр производится уже через 7—10 дней после введения ВМК, после которого может быть разрешена половая жизнь без использования других контрацептивов. Следующий осмотр проводится через 3 мес.
Удаление ВМС производится по истечении срока его эффективного действия, по желанию женщины, в некоторых случаях по медицинским показаниям из-за возникших осложнений, а также через год после наступления у женщины менопаузы.
К недостаткам метода можно отнести:

• риск возникновения осложнений (перфорация матки, нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания органов малого таза в первые 20 дней после введения);
• риск внематочной беременности в течение первых месяцев после удаления;
• возможность изгнания ВМС из матки;

• риск возникновения заболеваний, передающихся половым путем;

• необходимость периодически менять это средство;

• необходимость проверять наличие нити перед сношением.

 Однако тщательный отбор пациенток, их информирование о положительных и отрицательных сторонах метода, правильный подбор типа и размера ВМС, соблюдение методики введения повышают приемлемость внутриматочной контрацепции.
Самым распространенным в мире в настоящее время и наиболее эффективным из обратимых является метод гормоналъной контрацепции. Этот метод основан на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов, действующих на различных уровнях системы гипоталамус—гипофиз—яичники—матка—маточные трубы. Помимо собственно контрацептивного действия, эти препараты обладают и выраженными лечебными свойствами при некоторых гинекологических заболеваниях.
В зависимости от состава и метода их применения существующие в настоящее время гормональные контрацептивы подразделяют на три большие группы:
1) комбинированные, содержащие эстроген и гестаген.
Они делятся на моно-, двух- и трехфазные;
2) прогестинсодержащие, в состав которых входит только прогестин (синтетический прогестерон). Они подразделяются на:

• мини-пили, состоящие из микродоз гестагенов,

• пролонгированные инъекционные препараты,

• подкожные имплантаты,

• влагалищные кольца, содержащие препараты, обеспечивающие контрацепцию в течение 1—6 мес;

3) посткоитальные препараты, содержащие большие дозы эстрогенов, гестагенов, кортикостероидов.
 Таким образом, наличие большого количества разнообразных гормональных контрацептивов позволяет подобрать индивидуально подходящий препарат и способ его введения, при этом, однако, следует учитывать, что к применению этого метода существуют как абсолютные, так и относительные противопоказания.
К абсолютным противопоказаниям относятся:
• тромбофлебит или тромбоэмболические осложнения в прошлом или настоящем;

• цереброваскулярные нарушения или поражение коронарных сосудов сердца;

• мигрень;

• острые заболевания печени;

• беременность или подозрение на беременность;

• кровотечения из половых органов неясного происхождения;

• злокачественные новообразования.

 Среди относительных противопоказаний, решение по которым принимается в каждом конкретном случае с учетом индивидуальных особенностей организма, наличия вредных привычек, имеющихся заболеваний, следует обратить внимание на:
• сочетание курения и возраста старше 35 лет;

• артериальную гипертонию или повышение давления во время беременности;

• ожирение;

• сахарный диабет;

• хронический холецистит и гепатит;

• варикозное расширение вен;

• эпилепсию, приступы депрессии;

• нарушения менструального цикла.

Эти относительные противопоказания в большей мере необходимо учитывать при назначении комбинированных препаратов с высоким содержанием гормональных компонентов.
Препараты с минимальным содержанием гормонов, получающие все большее распространение, как правило, не дают выраженных побочных реакций и осложнений.
Тем не менее, прежде чем начать принимать гормональные контрацептивы, женщине необходимо пройти обследование, включающее:
• сбор анамнеза с целью исключения возможных противопоказаний к применению гормональных контрацептивов;

• гинекологический осмотр;

• исследование молочных желез;

• измерение артериального давления;

• тест Папаниколау;

• клинические анализы крови и анализ на содержание глюкозы в крови;

• анализ мочи общий и на сахар.

