

Серия: ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп

УДК 618.1(07)
ББК 57.14 я
С 51

Авторы: кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова» Е.Д. Смоленко,
доктор биологических наук, профессор, зав. кафедрой анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова» И.М. Прищепа

Рецензент: профессор кафедры анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **Ж.С. Осипович**

В учебно-методическом пособии содержатся сведения о физиологических особенностях женского организма, патологии репродуктивных органов, венерических заболеваниях, последствиях абортов, проблемах невынашивания беременности и бесплодия.

Излагаются вопросы планирования семьи и контрацепции, принципы профилактики нарушений репродуктивной функции женщины.

Пособие предназначено для кураторов студенческих групп, преподавателей и студентов, интересующихся здоровым образом жизни.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. **ВВЕДЕНИЕ**
2. **ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧКИ**
3. **МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ**
4. **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**
 - 4.1. Инфекции, передающиеся половым путем
 - 4.2. Воспаление маточных труб и яичников
 - 4.3. Воспалительные заболевания гениталий у девочек
5. **ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И КОНТРАЦЕПЦИЯ**
 - 5.1. Естественные методы планирования семьи
 - 5.2. Барьерные методы контрацепции
 - 5.3. Спермициды
 - 5.4. Гормональная контрацепция
 - 5.5. Внутриматочная спираль
 - 5.6. Добровольная хирургическая контрацепция
 - 5.7. Неотложная контрацепция
 - 5.8. Можно ли планировать пол будущего ребёнка?
6. **БЕРЕМЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ**
 - 6.1. Диагностика беременности в ранних сроках
 - 6.2. Резус-конфликт
 - 6.3. Генетическая консультация
 - 6.4. Ультразвуковое исследование при беременности
7. **ИСКУССТВЕННЫЕ АБОРТЫ**
8. **НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**
 - 8.1. Самопроизвольный аборт (выкидыш)
 - 8.2. Преждевременные роды
9. **БЕСПЛОДИЕ**
 - 9.1. Эндометриоз и бесплодие
 - 9.2. Иммунологическое бесплодие
 - 9.3. Современные методы лечения бесплодия
10. **ПРОГРАММА ДЛЯ САМОДИАГНОСТИКИ**
11. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**
12. **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. ВВЕДЕНИЕ

Здоровье, в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представляет собою состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. При этом понятие «здоровье» является относительно условным и объективно устанавливается по совокупности антропометрических, клинических, физиологических и биохимических показателей, определяемых с учетом полового и возрастного факторов, а также климатических и географических условий.

Главнейшей составляющей этого понятия является **репродуктивное здоровье (reproductive health)**. Согласно рекомендациям Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), под репродуктивным здоровьем подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений ее функций и/или процессов в ней, а и состояние полного физического и социального благополучия. Это означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и самостоятельному решению вопросов планирования семьи. Предусматривается право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным по цене и приемлемым методам регулирования рождаемости, не противоречащим закону. Утверждается возможность доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине благополучно перенести беременность и роды, создающим оптимальные условия для рождения здорового ребенка. В понятие «репродуктивное здоровье» включено также **сексуальное здоровье** — состояние, позволяющее человеку в полной мере испытывать половое влечение и реализовывать его, получая при этом удовлетворение.

Охрана репродуктивного здоровья представляет собою совокупность факторов, методов, процедур и услуг, оказывающих поддержку репродуктивному здоровью и содействующих благосостоянию семьи или отдельного человека путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивной функцией. В современных условиях, характеризующихся высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость.

Среди важнейших проблем репродуктивного здоровья в нашей стране выделяют **заболевания репродуктивной сферы, инфекционные болезни, передающиеся половым путем (в том числе ВИЧ/СПИД), невынашивание беременности и бесплодие**.

Анализ состояния здоровья девочек-подростков показывает, что наиболее распространенными являются заболевания мочеполовой системы, расстройства менструации, воспаления придатков матки, анемии.

Существенный урон репродуктивному здоровью подрастающего поколения и взрослого народонаселения Беларуси причиняется **инфекциями**,

передающимися преимущественно половым путем (ИППП). Среди таковых лидирующее положение занимают сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз и микоплазмоз. Абсолютное число официально зарегистрированных случаев ИППП приближается к 70000. Однако, по данным прогноза суммарная заболеваемость этими болезнями в стране очень высока и может составлять более 800 случаев на 100000 населения. Указанные инфекции могут стать причиной *бесплодия, невынашивания беременности и внутриутробного заражения плода* с последующими пороками его развития.

Однако, влияние перечисленных инфекционных факторов на состояние репродуктивного здоровья женщины менее значимы, чем *аборт* (непроизвольное или искусственное прерывание беременности в сроки до 28 недель). Именно последствия абортов негативно отражаются на женской фертильности, течении и исходе последующих беременностей и родов. Любой аборт — это фактор риска вторичного бесплодия.

Социологические исследования, проводимые в нашем государстве, свидетельствуют о повышении сексуальной активности молодежи, снижении среднего возраста первого полового контакта и увеличении количества половых партнеров. И хотя на протяжении последних лет отмечается тенденция к снижению уровня *нежелательной беременности* (беременность, которая произошла без намерения зачать ребенка), вопросам *планирования семьи и контрацепции* необходимо уделять особое внимание. *Контрацепция* — это процесс или способ предотвращения нежелательной беременности при помощи лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, или методов, которые позволяют избежать оплодотворения во время полового акта.

2. ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧКИ

Процесс постепенного превращения девочки в девушку, сопровождающийся значительными изменениями организма, называется *половым созреванием*. В зависимости от индивидуальных особенностей человека, наследственности и воздействия внешних факторов это происходит в возрасте между восьмью и восемнадцатью годами.

Изменения, характерные для *пубертантного периода*, приносят новые ощущения, чувство радости и подъема. Иногда эти перемены смущают и стесняют маленькую женщину. В это время происходят следующие перемены:

- увеличиваются рост и вес, развиваются мышцы;
- изменяется голос;
- активизируется деятельность сальных желез, что приводит к появлению угрей на коже лица, груди и спины;
- усиливается работа потовых желез;
- под мышками и в области лобка вырастают волосы;

- округляются бедра, развиваются внутренние и наружные половые органы;
- развивается грудь;
- начинается процесс созревания яйцеклеток в яичниках, сопровождающийся менструальными выделениями;
- отмечается эмоциональная лабильность;
- возрастает интерес к представителям противоположного пола.

В 50% случаев половое созревание девочек начинается в десятилетнем возрасте. В то же время следует помнить, что этот процесс индивидуален и допустимы колебания возрастного диапазона от 8 до 13 лет. Первыми признаками пубертата являются потемнение ореолы вокруг соска, набухание самого соска и постепенный рост груди, до которой бывает больно дотронуться. Затем появляются волосы на лобке и в подмышечных впадинах. Спустя 1-1,5 года от начала развития молочных желез приходят первые месячные. В течение года менструальный цикл должен установиться.

Неправильная последовательность появления вторичных половых признаков – начало роста волос в области гениталий до набухания груди и потемнения соска – свидетельствует об избытке мужских половых гормонов, что может в последующем привести к менструальным дисфункциям, бесплодию либо проблемам с вынашиванием плода.

Половое созревание сопровождается значительным ускорением роста девочки. В норме до пубертантного периода дети должны подрастать на 4-6 см в год, с его началом в среднем на 7-10 см (максимум до 15 см). В дальнейшем зоны роста костей закрываются и девушки подрастают совсем немного. Запах мужского пота обусловлен содержанием мужских половых гормонов. Поэтому появление у девочки во время взросления резкого (андрогенного) запаха пота требует обследования у эндокринолога для определения правильности гормонального баланса. По литературным данным, стандарты полового развития девочек в ближайшем будущем могут быть пересмотрены. Это связано с результатами исследований детских эндокринологов, обнаруживших признаки начала развития молочных желез у девочек европеоидной расы в среднем около 7-ми лет, а у чернокожих – в 6 лет.

Имеются различные теории, объясняющие резкое ускорение процесса полового созревания подрастающего поколения (физиологическую акселерацию). Согласно одной из них, раннее превращение девочки в девушку обусловлено прослеживающейся в последнее время тенденцией к увеличению массы тела детей. В связи с тем, что женские половые гормоны (*эстрогены*) проходят в жировой ткани важный этап синтеза, их уровень находится в прямой зависимости от количества жировых клеток. Существует понятие «критическая масса тела девушки». После преодоления этого рубежа (45 кг) начинаются первые месячные. Снижение уровня эстрогенов

на фоне дефицита жировой ткани приводят к задержке полового созревания.

Особенно популярна теория, связывающая раннее взросление девочек с влиянием эстрогеноподобных веществ, в больших количествах поступающих в организм человека с продуктами питания как растительного, так и животного происхождения. Их источником считаются инсектициды, применяемые в сельском хозяйстве – диоксиновые, фурановые производные и другие химические соединения. На сроках полового развития девочки может также отразиться факт приема гормонов матерью время беременности.

Основные причины, требующие **обращения к детскому гинекологу**:

- изменение анатомической структуры наружных половых органов.
- преждевременное (до достижения 7-8 лет) появление признаков полового созревания – увеличение молочных желез, появление оволосения в подмышечных впадинах и на лобке, кровянистые выделения из половых путей.
- беспокойство девочки по поводу ее внешнего вида:
 - очень высокий или низкий рост;
 - ожирение;
 - множественные угри;
 - появление растяжек на коже.

3. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Репродуктивная система женщины состоит из наружных половых органов, влагалища, матки, яичников, маточных (фаллопиевых) труб и яичников.

В яичниках содержится 400-450 незрелых яйцеклеток. В норме в организме взрослой женщины раз в месяц в одном из яичников созревает яйцеклетка (редко 2-3), попадающая в брюшную полость, а затем в маточную трубу. Этот процесс, происходящий за 12-14 дней до начала менструации, называется **овуляцией**. При попадании в трубы сперматозоидов высока вероятность слияния яйцеклетки с одним из них (**оплодотворение**) и наступления беременности. Яйцеклетка по фаллопиевой трубе перемещается в полость матки.

В процессе роста и созревания в яичнике этой клетки матка готовится к встрече с нею: происходит утолщение внутреннего слоя (эндометрия), состоящего из рыхлой слизистой, пронизанной большим количеством кровеносных сосудов. Оплодотворенная яйцеклетка, попадая в матку, должна прикрепиться к эндометрию, который обеспечит питание и развитие плода.

Неоплодотворенная яйцеклетка погибает, начинается отторжение слизистой матки и ее выход с кровью через влагалище. Этот процесс, именуемый **менструацией**, образно сравнивают с кровавыми слезами матки

по несостоявшейся беременности. Критические дни в среднем продолжаются от 3-ех до 6-ти дней.

Период от начала предыдущей менструации до наступления следующей называется **менструальным циклом**. Продолжительность его у всех различна, может колебаться от 21 до 35 дней. Обычно он устанавливается в течение года с момента появления первых выделений. До этого срока допустима нерегулярность, болезненность, скудность месячных.

Изменяющийся в течение менструального цикла уровень гормонов может отражаться на самочувствии и настроении женщин. До наступления овуляции они активны и привлекательны, отмечается прилив сил. Для второй фазы (перед началом месячных) характерны эмоциональная неустойчивость, плохое настроение, возможны агрессивность и плаксивость. Иногда увеличивается и побаливает грудь, на лице появляются угри.

Каждой женщине рекомендуется иметь «менструальный» календарь, что позволяет определить продолжительность цикла, «опасные дни» и начало следующих менструаций.

Средний возраст прекращения месячных составляет 50 лет. После наступления климактерического периода женщина забеременеть не может.