На основании результатов обследования, с учетом противопоказаний врач назначает препарат, наиболее подходящий в каждом конкретном случае.
**ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ!** Решение о выборе конкретного препарата принимает только врач, прошедший специальную подготовку по гормональной контрацепции.
Монофазные комбинированные препараты содержат постоянную дозу эстрогенов и гестагенов, их соотношение может быть различным в разных препаратах. Эти препараты обладают высокой надежностью и выраженным лечебным действием при многих гинекологических заболеваниях, что является важным преимуществом перед препаратами других типов.

Д вух- и трехфазные препараты представляют собой таблетки с разным составом, что позволяет имитировать колебания уровня гормонов яичников, характерные для нормального менструального цикла, а при нарушениях менструального цикла эти препараты оказывают и лечебное действие. Преимуществом этих препаратов является отсутствие влияния на содержание холестерина в крови, липидный обмен и свертывающую систему крови, а также наименьшее вмешательство в естественное течение циклических процессов в репродуктивной системе женщины. Однако в некоторых случаях много­ фазные препараты могут способствовать развитию гиперпластических процессов в эндометрии, молочных железах, стимулировать развитие кистозных образований в яичниках.

Прогестинсодержащие препараты за счет входящих в его состав гестагенов подавляют овуляцию, если они применяются в больших дозах; микродозы гестагенов обеспечивают контрацептивный эффект за счет повышения вязкости цервикальной слизи и торможения секреторных изменений эндометрия. Эти препараты не оказывают существенного влияния на свертывающую систему крови, липидный обмен, функцию печени.
 К преимуществам этих препаратов можно отнести возможность применения при лактации уже через 6 нед после
родов, у женщин более старшего репродуктивного возраста, при некоторых экстрагенитальных заболеваниях.
В отличие от комбинированных препаратов гестагенные пероральные препараты (мини-пили), которые содержат микродозы гестагенов, принимают ежедневно с первого дня менструального цикла в постоянном режиме. Побочные явления, которые могут наблюдаться при приеме гестагенных препаратов (нарушения менструального цикла, проявляющиеся в межменструальных кровянистых выделениях, аменорее; тошнота, рвота, депрессия, изменение массы тела и др.), при использовании мини-пили встречаются реже, поэтому их можно рекомендовать женщинам старше 35 лет или тем, кто страдает от головных болей, гипертонии или варикозного расширения вен.
Инъекционные контрацептивы, обладающие пролонгированным действием, пользуются во всем мире большой популярностью из-за их высокой эффективности (беременность наступает менее чем у 1 % женщин, использующих данный метод), относительно редкого введения препарата (наиболее широко применяемый препарат депо-провера вводится один раз в 3 мес — нет необходимости принимать таблетки ежедневно). Первая инъекция препарата производится внутримышечно в первые 5 дней после начала менструации; после аборта инъекцию можно делать сразу же, а после родов — через 6 нед. Однако у препаратов этой группы существуют абсолютные и относительные противопоказания, во многом совпадающие с противопоказаниями для гормональной контрацепции. Кроме того, возможны и побочные реакции в период введения этих контрацептивов в виде нарушений менструального цикла, головных болей, нагрубания молочных желез, снижения либидо, увеличения массы тела. Чаще эти проявления побочного действия препаратов не носят ярко выраженного характера и исчезают самостоятельно в течение первых месяцев контрацепции. Отрицательным моментом в использовании данного метода можно считать и отсроченное восстановление фертильности — восстановление репродуктивной функции наступает через 0,5—2 года после прекращения введения препарата, поэтому их не следует рекомендовать женщинам, планирующим беременность в ближайшее время.

Подкожные имплантаты (Норплант) состоят из небольших (2,4 мм в диаметре) мягких силастиковых капсул, содержащих левоноргестрел. Капсулы имплантируются под кожу плеча через небольшой кожный разрез. Эта операция должна выполняться под местной анестезией специально обученным персоналом. Контрацептивный эффект достигается за счет медленного непрерывного выделения препарата в кровоток, проявляется уже через сутки после введения норпланта и продолжается приблизительно в течение 5 лет. Капсулы удаляют через 5 лет. Они могут быть удалены и ранее — по просьбе женщины, в случае беременности, повторяющихся
сильных головных болей, острого заболевания печени, инфекции в области введения капсул при неэффективном лечении антибиотиками и/или местными средствами.
Таким образом, гормональная контрацепция имеет много достоинств, но и она не лишена недостатков, к числу которых можно отнести:
• риск развития тромбозов, особенно у курящих женщин и женщин старше 35 лет;

• увеличение риска развития гипертонии;

• риск ухудшения течения сахарного диабета;

• увеличение риска развития желчнокаменной болезни;

• подавление лактации при применении препаратов с большими дозами гормонов, использование препаратов с микродозами не влияет на количество и качество молока;
• необходимость ежедневного приема препаратов (мини-пили);

• возможное развитие побочных реакций (особенно в первые несколько циклов);

• постоянные расходы (при применении оральных контрацептивов).

Женщинам, использующим плановую гормональную контрацепцию, необходимо регулярное наблюдение врача.

Посткоиталъная, или экстренная, контрацепция применяется с целью предупреждения нежелательной беременности после полового акта, при котором не использовались другие методы. К методам экстренной контрацепции прибегают в чрезвычайных ситуациях, например при изнасилованиях, сомнениях в целостности презерватива, смещениях диафрагмы.

В назначении посткоитальной контрацепции могут нуждаться женщины, редко живущие половой жизнью, молодые женщины, у которых беременность может наступить после первого полового акта. Таким образом, целью этого метода явля­ется предотвращение нежелательной беременности после незащищенного полового акта на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации.
Для экстренной контрацепции применяют два основных метода:
• использование гормональных препаратов;

• введение внутриматочного контрацептива.

Гормональные препараты следует принимать в первые 24—72 ч после полового контакта, по схеме, предусмотренной для каждого из них.
Среди многих режимов использования препаратов для экстренной контрацепции, которые могут содержать эстрогены, эстроген-гестаген, гестагены, антигонадотропины и антипрогестины, чаще других применяются следующие:
• препараты, содержащие большие дозы эстрогенов (премарин — США, линорал — Нидерланды), назначаются дважды в день на протяжении 5 дней. Эффективность их применения высока, но часто отмечаются побочные реакции в виде тошноты, рвоты, возможны нарушения свертываемости крови. В случае неудачи возникшая беременность должна быть обязательно прервана, так как эстрогены обладают повреждающим действием на плод;

• наиболее распространенными средствами для экстренной контрацепции являются комбинированные препараты
(тетрагинон — Германия и Швеция, оврал — США и Канада), первая половина дозы которых принимается в течение 72 ч после полового акта, а вторая половина дозы — через 12 ч после первого приема;

• синтетический антипрогестин, входящий в состав препарата мифепристона (1Ш-486), блокирует действие прогестерона, поддерживающего беременность. Его принимают однократно в дозе 600 мг в течение 72 ч после полового сношения или по 200 мг с 23-го по 27-й день менструального цикла;

• антигонадотропный препарат даназол рекомендуют принимать дважды или трижды по 400 мг каждые 12 ч. Считается, что этот препарат вызывает меньше побочных эффектов, чем комбинированные препараты.