В норме менструации безболезненны или умеренно болезненны. Причиной сильных болей во время месячных у девушек может быть малое отверстие девственной плевы, затрудняющее выход крови. В таких случаях болезненные ощущения резко уменьшаются после начала половой жизни. Иногда отверстие в плевре вообще отсутствует, что требует её рассечения. Нередко болезненные менструации связаны с общей незрелостью организма, маленькими размерами половых органов, гормональной недостаточностью, сильными мышечными сокращениями стенок влагалища, сопутствующими воспалительными заболеваниями и психологическими особенностями женщины. В решении всех перечисленных проблем поможет врач-гинеколог.

Обычно при менструации теряется небольшой объем крови – от 50 до 100 мл. Таким образом, даже стимулируется иммунитет, так как кровь регулярно обновляется. При повышенной кровопотере, гиповитаминозе, недостаточном питании, больших физических и психо-эмоциональных нагрузках происходит постепенное уменьшение содержания железа в женском организме. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, выраженная слабость и повышенная утомляемость. Эти симптомы свидетельствуют об анемии. С лечебной и профилактической целью врач может назначить прием поливитаминов с повышенным содержанием железа.

Основные причины, требующие **обращения к детскому гинекологу**, по поводу изменений менструального цикла у девочек подросткового возраста:

- нерегулярные, приходящие с задержками месячные;

- очень скудные выделения;
- длительные (более 7 дней) кровянистые выделения;
- месячные, приходящие ранее чем через 3 недели от начала предыдущих;
- болезненные менструации.

4. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Большую обеспокоенность службы планирования семьи в Республике Беларусь вызывает *рост количества гинекологических заболеваний*. Особую угрозу для репродуктивного здоровья женщин представляют *воспалительные болезни половых органов*, повышающие *риск возникновения внематочной беременности, бесплодия, нарушений менструаций, возникновения новообразований*.

Частота воспалительных болезней женских половых органов остается высокой и имеет стойкую тенденцию к увеличению. Даже очень юные девушки (15-17 лет) в 10-ти процентах случаев страдают этими заболеваниями. Причиной такой патологии является, прежде всего, увеличение количества *инфекций, передающихся половым путем*.

4.1. Инфекции, передающиеся половым путем

Доказано, что непоправимый вред здоровью детей, подростков и взрослого населения нашей страны наносят инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), в особенности *сифилис*. Уровень его распространенности в странах СНГ остается экстремально высоким: более 200 на 100000 населения в России и Казахстане. Для сравнения, в Западной Европе этот показатель составляет 0,7 на 100000. В структуре венерических заболеваний, регистрируемых в Беларуси, сифилис составляет чуть более 20%. Значительно чаще регистрируются случаи врожденного сифилиса, нередко заражение ребенка происходит во время прохождения через родовые пути матери. После 1999 года отмечается рост заболеваемости *гонореей*. Не менее вредное влияние на репродуктивное здоровье населения в последние годы оказывают другие инфекции, передающиеся половым путем: *трихомоноз, хламидиоз, микоплазмоз* и прочие, заболеваемость которыми возрастает с каждым годом. Нередко указанные инфекции становятся причиной *бесплодия и невынашивания беременности*, приводят к *пренатальному (дородовому) заражению плода* и последующим порокам его развития.

Сифилис

Сифилис (люэс) – это хроническое заболевание, передающееся половым путем (венерическое заболевание), характеризующееся рецидивирующим течением, приводящее на поздних стадиях к тяжелым поражени-

ям нервной системы и внутренних органов. Возбудителем инфекции является бледная спирохета (*Treponema pallidum*).

В большинстве случаев заражение происходит половым путем - через влагалище, рот и прямую кишку. Наиболее опасны контакты с больными первичным сифилисом, у которых имеются язвы с влажной поверхностью на половых органах, во рту или в прямой кишке. В отделяемом из таких эрозий содержится большое количество возбудителя. Вероятность инфицирования при однократном половом контакте без презерватива с больным сифилисом составляет около 30%. Возможна передача инфекционного агента от матери плоду во время беременности и в родах, заражение во время гемотрансфузии (переливания крови). В связи с тем, что бледная трепонема быстро погибает вне организма человека, заражение в быту встречается редко.

Инкубационный период (время от заражения до появления первого клинического симптома) сифилиса в среднем составляет 3-4 недели, но может варьировать от 10 до 90 дней. Проявления заболевания разнообразны и зависят от его стадии.

Выделяют три стадии сифилиса:

- *Первичный сифилис*. Возникает по окончании инкубационного периода. Первыми проявлениями недуга является возникновение безболезненной язвы с плотным основанием (твердый шанкр) в месте проникновения возбудителя в организм. Чаще всего они локализуются на слизистых оболочках половых органов, ротовой полости и прямой кишки. Для твердого шанкра характерны следующие признаки: небольшие размеры, правильные округлые или овальные очертания, пологие блюдцеобразные края, гладкое синюшно-красное дно со скудным отделяемым, плотно-эластический инфильтрат в основании. Спустя 10-14 дней после этого увеличиваются регионарные лимфатические узлы (паховые или подчелюстные). Самостоятельное заживление твердого шанкра продолжается от 3-х до 6-ти недель.
- *Вторичный сифилис*. Начинается через 4-10 недель после появления язвы, т.е. через 2-4 месяца после заражения. Все тело, включая ладони и подошвы, покрывается бледной сыпью. Повышается температура тела больного. Беспокоят головные боли, недомогание. По всему телу увеличиваются лимфатические узлы. Для этой стадии недуга характерно чередование обострений и бессимптомных периодов (ремиссий). Появляются широкие кондиломы (разрастания телесного цвета) на половых органах и вокруг ануса. Возможно выпадение волос на голове (сифилитическая плешивость). При поражении голосовых связок возможна охриплость голоса.
- *Третичный сифилис*. Развивается спустя 3-4 года после заражения и при отсутствии лечения длится до конца жизни больного. При этом прояв-

ления заболевания отличаются наибольшей тяжестью, ведут к необратимому обезображиванию внешности, инвалидизации и смерти.

Диагностика сифилиса основана на исследовании венозной крови. Существует две группы анализов крови на сифилис:

- Нетрепонемные – RPR, реакция Вассермана (RW) с кардиолипновым антигеном.
- Трепонемные – РИФ, РИБТ, RW с трепонимным антигеном.

Нетрепонемные методы, используемые для массовых обследований в поликлиниках и больницах, в ряде случаев могут быть ложноположительными (дают положительный результат в отсутствие сифилиса). Поэтому таким пациентам назначается повторное исследование с использованием трепонемных методов.

Лечение сифилиса проводится под наблюдением венеролога в специализированных лечебных учреждениях. С учетом индивидуальных особенностей пациента в терапевтический комплекс включаются антибиотики и общеукрепляющие препараты, иммуно- и физиотерапия.

Следует проводить одновременное обследование и лечение всех половых партнеров, что позволяет предотвратить их повторное инфицирование.

Гонорея

Гонорея - инфекционное заболевание, передающееся преимущественно половым путем, характеризующееся поражением слизистых мочеиспускательного канала и канала шейки матки. Причиной этого недуга является заражение микроорганизмом, именуемым гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*). Бактерии внедряются в клетки слизистых оболочек цервикального и мочеиспускательного каналов, вызывая гнойно-воспалительный процесс и длительно текущее заболевание с тенденцией к распространению на органы малого таза. В организме некоторых женщин (около 2% случаев) кокки могут паразитировать, не вызывая никаких клинических симптомов. Такая форма патологического процесса называется бессимптомным носительством.

При несвоевременном обращении за медицинской помощью, самолечении и длительном течении болезни отмечается миграция гонококков в полость матки и ее придатки. Воспаление яичников (аднексит), маточных труб (сальпингит) и полости малого таза (пельвиоперитонит) в большинстве случаев приводит к бесплодию на фоне спаечного процесса. Возможно также развитие серьезных осложнений в виде заболеваний сердца и суставов.

Заболевание распространено преимущественно среди лиц 20-30 лет, однако может встречаться в любом возрасте. Передается преимущественно половым путем. Встречаются случаи контактного заражения младенца от матери в родах либо в быту при несоблюдении правил личной гигиены в семье.

Первые симптомы острой гонореи возникают через 2-8 и более дней после полового контакта с больным партнером. При этом основные проявления ограничиваются ощущением жжения и боли в уретре (мочеиспускательном канале) при мочеиспускании. В последующем беспокоят частые позывы на мочеиспускание, густые гнойные желтовато-коричневые выделения с неприятным запахом из влагалища и мочеиспускательного канала. Наружные отверстия мочеиспускательного и цервикального каналов становятся отечными, красными с изъязвлениями слизистой вокруг них. Гонорейный проктит (воспаление прямой кишки) характеризуется зудом и появлением аналогичных выделений из заднего прохода. Поражение слизистых ротовой полости (стоматит) и гортани (фарингит) вызывает обильное слюнотечение и умеренные боли в горле. Отмечено, что у женщин гонорейные проктит, стоматит и уретрит часто протекают бессимптомно. Этим объясняется высокий процент случаев несвоевременной диагностики у них данного заболевания с тенденцией к переходу его в хроническую форму.

Диагностика гонореи основана на тщательном анализе жалоб больной, осмотра и гинекологического исследования. В обязательном порядке проводится исследование под микроскопом мазков, взятых из уретры и цервикального канала. В тех случаях, когда данные исследования мазков неубедительны, врач назначает медикаментозную или пищевую провокацию с последующим взятием мазков в течение 3-х дней.

Лечение данной инфекции должно проводиться под строгим контролем специалиста, так как последствия некачественной медикаментозной терапии для репродуктивного здоровья женщины необратимы.

Трихомоиаз

Около 10% из всех инфекционных заболеваний влагалища составляет трихомоиаз. Возбудителями заболевания являются отдаленные родственники амёбы – трихомонады. Эти простейшие обычно передаются половым путем. Существует вероятность заражения в быту, так как эти микроорганизмы могут жить в теплой и влажной среде, в мокрых полотенцах и купальных костюмах.

Доказаны высокая подвижность трихомонад, позволяющая им «подниматься» по внутренним половым путям, и их способность переносить в глубь женского организма другие патогенные возбудители. Этим объясняются обширные воспаления репродуктивных органов и образование множественных спаек в придатках, приводящие к бесплодию, преждевременным родам и внутриутробному инфицированию плода.

Инкубационный период после проникновения инфекционного агента в женский организм варьирует от 4-х до 20-ти дней. Влагалищный трихомоиаз проявляется обычно обильными пенистыми выделениями серого или желтовато-зеленого цвета с интенсивным неприятным запахом. Появляется жжение, зуд, раздражение наружных половых органов и влагалища.

Беспокоят ощущения дискомфорта и боли во время полового акта. Возможны маточные кровотечения в межменструальном периоде.

Согласно данным медицинской статистики, у каждой четвертой-пятой пациентки из заразившихся данной инфекцией заболевание приобретает затяжной характер и трудно поддается лечению. Иногда хронический трихомониаз протекает бессимптомно, не вызывая беспокойства женщины. В большинстве же случаев каждые четыре-шесть месяцев происходит обострение, требующее увеличения лечебных доз специфических препаратов. Эта склонность к хроническому рецидивирующему течению инфекционного процесса объясняется результатами новейших научных исследований. Оказалось, что среди болезнетворных трихомонад существуют разновидности с замедленным обменом веществ, способные «выживать» в процессе традиционного лечения.

Диагностируется заболевание при исследовании под микроскопом влагалищного содержимого.

Традиционным медикаментозным средством лечения трихомонадной инфекции являются препараты группы метранидазола, назначаемые врачом гинекологом или дерматовенерологом в соответствии с индивидуальными особенностями женщины. В настоящее время в практику здравоохранения внедряется препарат нового поколения – вакцина Солко-Триховак. Она стимулирует иммунитет и активизирует выработку в организме больной защитных антител, губительных для болезнетворных трихомонад и бактерий. Под воздействием этого средства нормализуется и микрофлора влагалища.