Введение ВМС для посткоитальной контрацепции производят в течение первых 5—7 дней после незащищенного полового акта, что нарушает имплантацию оплодотворенной яйцеклетки и таким образом обеспечивает защиту от нежелательной беременности.
 В настоящее время в некоторых странах проходят клинические испытания противозачаточные препараты, предназначенные для их использования мужчинами. Эти препараты (госсипол — США) подавляют выработку спермы, нарушают структуру и подвижность сперматозоидов, но не влияют на уровень тестостерона в крови.
 **Хирургическая стерилизация** как метод контрацепции применяется сравнительно недавно: в нашей стране хирургическая стерилизация разрешена с 1990 г., а с 1993 г. значительно расширены показания для ее проведения, хотя в мире, особенно в США, этот метод стал одним из самых популярных с 1982 г. В настоящее время медицинская стерилизация в нашей стране может быть произведена «только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний
и согласии гражданина — независимо от возраста и наличия детей» («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья 37). Медицинская стерилизация может быть осуществлена как
у мужчин, так и у женщин, причем мужская стерилизация имеет ряд преимуществ.
Суть метода при производстве хирургической стерилизации у мужчин — в блокировании поступления сперматозоидов по семявыносящим протокам, которое может быть достигнуто путем вазэктомии — пересечением под местной анестезией семявыносящих протоков с последующей их перевязкой. Стерильность мужчины после этой операции определяется по отсутствию в эякуляте сперматозоидов, которое
отмечается примерно через 6—8 нед или после 20 эякуляций, поэтому в течение этого времени при половых актах необходимо пользоваться каким-либо другим методом контрацепции. Метод исключительно эффективен (частота неудач — 0,15 %, что может быть связано с ошибками при проведении операции или с тем, что до наступления стерильности были незащищенные половые контакты), вмешательство при нем проводится однократно, вероятность осложнений и побочных реакций невелика, но при этом могут возникнуть некоторые психологические проблемы (боязнь импотенции, снижения либидо, утраты оргазма) из-за потери фертильности,
восстановить которую очень сложно.

Женская стерилизация достигается путем окклюзии маточных труб, что создает их непроходимость, предотвращает контакт яйцеклетки и сперматозоида и делает оплодотворение невозможным. С помощью лапароскопической техники осуществляют пересечение, перевязку или пережатие маточных труб с помощью механических средств (скобок или колец), блокируя их проходимость. После стерилизации менструации продолжаются, но могут быть нерегулярными. При этом методе яйцеклетка продолжает созревать, наступает овуляция, но происходит гибель яйцеклетки в маточных трубах.
Контрацептивный эффект наступает немедленно и практически необратим, о чем следует предупредить женщину до того, как она примет решение о хирургической стерилизации.
У многих женщин после добровольной хирургической конт­рацепции возрастает интерес к сексуальным отношениям, они становятся более раскрепощенными в связи с исчезновением страха перед незапланированной беременностью, однако другие могут испытывать психологический дискомфорт, связанный с осознанием того, что они никогда не смогут иметь детей. Как и любое оперативное вмешательство, хирургическая стерилизация может привести к осложнениям (внутрибрюшинное кровотечение, перитонит, развитие инфекционных процессов в органах малого таза и др.), вероятность которых значительно снижается при правильном и квалифицированном ее выполнении.
В первые 7—10 дней после хирургической стерилизации женщина обязательно должна посетить врача для осмотра и получения дальнейших рекомендаций по режиму.
**ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ!** От каждого пациента, обращающегося по поводу добровольной хирургической стерилизации, необходимо получить письменное информированное согласие.
Метод хирургической стерилизации является наиболее эффективным методом контрацепции с незначительным числом осложнений.

Приложение № 4

Заполните таблицу:

Характеристика основных методов контрацепции

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Способы контрацепции | Механизм действия | Достоинства | Недостатки | Правила использо-вания | Идеаль-ный возраст | Противопо-казания |
| 1. Комбинированные контрацептивы |  |  |  |  |  |  |
| 2. Внутриматочная контрацепция |  |  |  |  |  |  |
| 3. Стерилизация |  |  |  |  |  |  |
| 4. Барьерная контрацепция - химическая- механическая |  |  |  |  |  |  |
| 5. Экстренная контрацепция |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 5

Эталон ответов



Приложение № 6

Тестовые вопросы по теме «Современные методы контрацепции»

Вариант № 1

Выберите правильный ответ:

1. Какой метод контрацепции является наиболее эффективным:

А барьерный метод

Б оральные контрацептивы

В стерилизация

Г внутриматочные спирали

2. Если вы забыли принять гормональную таблетку по схеме:

А примите ее не медленно

Б примите ее с очередной таблеткой

В прервите прием таблеток

Г примите на следующий день

3. Преимущество барьерных контрацептивов при использовании

А требуется постоянный контроль при использовании

Б не требует привлечение высоко квалифицированного медперсонала

В обладают небольшим числом побочных действий

Г применяются действуют локально во влагалище

4. Женские барьерные контрацептивы не медикаментозные:

А крема

Б свечи

В пенообразующие таблетки

Г шеечные колпачки

5. Медикаментозное действие оральных контрацептивов:

А нарушение менструального цикла

Б регулируют менструальный цикл

В учащают появление опухолей женских половых органов

Г усиливают риск внематочной беременности

6. Женские барьерные контрацептивы- спермициды

А пенообразующие таблетки

Б диафрагмы

В презервативы

Г шеечные колпачки

7. Для экстренной контрацепции используют:

А влагалищные диафрагмы

Б гормональные препараты

В спермициды

Г прерванное половое сношение

8. Какие показания для удаления ВМС:

А обильное кровотечение

Б наступление менопаузы

В деформация шейки матки

Г все перечисленное выше

9. Установите соответствие:

метод контрацепции противопоказания

1. ВМС а воспалительные заболевания ЖПО

2. КОК б беременность

 в миома матки

 г лактация

 д поражение сосудов головного мозга

10. Вставьте пропущенные слова:

……. представляет собой тонкий чехол, изготовленный из …., который может быть обработан….. для дополнительной защиты

Тестовые вопросы по теме «Современные методы контрацепции»

Вариант № 2

Выберите правильный ответ:

1. Противопоказания для ВМС:

А беременность

Б менструация

В бронхит

Г Rh-конфликт

2. Мужские барьерные контрацептивы:

А кремы

Б свечи

В аэрозоли

Г презервативы

3. Как принимать гормональные таблетки:

А по 1 табл. З раза в день в обед и вечером

Б по 1 табл. 2 раза в день утром и вечером

В по 1 табл. ежедневно в одно и тоже время

Г по 1 табл. через день в одно и тоже время

4. С какого дня менструального цикла надо принимать таблетки:

А с 1 по 5-й день

Б с 7-го дня

В с 3-го дня

Г с 4-го дня

5. Осложнения при введение ВМС

А болевые ощущения

Б кашель

В диарея

Г беременность

6. Относительные противопоказания к применению оральных контрацептивов:

А кашель

Б курение

В диарея

Г порок развития матки

7. Противопоказания к приему таблеток абсолютные:

А СС заболевания

Б бронхит

В колит

Г порок развития матки

8. Механизм действия химического метода контрацепции

А подавление овуляции

Б создает препятствие проникновению сперматозоидов в полость матки

В Снижает активность сперматозоидов

Г сгущение шеечной слизи.

9. Установите соответствие

 метод контрацепции противопоказания

1. Стерилизация а. нерегулярный м.ц.

2. Календарный метод б. возраст менее 18 лет

 в. отсутствие детей

 г. беременность

10. Диафрагма представляет собой куполообразную…….. чашечку, которая вводится во ……. до полового акта и закрывает……(2 слова).

Приложение № 7

Эталон ответов к тестовому заданию

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 вариант | б | а | б | г | б | а | б | г | 1 а, б, в2 б, г, д | презервативлатексаспермицидами |
| 2 вариант  | а | г | в | а | а | б | а | в | 1 б,в,г2 а,г | латекснуювлагалищешейку матки |

Критерий оценки:

 Критерий оценки:

0 -1 ошибка – «5»

2 ошибки - «4»

3 ошибки - « 3»

1. и более -«2»