В процессе лечения необходимо неоднократное исследование влагалищных мазков для контроля процесса убывания инфекции и восстановления нормальной микрофлоры. Следует помнить, что лечение должно проводиться одновременно у половых партнеров с обязательным использованием в этот период презервативов.

Хламидиоз

По далеко неполным данным, в мире ежегодно регистрируется до 89 млн. больных урогенитальным хламидиозом. Заболевание представляет собою одну из важнейших проблем репродуктивного здоровья населения нашей страны.

Доказано, что уже спустя два месяца после проникновения хламидийной инфекции в женский организм болезнь переходит в хроническую стадию. В большинстве таких случаев клинические симптомы заболевания минимальны или вообще отсутствуют. Основная часть (80-90%) пациенток узнают о своем недуге в запущенных случаях, обращаясь за медицинской помощью по поводу развившихся осложнений или нарушения половой функции у мужа. Последствиями такой патологии могут быть неспособность к зачатию и вынашиванию ребенка: трубное бесплодие, внематоч-

ные беременности, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода.

Возбудитель болезни – бактерия, поражающая слизистые оболочки половых органов и носоглотки. Заражение хламидиозом происходит преимущественно половым путем от больных, не осведомленных о наличии у них этой болезни и пренебрегающих средствами индивидуальной защиты. Крайне редки случаи передачи инфекции через грязные руки, белье, постель и другие предметы личного пользования. Бытовой путь инфицирования возможен в тех случаях, когда мама и дочь спят в общей постели и пользуются общими средствами интимной гигиены.

Спустя 5-7 и более дней после полового контакта возможно появление выделений из влагалища или мочеиспускательного канала, чувства жжения и зуда. Никаких признаков, отличающих хламидиоз от микоплазмоза или трихомониаза, не существует. Более того, в пятидесяти процентах случаев отмечается сочетание этих инфекций.

Обнаружить природу заражения во всех этих случаях помогают специальные методы диагностики.

Заниматься самолечением этой инфекции категорически противопоказано, так как только врач сможет установить давность патологического процесса и назначить адекватную терапию. Особого внимания и индивидуального подхода требует лечение хламидиоза во время беременности. Оптимальным вариантом считается проведение полноценного курса медикаментозной терапии за 4-6 месяцев до зачатия. Лечиться необходимо и в тех ситуациях, когда инфицированность женщины обнаружена позднее, ибо ребенок может заразиться внутриутробно либо при прохождении родовых путей больной матери. Хламидийная инфекция вызывает конъюнктивит новорожденных, бронхит и пневмонию у детей первого года жизни. По этой причине гинекологи назначают антибактериальные средства будущим мамам после первого триместра беременности, когда в организме ребенка завершен процесс формирования органов и систем (органогенез).

Микоплазмоз

Микоплазмоз урогенитальный представляет собою антропонозную микоплазменную инфекционную болезнь, характеризующуюся преимущественным поражением мочеполовой системы. Возбудитель – патогенные бактерии *Mycoplasma hominis* и *Mycoplasma urealiticum* – передается от носителя или больного человека при половом контакте. Возможно инфицирование плода от матери при прохождении через родовые пути. Проникновение в организм человека патогенного агента при использовании загрязненных гигиенических принадлежностей и воды происходит редко. Доказано, что переохлаждение, стрессы и иммунодефициты различного происхождения могут провоцировать развитие острой микоплазменной инфекции.

Инкубационный период заболевания продолжается от 2-х до 5-ти недель, в среднем 15-19 дней. В большинстве случаев клинические проявления болезни выражены слабо либо вовсе отсутствуют (бессимптомное течение). В женском организме микроорганизм поражает мочеиспускательный канал, влагалище, шейку и тело матки, маточные трубы и яичники. При этом больных беспокоят боли в уретре при мочеотделении, зуд и покраснение наружных половых органов, умеренные гнойные выделения с неприятным запахом, тянущие боли в лонной области.

Лабораторная диагностика базируется на выделении микоплазм из мочи, влагалища и содержимого уретры путем ПЦР (ДНК-диагностика) или посева биологического материала на специальные питательные среды. Используются также серологические методы исследования парных сывороток (ИФА, РСК, РИР, РП, РНГА, РПГА).

Герпетическая инфекция

Согласно статистическим данным, до 80% населения являются носителями вируса простого герпеса. Из известных восьмидесяти его типов для людей опасны семь. Наиболее патогенным считается вирус простого герпеса 1-го и 2-го типа. Первый поражает преимущественно слизистую ротовой полости, губы, щеки и нос. Второй приводит к генитальной патологии и нарушениям репродуктивной функции человека. Однако, такое деление весьма условно. Вирус, поселившийся в клетках человеческого организма, со временем распространяется на нервные стволы, половые органы и все слизистые оболочки. Снижая иммунитет женщины, он быстро рассеивается по всему её организму и наносит вред не только матери, но и будущему ребенку. Появляется угроза выкидыша, неразвивающейся беременности, рождения мертвого, ослабленного или очень болезненного малыша. Доказано, что причиной привычных выкидышей также нередко бывает вирус простого герпеса, персистирующий в клетках материнского организма.

Особенно неблагоприятным считается первичное инфицирование беременной на поздних сроках, когда к родам не успевают сформироваться защитный уровень антител и риск заражения плода достигает 40 процентов.

Инкубационный период составляет 2-12 дней. Начальными симптомами заболевания являются зуд, небольшие наполненные жидкостью пузырьки и лихорадка. Встречаются атипичные формы герпеса, когда характерные высыпания отсутствуют. Клиника заболевания в таких случаях ограничивается локальным покраснением, небольшим отеком и зудом.

Нередко будущая мама даже не подозревает о том, что герпетическая инфекция дремлет в её органах и тканях. Переутомление и стресс, простудные заболевания и, желудочно-кишечные расстройства способны активизировать патологический процесс. Коварство бессимптомного герпеса в том, что он может впервые проявиться во время беременности, когда и сам вирус и его лечение одинаково вредны для плода. По этой причине

семьям, разумно относящимся к планированию семьи, рекомендуется соответствующее обследование (анализы) до наступления беременности. Ещё до зачатия следует провести адекватное лечение и укрепить иммунитет. В последующем родителям необходимо быть очень осторожными и помнить, что заразиться можно не только от явно больных людей, но и от вирусоносителей.

Передается вирус очень легко – и бытовым, и воздушно-капельным и половым путями. Основным путем заражения генитальным герпесом – половой. Иногда микроорганизм заносится с лица на половые органы с грязными руками. Бытовой путь передачи инфекции более характерен для девочек, пользующихся общими полотенцами и мочалками с матерью и отцом. Установлено, что вирус сохраняется на влажной материи двое суток. Предотвратить такую опасность помогает соблюдение правил личной гигиены.

Бактериальный вагиноз (гарднереллез)

К серьезным проблемам репродуктивной функции организма потенциальных мам приводит бактериальный вагиноз, которым сегодня страдают 25-30% женщин детородного возраста. Недуг опасен развитием в последующем хронических воспалительных заболеваний цервикального канала, полости и придатков матки, возникновением эрозий шейки матки и риском развития онкологических заболеваний в дальнейшем. Эта инфекция может привести к внутриутробному заражению плода, невынашиванию беременности, осложнениям в родах и послеродовом периоде.

Причина заболевания – бактерия, именуемая «гарднерелла вагиналис». Микроскопические паразиты стремительно размножаются и убивают продуктами своей жизнедеятельности нормальную микрофлору влагалища или уретры. Патологические изменения при этом заключаются в нарушении баланса микрофлоры (дисбактериозе) слизистой оболочки влагалища. Риску развития гарднереллеза в большей степени подвержены женщины, часто меняющие своих половых партнеров, со сниженной общей сопротивляемостью организма, длительно лечившиеся гормональными препаратами и антибиотиками, злоупотреблявшие химическими влагалищными противозачаточными средствами и спринцеваниями различными растворами. В таких ситуациях во влагалищной среде происходит исчезновение молочнокислых бактерий. В норме эти микроорганизмы в процессе своей жизнедеятельности вырабатывают молочную кислоту, препятствующую размножению патогенной флоры. Отсутствие же молочной кислоты способствует размножению патологических микробов, присутствующих во влагалище здоровой женщины в ничтожных количествах. Создаются условия для развития бактериального вагиноза, молочницы (кандидоза) или проникновения инфекции извне.

У пятидесяти процентов женщин болезнь проявляется обильными пенстыми или водянистыми выделениями из половых путей, источающими тошнотворный запах гниющей рыбы. Половые губы краснеют и оте-

кают. Ощущается дискомфорт: сухость и зуд в области вульвы и влагалища, затруднения при мочеиспускании. При прогрессировании заболевания цвет выделений может изменяться от сероватого до серо-зеленого оттенков.

Порою заболевание протекает бессимптомно либо с минимальными клиническими признаками, что приводит к несвоевременному обращению за медицинской помощью и серьезным проблемам репродуктивного здоровья.

Диагностика гарднереллеза предполагает исследование под микроскопом мазка из влагалища. При этом видны клетки эпителия, выстилающего стенки вагины изнутри, покрытые «толстым» слоем микробов. Изменение кислотности влагалищного содержимого выявляет щелочную реакцию вместо кислой. Обнаруживается изонитрил – вещество, придающее выделениям запах гнилой рыбы.

Лечение бактериального вагиноза должно проводиться под контролем специалиста, который исследует мазок и оценит состояние бактериальной флоры. На первом этапе подавляется рост патологических микроорганизмов. Затем восстанавливается нормальная микрофлора влагалища с помощью препаратов, содержащих живые молочнокислые бактерии или создающих благоприятные условия для их размножения. Одновременно проводится коррекция местного и общего иммунитета, лечение гормональных расстройств. Следует помнить, что успешным может быть только одновременное лечение всех партнеров. В эти дни нельзя пренебрегать презервативами.

После проведенного курса лечения (для подтверждения его успешности) врач назначает провокацию – рекомендует пациенту за день до сдачи анализов попить пива, поесть соленого и острого.

В последние годы для борьбы с гарднереллезом используется вакцина Солко-Триховак, являющаяся одновременно средством и лечения и профилактики. Установлено, что она значительно снижает риск других инфекционных заболеваний влагалища, особенно трихомонадного вагинита и молочницы.

Защита от венерических заболеваний

- Не следует забывать, что внешность и образованность человека, его социальное и семейное положение не являются гарантией отсутствия в его организме инфекций, передающихся половым путем. Нередко человек даже не подозревает об этом из-за бессимптомного течения заболевания.
- ***Безопасное половое поведение*** включает длительные постоянные отношения со здоровым партнером, мастурбацию и использование секс-игрушек.
- ***Безопасными видами секса при случайных половых контактах*** являются: массаж тела; трение тела о тело; «социальный» (сухой)

поцелуй; поцелуи и ласки тела языком (отсутствие орального контакта с половыми органами); мастурбация в присутствии партнера.

- **Относительно безопасные виды секса при случайных половых контактах** включают: «глубокие» (влажные) поцелуи; взаимную мастурбацию; оральный, вагинальный или анальный половой контакт с использованием презерватива.
- **Умеренно опасным видом секса с непостоянным (случайным) партнером** считается оральный контакт без презерватива. Несмотря на существенно более низкую степень риска заражения чем при вагинальном или анальном сексе, абсолютной гарантии безопасности партнеры не имеют.
- **Опасными видами секса с непостоянным партнером** признаны вагинальные и анальные половые контакты без презерватива.
- Эффективность презервативов, как средства защиты от инфекций, передающихся половым путем, высока, но не стопроцентна.
- **К другим методам профилактики** венерических заболеваний после полового контакта со случайным партнером без презерватива, **не дающим никаких гарантий**, относятся:
 - обмывание наружных половых органов водой или водой с мылом непосредственно после контакта;
 - промывание с помощью душа, клизмы или спринцовки влагалища или прямой кишки;
 - промывание влагалища или прямой кишки хлорсодержащими антисептиками или введение их в уретру;
 - применение противозачаточных кремов и свечей, спермицидов.

Перечисленные профилактические методы можно применять, однако не следует возлагать на них большую надежду. Спринцевание же влагалища способствует продвижению возбудителя в верхние отделы женских половых органов, вызывая нежелательные осложнения.

Женщинам приходится сталкиваться с проблемой **профилактики венерических заболеваний после незащищенных половых контактов** в следующих ситуациях: повреждение презерватива; половой контакт в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; изнасилование и т.д. В этом случае возможны три варианта:

- **Медикаментозная профилактика (профилактическое лечение)** в течение нескольких суток после такого контакта предотвращает развитие таких бактериальных инфекций половых путей, как гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз и сифилис. Вопрос о выборе антибиотика и адекватной схемы лечения должен решаться врачом. Непозволительно вступать в половые отношения без презерватива с постоянным половым партнером до истечения 5-ти суток после окончания профилактического лечения.

- Обследование у венеролога по истечении 3-4 недель после опасного контакта, так как в течение этого периода большинство венерических заболеваний (за исключением гонореи) находятся в инкубационном периоде и ничем не проявляются. Лабораторные методы исследования в этих сроках также малоинформативны.
- Обследование у венеролога случайного полового партнера на инфекции, передающиеся половым путем.

4.2. Воспаление маточных труб и яичников

Воспаление маточных труб и яичников представляет собою одну из основных причин нарушения репродуктивной функции женского организма. В большинстве случаев эта патология вызывается инфекцией, попадающей в организм половым путем. Гонококки, хламидии и трихомонады являются основными возбудителями воспаления, реже встречаются микоплазмы и уреоплазмы. В некоторых случаях инфекционный агент отсутствует, при этом воспаление фаллопиевых труб и яичников может быть связано с такими гинекологическими проблемами как эндометриоз, миома матки либо кисты яичника.

Заболевание может протекать в виде острого процесса, сопровождающегося характерной клинической картиной, либо переходить в хроническую форму с тенденцией к рецидивированию.

Острый аднексит и сальпингит (воспаление яичников и маточных труб) проявляются признаками интоксикации организма (повышение температуры тела до 38-39⁰С, потливость, слабость, общее недомогание, снижение работоспособности), сильными болями в пояснично-крестцовой области и в низу живота. Если заболевание обусловлено патогенной микрофлорой, женщину беспокоят выделения из половых путей.

В случаях неадекватной терапии либо недолечивания воспалительного процесса болезнь переходит в хроническую форму (**хронический аднексит, сальпингит**), что неизбежно отражается на функционировании женских детородных органов:

- вследствие воспаления и нарушения структуры тканей яичников возможны нарушения менструального цикла, вероятны гормональные сбои;
- воспаление часто является причиной образования спаек, «склеивающих» маточные трубы, в результате чего нарушается их проходимость и подвижность;
- патологический процесс в фаллопиевых трубах является фактором риска внематочной беременности;
- перечисленные изменения нередко приводят к бесплодию.

Частым осложнением воспаления придатков является **спаечный процесс**. При этом образуются участки соединительной ткани (**спайки**), «связывающие» между собой органы малого таза. Не исключено вовлече-

ние в этот процесс соседних органов и систем, в том числе петель кишечника. Своевременно начатое лечение аднексита помогает избежать или свести к минимуму вероятность образования спаек. Если свежая рубцовая ткань способна раствориться под воздействием ферментов во время физиотерапевтических процедур (электрофорез, ультрафонофорез), то от застарелых спаек можно избавиться только хирургическим путем при осмотре брюшной полости.

Серьёзным осложнением хронического аднексита, протекающего в некоторых случаях с минимальными клиническими проявлениями, при отсутствии лечения может быть развитие перитонита. В этих случаях инфекция распространяется на брюшину, представляя собою угрозу жизни женщины.

Категорически противопоказано прогревание живота в домашних условиях без предварительного обследования в женской консультации. Нередко боли в низу живота бывают связаны с гиперпластическими и объёмными процессами в матке и яичниках (кисты, миома и др.). Под воздействием тепловых процедур эти опухоли могут стремительно увеличиваться в размерах.

Профилактика воспалительных заболеваний придатков заключается в неукоснительном соблюдении **правил личной гигиены** девочки, девушки и женщины. Основными моментами в комплексе ухода за собой являются:

- ежедневная смена нательного белья;
- каждодневный туалет наружных половых органов (подмывание чистой теплой водой по направлению спереди назад);
- использование туалетной бумаги после физиологических опорожнений в таком же направлении, позволяющее предупредить проникновение во влагалище кишечной инфекции, нередко вызывающей воспалительные заболевания гениталий.
- осторожное применение мыла, не допускающее попадания его пены во влагалище, исключающее «вымывание» нормальных микроорганизмов, что может спровоцировать воспаление.
- отказ от частых спринцеваний, не согласованных с гинекологом, приводящих к нежелательным результатам.
- тщательное подмывание не менее трех-четырёх раз в сутки во время менструации;
- смена во время месячных гигиенических прокладок не реже чем через два часа, даже если они не очень промокли. Это объясняется тем, что скапливающаяся в прокладке кровь является идеальной питательной средой для размножения микробов. Матки в эти дни особо уязвима для инфекции, так как после отторжения эндометрия ее полость представляет собой сплошную раневую поверхность.

- в критические дни запрещается принимать ванну, посещать сауну и бассейн, а также купаться в открытых водоемах по вышеуказанной причине. Эти процедуры следует заменить ежедневным душем;
- исключение сексуальных контактов на время менструации;
- недопущение беспорядочной половой жизни с частой сменой партнеров;
- недопущение персистенции в организме очагов хронической инфекции. Регулярное (не реже одного раза в полугодие) посещение с этой целью стоматолога и ЛОР-врача.

Переохлаждение представляет собою распространенную причину, впервые или повторно провоцирующую воспаление придатков. В этой связи рекомендуется:

- носить одежду, соответствующую сезону;
- избегать промокания и не допускать замерзания стоп ног, области ягодиц и коленных суставов;
- не сидеть на камнях и сырой земле;
- после купания в водоеме или бассейне немедленно переодеваться в сухой купальник.

4.3. Воспалительные заболевания гениталий у девочек

Согласно статистическим данным, самой распространенной гинекологической проблемой девочек являются воспалительные заболевания гениталий.

Вульвовагиниты представляют собою воспаление наружных половых органов (*вульвы*) и влагалища (*вагины*) инфекционного или неинфекционного происхождения.

Основными причинами этой патологии считают:

- ухудшение экологической ситуации.
- бесконтрольный прием лекарственных препаратов, особенно антибактериальных средств.
- ослабление защитных сил организма.
- дисбактериоз кишечника (нарушение баланса между облигатной, условно-патогенной и патогенной микрофлорой в желудочно-кишечном тракте).
- заболевания внутренних органов и систем.
- посторонние предметы в область вульвы и влагалища.
- попадание на гениталии бактерий при нарушении правил интимной гигиены.
- использование одного полотенца взрослыми членами семьи и ребенком.
- совместное принятие ванны мамой и дочерью.

Заподозрить первые признаки воспаления вульвы у девочки можно при общении и уходе за нею. Появляются ощущения зуда, жжения, чувст-

во «помехи» в области половых органов. Выражено беспокойство и раздражительность, неадекватная реакция на гигиенические процедуры и подмывание. При осмотре обнаруживаются симптомы воспаления – покраснение и отек кожи вокруг половых органов. Выявляются следы расчесов кожных покровов и слизистых. В последующем возможны выделения из влагалища.

Лечение детского вульвовагинита должно быть комплексным, включающим общие средства и местные процедуры. При неинфекционном процессе назначается диета с ограничением количества углеводов, исключая раздражающие вещества и пряности. При кормлении девочки следует отдавать предпочтение овощам и фруктам. Местное лечение включает в себя сидячие ванночки с настоями трав или растворами антисептиков. После консультации у детского гинеколога могут быть назначены мази с антибиотиками, нитрофуранами и эстрогенами.

Гонорейная инфекция чаще возникает у девочек в возрасте от трех до семи лет, когда биологическая защита гениталий снижена. Для диагностики этого заболевания проводится провокация – смазывание влагалища, мочеиспускательного канала и прямой кишки раствором Люголя или 1% раствором азотнокислого серебра.

Трихомониаз обычно встречается у девочек подросткового возраста, имеющих половые связи. Не исключены варианты семейного заражения от больных родителей, а также инфицирование новорожденных от матери при прохождении через родовые пути. Это заболевание проявляется чувством зуда в области гениталий, обильными пенистыми выделениями.

Микотический вульвовагинит (молочница, кандидоз) – грибковое заболевание половых органов, для которого характерны жжение и зуд в области наружных половых органов, творожистые выделения из влагалища.

Бактериальный вагиноз, причиной которого является заражение *гарднереллой*, в раннем детстве может протекать с минимальной симптоматикой. Девочек-подростков беспокоят постоянные жидкие серозные выделения с запахом несвежей рыбы. Инфицирование **хламидиями, уреаплазмами и микоплазмами** требует назначения специфических антибактериальных препаратов.

Основные причины, требующие **обращения к детскому гинекологу**:

- обнаружение у девочки изменений в области гениталий – гиперемия и отек вульвы.
- раздражение кожи вокруг наружных половых органов со следами расчесов.
- появление выделений из влагалища.
- жалобы на зуд, жжение и боли при мочеиспускании.

5. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И КОНТРАЦЕПЦИЯ

По определению ВОЗ, **планирование семьи** – это виды деятельности, которые помогают отдельным лицам и супружеским парам достичь определенных репродуктивных результатов: предотвратить нежелательную беременность, родить желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и иных факторов, определять количество детей в семье. В это понятие включается информация о путях достижения перечисленных целей, обеспечение осознанного выбора, возможность использования всего спектра безопасных и эффективных методов **контрацепции**.

Согласно данным ВОЗ, из ста женщин репродуктивного возраста 64 применяют контрацептивные средства планирования семьи. Не используют таких методов регулирования рождаемости 36 из них по следующим причинам: 13 - не имеют полового партнера, 4 – бесплодны, 7 – прошли стерилизацию, 5 – из-за беременности, 7 – по другим причинам.

В ряде случаев применение мер предупреждения зачатия требуется по **медицинским показаниям**:

- в течение двух-трех лет после родов для восстановления организма матери;
- не менее 4-ех месяцев после перенесенного аборта;
- в течение 2-х лет после кесаревого сечения;
- на протяжении 1 года после внематочной беременности и выкидыша;
- при половой жизни до совершеннолетия;
- в семьях, где один или оба партнера страдают алкоголизмом или наркоманией;
- женщинам после 35-летнего возраста, уже спланировавшим свою семью;
- женщинам, страдающим тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и нервной систем, печени и почек, имеющим злокачественные новообразования.

Существующие **методы контрацепции** условно разделяют на две группы. К первой, **традиционной, группе** относится ритмический метод, включающий календарный и температурный способы, прерванный половой акт, механические средства и химические методы с локальным действием. Вторая группа, объединяющая **современные методы** предохранения от беременности, включает внутриматочные средства (ВМС) и гормональную (оральную) контрацепцию.

5.1. Естественные методы планирования семьи, традиционно применяемые женщинами, базируются на научных наблюдениях за физиологическими признаками фертильности и нефертильности у женщины в зависимости от фазы менструального цикла. **«Фертильность»** (от латин-

ского «fertilitas») означает *плодовитость*. Медицинский термин «**фертильный период**» определяет сроки менструального цикла, когда существует вероятность зачатия (оплодотворения яйцеклетки). Продолжительность этого периода невелика – около 48 часов. После овуляции яйцеклетка, покинувшая яичник и передвигающаяся по брюшной полости в матку, может быть оплодотворена в течение 2-х суток. Сперматозоиды в женском организме остаются жизнеспособными на протяжении 5-ти суток, ожидая встречи с женской половой клеткой в маточных трубах и даже в брюшной полости. Учитывая вышесказанное, длительность фертильного периода составляет 6-8 дней. На практике эти сроки преднамеренно увеличивают, так как трудно точно определить время «рождения яйцеклетки» в каждом конкретном случае. Иногда в течение 24-х часов случается и вторая овуляция, результатом которой может стать многоплодная беременность.

В настоящее время супружескими парами применяются различные методы естественного планирования семьи. Некоторые из этих способов зависят только от одного показателя, большая же часть базируется на двух и более индикаторах фертильности. Применяя такие методы с целью контрацепции, мужчина и женщина добровольно воздерживаются от полового акта во время фертильной фазы менструального цикла. И наоборот, стремясь зачать ребенка, пара должна вступать в половые отношения в эти сроки.

Ритмический метод контрацепции используется 5-8-ю процентами пар. Его сущность заключается в отказе от сексуальных контактов в период, когда существует вероятность забеременеть. К *преимуществам* такого способа относят безвредность, отсутствие необходимости применения каких-либо механических средств и химических веществ. *Недостатками* являются: низкая контрацептивная эффективность (около 20% случаев нежелательных беременностей); длительные периоды воздержания от половой жизни; невозможность применения при нерегулярных менструальных циклах.

При использовании ритмического метода наибольшую сложность представляет определение границ фертильного периода. С этой целью предложено несколько методов: календарный, температурный, шеечный, мультикомпонентный и симптотермальный методы.

Наиболее простым, но менее надежным из них является **календарный метод**. При этом момент наступления и продолжительность «опасного» времени определяют с учетом длительности менструального цикла в течение последних 8-12 месяцев. *Начало периода* вычисляют путем вычитания числа 18 из длительности самого короткого цикла. *Конец фертильного периода* устанавливается при вычитании числа 11 из продолжительности самого длинного цикла. Например, если самый короткий цикл составлял 26, а самый длинный – 30 дней, начало фертильного периода приходится на 8-ой день цикла, а конец – на 19-ый. В данном случае продол-

жительность фертильного периода составила 11 дней, а половые контакты без риска зачатия допустимы до 8-го и после 19-го дня цикла. Невысокая надежность такого метода связана с тем, что сроки овуляции индивидуальны и могут смещаться. Для женщин с нерегулярным менструальным циклом такой метод предохранения и вовсе неприемлем.

Температурный метод определения сроков фертильного периода требует систематического измерения базальной температуры (в прямой кишке). Данный метод контрацепции основан на изменении температуры тела женщины вскоре после овуляции. Термометрия проводится одним и тем же термометром утром сразу после пробуждения в положении лежа в постели до начала активной деятельности и приема пищи. Полученные показатели следует записывать, составляя график. В норме в первой половине цикла температура в прямой кишке ниже 37°C . За 12-24 часа до овуляции она снижается на $0,1-0,2^{\circ}\text{C}$ (предовуляторный спад температуры тела), а после выхода яйцеклетки из яичника повышается на $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ (до $37,0^{\circ}\text{C}$ и выше). Такими показателями базальной температуры сохраняются на протяжении всей второй половины менструального цикла до начала месячных. *Фертильный период наступает за 6 суток до предовуляторного спада (день максимального риска зачатия) и длится в течение 3-х суток после него.* Результаты измерений требуют особого внимания и индивидуального подхода, поскольку на изменение базальной температуры влияют различные факторы – нарушения сна, заболевания, стрессы и т.д.

Шеечный метод определения фертильного периода базируется на изменении характера шеечной (цервикальной) слизи в течение менструального цикла, особенно во время овуляции. Обычно сразу после месячных слизь не вырабатывается вообще или выделяется в очень небольшом количестве. Характерно ощущение сухости слизистой влагалища и наружных половых органов. В некоторых случаях может быть непрозрачная, густая и липкая слизь, чувство клейкости во влагалище. В предовуляторный период цервикальная слизь изменяет свойства: становится светлой, прозрачной и тягучей, напоминая яичный белок. Увеличивающееся количество шеечного секрета сопровождается ощущением влажности входа во влагалище и появлением слизистых выделений. После овуляции количество шеечной слизи резко уменьшается, она снова становится густой, липкой, непрозрачной. Иногда исчезает совсем. *Фертильный период начинается за 3 дня до появления большого количества слизи и продолжается еще в течение 4-х дней после исчезновения признаков повышенного слизеобразования.* Определяя качество и количество цервикальной слизи, ежедневно оценивая влажность входа во влагалище и слизистые выделения из него, можно определить «опасные» сроки. Рекомендуется воздерживаться от половых контактов за 3 дня до предполагаемого увеличения слизеобразования (в соответствии с предыдущими менструальными циклами) и в течение 4-х дней после исчезновения этого признака.

Мультикомпонентный метод предполагает комплексную оценку времени начала и продолжительности фертильного периода календарным, температурным и шеечным методами.

Симптомтермальный метод, включающий все перечисленные методики, основывается также на других физиологических показателях овуляции: чувствительность молочных желез, ощущения тяжести в нижней части живота и кровянистые выделения из влагалища.

Традиционным методом планирования семьи является **прерванный половой акт**. Суть способа заключается в том, что мужчина извлекает половой член из влагалища до эякуляции (семяизвержения), т.е. сперма не попадает в женские половые пути. Такой метод предохранения от беременности, несмотря на простоту, имеет ряд недостатков. К числу таковых относятся:

- низкий контрацептивный эффект - риск «неожиданной» беременности составляет 15-30 случаев на 100 женщин в год.
- эффективность может снижаться из-за наличия в мочеиспускательном канале мужчины спермы, сохраняющейся в течение 24-х часов после предыдущей эякуляции.
- отсутствие оргазма у женщин в 60% случаев на фоне изменения психоэмоциональной настроенности на беременность.
- продолжительное использование этого метода приводит к серьезным проблемам репродуктивного здоровья женщины – дисфункции яичников, развитию застойных изменений в малом тазу, фригидности.
- длительное применение мужчиной такого способа контрацепции способно обусловить гипертрофию предстательной железы, неврастению, снижение потенции.
- возможность заражения инфекциями, передающимися половым путем.

5.2. Барьерные методы контрацепции – это предохранение от нежелательной беременности путем препятствия попаданию спермы во влагалище или в шейку матки с помощью химических или механических средств, а также их сочетания. К барьерным методам относятся: презервативы (мужские и женские), диафрагмы, шеечные противозачаточные колпачки, спермицидная пена, спермицидные суппозитории, пенящиеся таблетки, пасты, гели и губки.

Презервативы мужские до недавнего времени являлись наиболее распространенными противозачаточными средствами в нашей стране. Презерватив представляет собою тонкий чехол, изготовленный из резины (латекса), винила или натуральных продуктов, который может быть обработан спермицидом для дополнительной защиты. История этого механического средства контрацепции ведет исчисление со времен Римской империи, где с этой целью и для профилактики венерических заболеваний мужчины использовали мочевые пузыри рыб и животных. Большинство

современных кондомов изготовлены из резины. И только 1% составляют «кожаные», изготовленные из обработанной коллагеновой ткани, получаемой из слепой кишки ягнят. Эти противозачаточные средства отличаются по размеру, форме, толщине рельефу наружной поверхности и цвету. Наиболее распространенные имеют диаметр около 2,5 см и длину около 19 см. Новейшие марки презервативов в составе смазывающего вещества, распределяющегося по внутренней и наружной поверхностям, часто содержат спермицид *нонаксинол-9*.

Неоспоримыми *преимуществами* данного метода контрацепции являются: удобство применения при нерегулярных контактах; доступность; предохранение от инфекций, передающихся половым путем, в том числе от СПИДа (за исключением презервативов из естественных материалов); участие мужчины в вопросах планирования семьи; предупреждение преждевременной эякуляции; профилактика рака шейки матки; возможность использования при аллергии на сперму.

Показаниями к использованию презервативов считаются:

- пониженный риск зачатия (редкие половые сношения и/или поздний репродуктивный возраст);
- использование в комбинации с другими методами предохранения, например с ритмическим методом;
- предупреждение инфекций, передающихся половым путем, при отсутствии постоянного полового партнера или наличии нескольких партнеров;
- временный метод контрацепции во время перерыва в использовании комбинированных оральных контрацептивов или внутриматочных средств.

К *противопоказаниям* относятся: аллергия на резину, латекс, смазку и/или спермицид; уменьшение чувствительности и/или нарушение эрекции.

Метод ограничен из-за:

- снижения чувствительности при половом сношении;
- относительно низкого контрацептивного эффекта, связанного с вероятностью повреждения целостности кондома и пренебрежением правил его применения (не с начала полового акта);
- страха перед нежелательной беременностью;
- нежелания партнера участвовать в планировании семьи.

Контрацептивный эффект мужских презервативов достаточно высок – 98% (при условии их правильного использования).

Женские презервативы, разработанные в 80-х годах XX столетия, внешне напоминают мужские, но длиннее и шире их. Эти средства уже производятся в некоторых странах и широко используются для защиты от нежелательной беременности и заражения инфекциями, передающимися половым путем (включая ВИЧ).

Диафрагма («голландский колпачок») впервые описана, как средство барьерной контрацепции, в 80-х годах ХУІІ века. В конце 20-го столетия предложена его новейшая модификация с мягкой каймой из латекса, улучшающей контакт со стенками влагалища. Разработаны и продаются резиновые и латексовые диафрагмы одноразового использования с нанесенным на них спермицидом. Подбором вида диафрагмы и ее оптимального размера с учетом анатомических особенностей каждой женщины должен заниматься медицинский работник. Эффективность применения различных модификаций диафрагм составляет 14-18 случаев беременностей на 100 женщин в год, что связано с высокой вероятностью погрешностей при их использовании.

Шеечные колпачки не имеют широкого применения. Обычно они изготавливаются из латексной резины и металла. В настоящее время в продаже встречаются такие изделия трех типов: полый углубляющийся с ободком, куполообразный колпачок и колпачок *Vimule*. Их эффективность при использовании со спермицидом составляет от 6-ти до 18-ти беременностей на 100 женщин в течение первого года применения.

5.3. Спермициды относятся к классу химических контрацептивов. Такой метод предохранения от беременности основан на способности активного ингредиента, входящего в состав спермицида, разрушать сперматозоиды в течение нескольких секунд. Ещё в глубокой древности с этой целью женщины вводили во влагалище вещества растительного происхождения (сок лимона) и химические соединения (уксус, марганцовокислый калий и т.д), изменявшие подвижность сперматозоидов или разрушавшие их.

Современные спермициды – это химические вещества, инактивирующие либо убивающие мужские половые клетки во влагалище до того, как они успевают проникнуть в верхние отделы женской репродуктивной системы. Активность таких препаратов должна быть чрезвычайно высокой, так как сперматозоиды способны проникать в канал шейки матки через несколько секунд после эякуляции, а самые подвижные из них могут оказаться в маточных трубах спустя 90 секунд. В качестве активного ингредиента современных спермицидов используют сурфактанты и ингибиторы активных ферментов. Доказано, что хлорид бензалкония в концентрации 0,005% вызывает тотальное разрушение сперматозоидов в течение 20 секунд, а также обладает бактерицидным и вирусоцидным эффектами в отношении вирусов герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловируса и ВИЧ. В состав спермицидов входит также средство, обеспечивающее дисперсию и обволакивающий эффект активного вещества во влагалище. Таким образом, вокруг шейки матки создается барьер, препятствующий продвижению сперматозоидов вглубь женского организма.

Современные спермициды выпускаются в виде *кремов, желе, влагалищных свечей, таблеток, пленок и пены*. *Кремы, желе и пены* следует вводить глубоко во влагалище с помощью специального аппликатора в положении лежа на спине. Их защитное действие начинается немедленно, продолжаясь в течение 1 часа и более. *Влагалищные суппозитории (свечи) и таблетки* вводят во влагалище в положении лежа на спине за 10-20 минут до полового акта. Контрацептивный эффект начинается через 10-15 минут после введения и сохраняется в течение 1-го часа. *Вагинальные противозачаточные пленки* представляют собою тонкие маленькие листочки длиной около 5-ти см. Вводятся за 15 минут до полового сношения глубоко во влагалище (до соприкосновения с шейкой матки). Действие начинается спустя 15 минут после введения и продолжается в течение 1-го-2-х часов. При использовании спермицидов возможно как самостоятельное их применение, так и в сочетании с барьерными методами (презервативами, влагалищной диафрагмой или шеечным колпачком).

Показаниями к применению спермицидов является: местная контрацепция при сниженном риске наступления беременности (редкие половые акты и/или поздний репродуктивный период) в комбинации с барьерным методом; применение в комбинации с ритмическим методом при невозможности использования комбинированных оральных контрацептивов; контрацепция у недавно родивших и кормящих грудью женщин; временная контрацепция на фоне перерыва в использовании комбинированных оральных контрацептивов и внутриматочной спирали.

Такой метод предохранения от беременности *противопоказан* при острых воспалительных заболеваниях наружных половых органов, аллергии на спермицид, а также из-за высокой степени риска для плода в случае нежелательного зачатия. Возможными *побочными эффектами* являются нарушение естественной влагалищной микрофлоры с развитием местного дисбактериоза, чувство жжения и зуда в области вульвы, аллергические проявления. Применение спермицидов ограничено из-за: низкого контрацептивного эффекта; отрицательного влияния на биоценоз влагалища, вероятности тератогенного воздействия на плод при уже наступившей беременности.

Контрацептивный эффект метода составляет 25-30 беременностей на 100 женщин в год, при правильном применении – до 10 .

Женщинам, применяющим спермициды, следует придерживаться следующих правил:

- контрацептивная эффективность спермицидов повышается при одновременном использовании барьерных методов;
- после полового акта с использованием спермицидов нельзя спринцеваться в течение 6-8 часов;
- после употребления аппликатор следует помыть водой с мылом;

- при повторном половом сношении обязательно использовать новую дозу спермицида.

Губки применяются в качестве противозачаточного средства на протяжении столетия. Вначале для этого использовались натуральные морские губки, с 70-х годов прошлого столетия – губки из натурального коллагена и синтетические, пропитанные спермицидом. Изделие «Today», выпущенное в 1983 году в США, представляет собою маленькую подушкообразную полиуретановую губку, пропитанную нонаксинолом-9 (1 грамм). Противозачаточные губки имеют один размер, продаются в аптечной сети без рецепта. Перед применением их смачивают в воде, а затем вводят глубоко во влагалище. Вогнутая с одной стороны поверхность губки позволяет плотно прижимать ее к шейке матки, снижая вероятность смещения во время полового контакта. Петля из полиэфирного волокна, прикрепленная с противоположной стороны, облегчает удаление губки из влагалища. Контрацептивный эффект губки сохраняется в течение 24-х часов, что позволяет женщине сохранять уверенность в своей защищенности при повторных сношениях в течение этого времени. После использования губка уничтожается.

Эффективность противозачаточного действия губок составляет 10-20 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования. У рожавших женщин этот показатель несколько выше.

5.4. Гормональная контрацепция, предложенная в 1961 году и получившая признание во всем мире, позволяет женщине самой определять число желанных детей и промежутки времени между их рождением. Доказано, что гормональные средства не только предохраняют от нежелательной беременности, но обладают также и рядом «неконтрацептивных» лечебных и лечебно-профилактических преимуществ. Этот метод предупреждения зачатия основан на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.

В зависимости от состава и способа использования современные гормональные контрацептивы подразделяются на:

1. Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы

А. Оральные: монофазные, многофазные.

В. Парентеральные: инъекции, влагалищное кольцо, пластыри.

2. Чисто гестагенные контрацептивы

А. Оральные: мини-пили.

В. Парентеральные: подкожные имплантанты, инъекции, внутриматочная гормональная система (Мирена), влагалищные кольца с гестагеном.

Следует отметить, что наиболее доступными, проверенными, надежными и простыми в использовании являются комбинированные низкодозированные монофазные оральные контрацептивы. Гормональные препа-

раты, содержащие и эстроген и прогестин, заставляют женский организм «думать» о «имеющейся» беременности, и подавлять овуляцию. Эти медикаментозные средства оказывают как центральное действие на головной мозг, так и периферическое - на яичники, фаллопиевы трубы и матку. Блокируется выброс фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), отвечающего за созревание яйцеклетки. В середине менструального цикла подавляется активность лютеинизирующего гормона (ЛГ), индуцирующего овуляцию. Эстрогены, входящие в состав гормональных контрацептивов, гарантируют стабильный 28-дневный цикл без межменструальных кровотечений, а прогестины препятствуют созреванию яйцеклетки и прекращают овуляцию. Увеличение количества слизи в канале шейки матки затрудняет проникновение сперматозоидов в верхние отделы репродуктивных органов женщины.

Препарат следует принимать с первого по 21-ый день менструального цикла по 1 таблетке в день в одно и то же время, затем следует 7-дневный перерыв. После семидневной паузы использование гормонального средства возобновляют. Во время перерыва должна приходиться менее обильная и менее болезненная чем обычно менструация. При нерегулярном приеме в организме женщины нарушается гормональный баланс. В экстраординарных ситуациях при применении мини-пили допускается перерыв между приемами не превышающий 24-х часов, при использовании комбинированных препаратов – не более 36-ти часов.

Побочные эффекты комбинированных оральных контрацептивов подразделяют на клинические и зависящие от механизма действия. Клинические могут быть общими (головокружение, тошнота, рвота, головная боль, нервозность, раздражительность, депрессия, прибавка в весе, снижение сексуального влечения, напряжение в молочных железах, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте и желчевыводящих протоках) и приводить к нарушениям менструального цикла (межменструальные мажущие кровянистые выделения, прорывные кровотечения, отсутствие месячных во время и после приема гормональных препаратов).

«Избыточное» влияние эстрогенов проявляется раздражительностью, головной болью, повышением артериального давления, тошнотой и рвотой, болями в молочных железах, увеличением массы тела, варикозным расширением вен и ухудшением переносимости контактных линз. Недостаточный эстрогенный эффект приводит к депрессии, снижению либидо, раздражительности, головной боли, уменьшению размера молочных желез, сухости влагалища, скудным менструациям или межменструальным кровотечениям в начале и середине цикла.

«Избыточное» влияние прогестагенов вызывает чувство утомляемости, депрессию, головные боли, угревую сыпь, снижение сексуальной активности, сухость влагалища, увеличение массы тела и ухудшение состояния варикозно-расширенных вен. Недостаточный прогестагенный эффект

приводит к обильным менструациям, межменструальным кровотечениям во второй половине цикла или задержке месячных.

Тем не менее, серьезные осложнения при применении комбинированных оральных контрацептивов встречаются крайне редко. Риск таких осложнений гораздо меньше, чем при беременности. Кроме того, гормональные противозачаточные средства имеют **«положительные неконтрацептивные эффекты»**: нормализация менструальной функции; уменьшение болей во время месячных, профилактика образования кист в яичниках и молочных железах, уменьшение выраженности железодефицитной анемии, профилактика возникновения некоторых злокачественных новообразований, снижение выраженности воспалительных и ревматических заболеваний, уменьшение риска внематочной беременности, положительное влияние на волосы и кожу (излечение угрей и себореи).

Следует помнить, что подбор комбинированного орального контрацептива для женщины должен быть **строго индивидуальным** с учетом особенностей всего организма и состояния её репродуктивного здоровья, данных индивидуального и семейного здоровья. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, **препаратом первого выбора** должен быть монофазный комбинированный оральный контрацептив с содержанием эстрогена (не более 35 мкг/сутки) и низкоандрогенного гестагена.

Доказано, что более 85-90% женщин способны забеременеть в течение одного года после прекращения приема гормонального противозачаточного средства. Отрицательного влияния на плод, течение и исход беременности в таких случаях не отмечается. Случайный прием препарата на ранних стадиях беременности также не опасен и не является основанием для аборта. Однако, при возникновении подозрения на беременность женщине необходимо немедленно прекратить прием комбинированного орального контрацептива и обратиться к врачу.

Препараты этой группы противопоказаны женщинам:

- страдающим заболеваниями печени и почек, сахарным диабетом;
- имеющим проблемы с сосудами (мигрени, гипертония, тяжелые сердечные недуги, варикозное расширение вен);
- при наличии гормонально-зависимых опухолей молочных желез, яичников или эндометрия.

Немедленного прекращения приема комбинированного орального контрацептива и обращения к врачу требует появление в течение первых дней следующих симптомов: сердечные и головные боли, повышение артериального или внутричерепного давления, резкое ухудшение зрения и слуха, желтушность кожных покровов, сильный зуд.

Гормональные инъекции - средство длительной контрацепции. При его использовании постепенно высвобождается и поступает в кровь гормон левоноргестрел. В организме постоянно поддерживается концентрация препарата, необходимая для предохранения от нежелательной бере-

менности. Инъекции делают один раз в 2-3 месяца, что освобождает женщину от ежедневного приема таблеток. Этот способ подходит только рожавшим женщинам и дамам зрелого возраста. Молодым девушкам, не рожавшим женщинам и женщинам после 40 лет данный вариант контрацепции противопоказан из-за подавления функции яичников и почти полного прекращения менструации.

5.5. Внутриматочная спираль (ВМС) представляет собою пластиковое приспособление, содержащее медную, серебряную или золотую спираль или петлю. В настоящее время изготавливаются металло- и гормоносодержащие спирали различных размеров. Противозачаточное действие начинается с момента введения в полость матки, а из гормонального средства ежедневно выделяется небольшое количество препарата, не позволяющего произойти оплодотворению. Позитивным моментом такого варианта предохранения от беременности является то, что гормоны не попадают в кровоток. После извлечения ВМС репродуктивная функция женщины восстанавливается в течение 6-12 месяцев. Данное контрацептивное средство может находиться в матке до 5-ти лет, хотя оптимальными сроками считается 2-3 года.

Применение внутриматочных спиралей *не рекомендуется* нерожавшим и женщинам, страдающим от болезненных менструаций. Следует помнить и о возможном усилении менструальных кровотечений. При послеродовых рубцовых деформациях шейки матки спираль не удерживается в её полости. Использование таких противозачаточных средств *запрещено* при:

- эрозиях шейки матки;
- хронических инфекциях матки и придатков;
- воспалениях эндометрия;
- злокачественных новообразованиях шейки и тела матки.

Метод эффективен по различным данным в 75 - 98 процентах, вероятность нежелательной беременности колеблется от 0,5 до 1 случая на 100 женщин в год в течение первых 12-ти месяцев использования. *Недостатками* такого противозачаточного средства являются:

- повышенный риск заражения инфекциями, передающимися половым путем;
- «приоткрытость» шейки матки служит воротами для проникновения инфекции в верхние отделы женской репродуктивной системы;
- инородное тело в полости матки затрудняет сокращение её мускулатуры, что в некоторых случаях приводит к обильным, продолжительным и очень болезненным месячным;
- движение менструальной крови в направлении маточных труб и брюшной полости, провоцируемое спиралью, может стать причиной внематочной беременности и эндометриоза;

- в местах соприкосновения спирали со стенкой матки снижается кровоток, что со временем может привести к образованию миоматозных узлов.

Достоверно установлено, что процент внематочных беременностей у женщин со спиралями в 4 раза выше, чем у остальных.

5.6. Добровольная хирургическая контрацепция (стерилизация) на современном этапе является одним из наиболее распространенных методов планирования семьи как в развитых, так и в развивающихся странах. Согласно статистическим данным, еще в 1990 году такое вмешательство перенесли 145 миллионов женщин и 45 миллионов мужчин. В таких ситуациях в женских или мужских половых путях создается механический барьер на пути продвижения половых клеток. В организме женщины блокируются (перевязываются или рассекаются) фаллопиевы трубы, что препятствует слиянию сперматозоида и яйцеклетки в брюшной полости или маточной трубе. При стерилизации мужчин перевязываются либо рассекаются семявыносящие протоки, следствием чего является отсутствие сперматозоидов в эякуляте.

Принимая решение о добровольной хирургической стерилизации, супружеские пары должны помнить, что эти процедуры представляют собою наиболее *эффективный* и *необратимый* метод контрацепции. Эффективность его при женской стерилизации составляет 0,05-0,4 беременности на 100 женщин в год, при мужской – 0,1-0,5 беременностей на 100 женщин в год. К числу преимуществ способа относятся также однократность выполняемого вмешательства и отсутствие необходимости заботиться о контрацепции.

Показания к хирургической стерилизации строго определяются законодательно. К ним относятся: наличие медицинских противопоказаний к беременности и желание женщины при наличии определенных условий (возраст старше 32-х лет при наличии одного ребенка в семье, наличие 2-х и более детей в семье). *Абсолютным противопоказанием* к подобному вмешательству являются острые воспалительные заболевания малого таза. К числу *относительных противопоказаний* отнесены: сердечно-сосудистые заболевания, патология органов дыхания, сахарный диабет, опухоли органов малого таза, истощение, ожирение, спаечный процесс в брюшной полости и пупочная грыжа.

5.7. Неотложная (посткоитальная) контрацепция, называемая также экстренной или «аварийной» контрацепцией – это чрезвычайная мера предохранения от нежелательной беременности в течение первых суток после полового акта (коитуса). Метод применяется в случаях «незащищенного» (без контрацептива) полового акта, после изнасилования, при возникновении сомнения в целостности презерватива или диафрагмы, при

погрешностях гормональной контрацепции (пропуск приема очередной таблетки) и в других подобных случаях, когда беременность опасна.

В таких ситуациях необходим комплексный подход с применением различных видов предотвращения зачатия, отвечающих конкретным требованиям: высокая эффективность и отсутствие побочных явлений. Наиболее результативным признано назначение не позднее 72-х часов после коитуса гормональных препаратов в дозировках, значительно превышающих таковые при обычном приеме. Введение внутриматочной спирали (с обязательным соблюдением правил) в течение первых 5-ти суток после незащищенного полового контакта позволяет получить желанный контрацептивный результат в 99% случаев. При этом предпочтение следует отдавать ВМС, содержащим гормоны. Следует помнить, что применение внутриматочных контрацептивов неприемлемо у нерожавших женщин и при высоком риске инфицированности (после изнасилования).

Доказана достаточно высокая эффективность (около 96%) неотложной контрацепции, проводимой не позднее 24-ёх – 72-х часов после «незащищенного» полового акта в строгом соответствии с рекомендациями гинеколога.

5.8. Можно ли планировать пол будущего ребёнка?

По статистике, на 100 девочек рождается 106 ребят. Природа, зная о меньшей жизнестойкости мальчиков, так регулирует соотношение полов. Иногда рождение ребенка определенного пола является необходимостью, ведь существует генетическая предрасположенность передачи некоторых болезней по мужской или женской линии. Оказывается, можно попробовать заранее «запрограммировать» пол малыша. И не просто бабушкиными сказками (хотя и в них есть доля правды), а вполне научно обоснованными методами.

Х или Y

Биологический пол ребенка определяет мужчина и его сперматозоид, несущий в себе поровну X и Y хромосом. Женская же яйцеклетка содержит только X хромосому. А потому при слиянии XX получается девочка, а при XY — мальчик.

«Мальчишеские» сперматозоиды более юркие, а потому они первыми достигают яйцеклетки, если она находится уже в маточной трубе. Надо только правильно подобрать время зачатия: за день до овуляции или непосредственно во время ее. А до этого времени лучше отказаться от половых контактов в течение нескольких дней, чтобы в половых путях не было сперматозоидов с X хромосомой, способных «перехватить добычу».

«Девичьи» сперматозоиды менее подвижны, но более выносливы. Через пару дней Y хромосомы теряют силу и выбывают из игры, на поле сражения остаются X хромосомы, которые и «делают» девочек. И это возможно только за 2-3 дня до овуляции.

Польский врач Бенедо разработал упрощенную методику, по которой при тщательном подсчете дней менструального цикла зачатие мальчика прогнозируется за 11-12 дней до предполагаемого начала менструации, а зачатие девочки — за 13-14 дней до этой даты.

Рассчитать момент овуляции можно только при регулярном менструальном цикле. Обычно овуляция наступает за две недели до начала менструации. Можно использовать и температурный метод — увеличение утренней ректальной температуры на 0,2 градуса в середине менструального цикла, как правило, указывает на овуляцию.

День овуляции подскажут и тестовые полоски, наподобие тех, что применяются для диагностики беременности. Можно определить момент овуляции и ультразвуком: если фолликул в яичнике достигает 2 см, значит, в ближайшие двое суток произойдет овуляция. А если фолликул исчез и превратился в желтое тело, время овуляции уже прошло.

Техника любви

На пол ребенка может повлиять и техника полового акта: неглубокое проникновение во время акта способствует рождению девочек. В кислой среде влагалища сперматозоидам выжить трудно и Y хромосомы гибнут быстрее.

Английские медики рекомендуют женщине за 15 минут до секса принять вагинальный душ с раствором бикарбоната, если хочется мальчика. И с соком лимона или раствором уксуса — если девочку. Есть у англичан указания и относительно любовных поз. При «заказе» на мальчика женщина лежит на животе, мужчина на ней. Женщина должна первой испытать оргазм. При «заказе» на девочку женщина лежит на спине, мужчина — на ней. До оргазма у женщины дело не должно дойти.

Древние китайцы советовали женщинам во время акта любви ложиться головой на север, чтобы родился мальчик, а для зачатия девочки — на юг.

По тому, как общается пара, также можно предсказать пол будущего младенца. Нежные романтические отношения подарят девочку, а бурные и страстные — мальчика.

Возраст

Если женщина ожидает первого ребенка от мужчины, который намного старше ее, скорее всего, родится сын. Если же отец значительно моложе матери, вероятнее всего рождение девочки. Существует зависимость пола ребенка и от возраста матери. В четные годы жизни зачатие девочки более вероятно в феврале, апреле, июне, августе, октябре. В нечетные годы — в январе, марте, мае, июле, сентябре и ноябре. Зачатие мальчика происходит с точностью до наоборот.

Пора года

«Удачные» дети получаются весной. Именно в это время активность спермы увеличивается на 16%, нежели осенью. Древние отмечали, что за-

нятие любовью на природе, среди цветов или в красивом доме дает лучшее потомство, чем в убогой и мрачной обстановке.

Греки не рекомендовали зачинать ребенка после нервного расстройства или под влиянием сильных эмоций - гнева, страха, отчаяния. Само зачатие должно проходить перед восходом солнца, когда организм отдохнул и полон сил.

День недели

В древнем Китае считали, что рождение мальчиков и девочек зависит от дня зачатия. Знали эту закономерность и славяне. К мужским дням наши предки относили понедельник, вторник, четверг. К женским — среду, пятницу и субботу. Можно заметить, что ночь с понедельника на вторник опоясана с двух сторон «мужскими» днями, а ночь же с пятницы на субботу - «женскими».

Обновление крови

Рассчитать вероятность рождения мальчика или девочки можно по так называемому «возрасту крови». У женщин она меняется каждые 4 года, а у мужчин – каждые 3 года. Чья кровь на момент зачатия будет моложе, того пола ребёнок и родится. Рассчитывается это следующим образом.

Возраст матери делится на 4. К остатку добавляется число месяцев, прошедших с последнего дня рождения до дня зачатия. Полученное число сравнивается с числом отца, рассчитанным по такому же принципу (только его возраст надо делить на 3). Чей остаток меньше, та кровь и моложе.

Пример:

Ей исполнилось 20 лет в мае, ему 32 года в феврале, а зачатие произошло в сентябре.

Возраст её крови: $20:4 = 4$, остаток = $0 + 4$ месяца – 4 месяца.

Возраст его крови: $32:3 = 10$ и 2 года в остатке, прибавляем к ним 8 месяцев, получаем 2 года и 8 месяцев.

Её кровь моложе, значит должна родиться девочка.

Активность: быть или не быть

Наблюдая за животными, ученые обнаружили, что при высоком ритме половой жизни на свет появляются самцы, а при малой активности — самочки. Точно так же и у людей. А потому, чтобы родилась девочка, мужчине надо с головой уйти в работу, а в свободную минутку заниматься спортом. Про секс лучше не вспоминать, никаких ласк и поцелуев. Любое возбуждение у мужчин, даже не закончившееся оргазмом, может «перепутать все карты». Снизить сексуальность помогут растительная пища и настои из валерианы, пустырника, мяты.

Тем же, кто мечтает о мальчике, нужен еще один медовый месяц. Никаких мыслей о деньгах и работе — только секс. А еще — мясо, пряности и острая пища.

Вес матери

Итальянский исследователь Анжело Ганьячи отмечает, что на пол будущего ребёнка влияет вес матери. По его данным, у мам весом менее 54 килограммов чаще появляются дочери, а у более полных женщин - мальчики. Косвенно это подтверждают американские учёные. Они обратили внимание, что животные после голода производят больше потомства женского пола. Также у копытных крупные и сильные матери рожают потомство мужского пола.

Стресс

Мужские сперматозоиды и эмбрионы очень восприимчивы не только к недостаточному питанию, но и к стрессам. В неблагоприятных социально-экономических условиях, после стихийных бедствий число рождённых мальчиков временно повышается. Это явление получило название «феномена войны».

Питание

Популярна сейчас пищевая теория регуляции пола, хотя давно установлено, что пол будущего ребёнка напрямую зависит от питания мамы.

Согласно ей, для рождения мальчика, будущая мама должна придерживаться натриево-калиевой диеты: солёное, острое, а также мясо, бананы, картофель, бобы. Для рождения девочки необходима пища, богатая кальцием и магнием: молочные продукты, чёрный хлеб, грибы, печень, цветная капуста, орехи, грейпфруты и редька.

Женщины беременные мальчиками едят на 10% больше, чем ожидающие девочку. На этот процесс влияет сам плод. Плод мужского пола на определенном этапе проявляет гормональную активность – выделяет в кровь матери мужские гормоны. Они-то и оказывают специфическое влияние на обмен веществ, которое проявляется повышением аппетита.

Курение

Японские и датские специалисты установили, что курение перед зачатием и во время беременности уменьшают вероятность рождения мальчиков. Если курят оба родителя, то вероятность рождения девочки значительно возрастает.

Философия

Родители должны понять, что рождение ребенка того или иного пола — не случайность. К ним приходит тот ребенок, который им нужен для реализации себя как родителей, для получения собственного опыта. Если рождаются дети одного пола, надо попробовать осознать, почему это происходит. Девочки рождаются для того, чтобы родители научились мягкости, нежности и внимательности. А мальчики приходят для того, чтобы папы и мамы научились твердости, последовательности или каким-то другим качествам, необходимым для воспитания мальчиков. Если родители сумеют этому научиться, то их следующий ребенок будет того пола, который они «заказывают».

Ни один из названных способов не может дать 100-процентной гарантии на рождение ребенка желаемого пола. Но после того, как женщина забеременела, не стоит расстраиваться, если УЗИ показало не тот пол, который хотелось бы, иначе ребенок еще до рождения начнет ощущать себя нежеланным.

6. БЕРЕМЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ

6.1. Диагностика беременности в ранних сроках

Заподозрить наличие беременности женщина может уже по наличию общеизвестных признаков: задержка менструации, утренняя тошнота, изменение вкусовых пристрастий, набухание груди, слабость.

Однако, на основании этих косвенных признаков вывод делать нельзя. Рекомендуется ведение графика ректальной температуры в течение месяца. Каждое утро, просыпаясь и не вставая с постели, нужно измерять температуру в заднем проходе (анусе) в течение 5-7 минут. На основании ежедневных записей составляется график. Если температура держится на уровне 37,1-37,3⁰С, а месячные не приходят, есть основание подумать о наличии беременности.

Более достоверным методом диагностики является анализ крови из вены, информативный даже до начала задержки. Он показывает точное содержание гормона хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), что позволяет установить срок беременности.

Тест на беременность.

Для определения беременности в домашних условиях, не прибегая к услугам врача, женщины всего мира пользуются специальными тестами.

Неоспоримыми преимуществами такого метода являются простота применения и полная анонимность. Основным же достоинством домашнего теста следует считать то, что он обнаруживает беременность на самом малом сроке – начиная с первого дня задержки менструации. Применяющиеся для этих целей в женских консультациях анализы крови и мочи вынуждают ждать результатов в течение недели.

Для проведения такого обследования необходимо только небольшое количество свежей мочи (более информативным считается исследование утренней порции). Тест состоит из небольшой полоски, часть которой чувствительна к гормону беременности – хорионическому гонадотропину человека. При беременности этот гормон присутствует как в крови, так и в моче. Полоску помещают в емкость с мочой до указанной отметки на время, рекомендованное в инструкции (от одной до пяти минут). Если по истечении указанного срока на ней появились две черты – тест положителен. Одна черта свидетельствует об отсутствии беременности.

Домашние тесты последнего поколения точны практически на 100 %. Однако, в некоторых случаях, в первые дни задержки месячных результат

может быть сомнительным (черта на полоске, «отвечающая» за беременность проявится нечетко). Это связано с тем, что в течение беременности уровень гормона ХГЧ меняется, и в самом ее начале – в первые дни задержки менструации – его в моче не слишком много. В такой ситуации тест следует повторить еще раз спустя несколько дней.

В настоящее время в аптеках продаже имеется широкий выбор тестов, как импортных, так и производимых в странах СНГ. Самые распространенные из них – американский «Be sure-S», французский «Babycheck – 1», английский «Clear Blue» и российский «Будьте уверены». Все они рекомендованы для применения с первого дня задержки месячных, все гарантируют точность.

Недостатком домашних способов диагностики беременности является то, что они, наряду с вышеуказанными анализами крови и мочи, могут дать утвердительный ответ и в случае внематочной беременности, исключить которую можно только с помощью ультразвукового исследования органов малого таза. Поэтому рекомендуется постановка на учет в женской консультации в ранние сроки.

6.2. Резус-конфликт

Резус-конфликт может возникать, если мать имеет отрицательный резус-фактор, отец – положительный, а малыш унаследовал положительный резус от отца.

При попадании эритроцитов плода в кровь матери ее иммунная система уничтожает их как «чужеродные». Это может произойти во время родов, аборт или выкидышей. Провоцируют выработку резус-антител различные осложнения во время беременности: отслойка и другие нарушения целостности плаценты, поздний токсикоз беременных, инфекции или травмы живота. Антитела способны появиться, если женщине в прошлом переливали несовместимую по резус-фактору кровь. Повышает риск конфликтной ситуации и кесарево сечение.

Резус-конфликт может привести к развитию *гемолитической болезни* у ребенка, когда в его организм через кровь попадает тканевой яд (билирубин). Этот токсин нарушает доставку кислорода, повреждает мозг плода, приводит к нарушению слуха, речи и окрашивает кожу малыша в желтый цвет. Возникают такие нарушения, от которых малыш может погибнуть.

На современном уровне возможна диагностика гемолитической болезни еще внутриутробно. Ультразвуковое исследование обнаруживает увеличение печени плода, утолщение плаценты и многоводие. В анализе крови, взятой из пуповины, определяется уровень билирубина и гемоглобина, что позволяет судить о прогрессировании патологического процесса. Исследование уровня билирубина в околоплодных водах информирует о тяжести заболевания.

Основным методом *лечения гемолитической болезни* плода является внутриутробное переливание крови ребенку, когда «зараженную» кровь заменяют на здоровую. Обязательным условием успеха является также витаминотерапия.

Предсказать возможность развития резус-конфликта трудно, так как неизвестно резус-фактор кого из родителей унаследует их очередной ребенок. Тем не менее, известны общие закономерности. Во время первой беременности уровень резус-антител, если они появляются, обычно не слишком высок. Это связано с тем, что иммунная система женщины впервые сталкивается с «чужеродным» белком. В последующих беременностях, благодаря «клеточной памяти», иммунная система женщины вырабатывает антитела в гораздо большем количестве и намного быстрее. Это может также привести к многочисленным выкидышам. По этой причине резус-отрицательным женщинам рекомендуется избегать прерывания беременности.

Избавиться полностью от образовавшихся ранее резус-антител не представляется возможным. В промежутках между родами их количество не изменится. Основное – к рождению каждого очередного ребенка подходить ответственно и стараться исключить возможные осложнения беременности. Анализ крови на резус-антитела можно выполнить в любой поликлинике либо женской консультации. Если количество (титр) антител очень велико, врач может назначить плазмаферез. В ходе этой процедуры производится очищение плазмы и, следовательно, снижается риск развития резус-конфликта при последующих беременностях. Следует помнить, что такое лечение допустимо только до зачатия.

Во время беременности необходимо регулярно определять уровень резус-антител в крови будущей матери. В первой половине беременности такое исследование проводится 1 раз в месяц, во второй половине – 2 раза в месяц. После 36 недель акушерского срока концентрацию антител определяют 1 раз в неделю, а непосредственно перед родами – 1 раз в 3 дня. Это позволяет вовремя заподозрить угрозу резус-конфликта и принять соответствующие меры.

6.3. Генетическая консультация

Консультация генетика необходима, чтобы снизить риск рождения ребенка с врожденной патологией. Существует около 3000 генетических заболеваний, передающихся по наследству. Около 5 процентов новорожденных страдают ими. Профилактика наследственных болезней направлена на снижение вероятности рождения таких детей. При этом патология выявляется до и во время беременности. Вылечить такие заболевания нельзя, поэтому лучше если женщина вместе с будущим отцом придет на консультацию за три месяца до зачатия.

До зачатия медико-генетическая консультация дает возможность предупредить родителей о вероятности появления нездорового ребенка. При необходимости проводят не только генеалогический анализ, но и хромосомные исследования супругов. Исследования крови также могут указывать на предрасположенность к патологии.

Врач-генетик определяет риск рождения неполноценного ребенка в результате наступившей или только планируемой беременности. Такому риску чаще всего подвергаются будущие мамы, забеременевшие после 35 лет. К этой категории относятся женщины, у которых первый ребенок имеет какие-либо наследственные или врожденные патологии. Вызывает также опасения наличие подобных проблем у одного из родителей.

В медико-генетической консультации проводятся *неинвазивные* (без проникновения в полость матки и нарушения целостности плодных оболочек) и *инвазивные* диагностические процедуры. Ультразвуковое обследование выявляет анатомические дефекты плода. Выполняется специальный анализ крови на хромосомную аномалию, синдром Дауна у плода.

По показаниям назначаются *инвазивные*, требующие внутреннего вмешательства, диагностические манипуляции. При условии соблюдения всех норм и отсутствии противопоказаний основной их риск – угроза выкидыша (2-3%). Получаемый же результат чрезвычайно важен для прогноза здоровья будущего ребенка. Эти методы дают наиболее точный результат и являются именно достоверно-диагностическими, а не вероятностными. К современным *методам инвазивной пренатальной (дородовой) диагностики* относятся:

- *транскервикальная биопсия хориона* – забор тканей через канал шейки матки, проводимый на ранних сроках, до 14 недель беременности;
- *биопсия хориона или ворсинок плаценты*, назначаемая во втором триместре беременности;
- *амниоцентез* – забор околоплодной жидкости;
- *кордоцентез* – пункция пуповины через брюшную стенку.

Все перечисленные операции проводятся после детального лабораторного обследования под местным обезболиванием и под постоянным контролем ультразвука.

Противопоказаниями к такому обследованию являются:

- различные технические сложности (положение плода и плаценты, количество околоплодных вод);
- патологические состояния беременности;
- инфекционные заболевания;
- тяжесть общего состояния женщины.

Назначение, проведение диагностической процедуры и исследование полученного материала – единый процесс. Врач-генетик консультирует в медико-генетическом учреждении по месту жительства. Для обследования

женщина направляется в пренатально - диагностический центр. Оттуда собранный материал отправляется в профильные генетические лаборатории.

Беременность и возраст. Гормональные перестройки организма, начинающиеся к 35 годам, вредоносные факторы внешней среды, приобретенные заболевания, плохая экология – все это оказывает на яйцеклетки отрицательное влияние и способствует генетическим ошибкам. У мам в возрасте после 35 лет один из 300 детей рождается с болезнью Дауна. К 40 годам риск возрастает и равен 1:100. Поэтому женщинам в определенном возрасте врач настоятельно рекомендует посещение генетической консультации.

6.4. Ультразвуковое исследование при беременности

Ультразвуковое исследование (УЗИ) широко применяется врачами-гинекологами в качестве дополнительного метода исследования. При этом звуковые волны высокой частоты, проходя через жидкую среду, отражаются от плотного объекта (ребенка) и преобразуются датчиком, в результате чего на экране появляются изображения скелета и внутренних органов плода.

Специальной подготовки беременной не требуется. В ранних сроках, когда околоплодных вод еще мало, накануне исследования рекомендуется выпить воды и прийти к врачу с наполненным мочевым пузырем. Процедура длится немногим более десяти минут, является максимально безопасной как для матери, так и для будущего ребенка.

При отсутствии противопоказаний УЗИ проводится в определенные сроки.

В *первом триместре* (10-12 недель) оно позволяет:

- выявить неразвивающуюся беременность, причиной которой являются широко распространенные в настоящее время урогенитальные и вирусные инфекции;
- установить возможную угрозу самопроизвольного прерывания беременности (выкидыша);
- диагностировать внематочную беременность;
- обнаружить многоплодную беременность.

Во *втором триместре* (20-23 недели) можно определить:

- состояние плаценты,
- вероятную внутриутробную патологию плода,
- аномалии развития конечностей,
- наличие спинно-мозговой или черепно-мозговой грыжи,
- врожденные пороки сердца,
- дефекты диафрагмы и опухоль брюшной полости младенца.

В эти сроки ультразвуковое исследование может также указать пол ребенка.

В *третьем триместре* на сроках 35-36 недель определяется:

- положение плода,
- мало- и многоводие,
- состояние пуповины и плаценты.

Полученные данные позволяют правильно оценить состояние мамы и ребенка, своевременно решить вопрос о способе и сроке родоразрешения, избежать нежелательных осложнений при родах. *Допплер-диагностика*, дополнительный метод УЗИ, позволяет проследить, как меняется частота сердцебиений ребенка в течение часа, и вовремя начать лечение при наличии кислородной недостаточности плода.

7. ИСКУССТВЕННЫЕ АБОРТЫ

Абортом называется прерывание маточной беременности в срок до 28 недель, т.е. до момента, когда возможно рождение жизнеспособного плода. Прерывание беременности может произойти самопроизвольно, без каких-либо вмешательств, вопреки желанию женщины (*самопроизвольный аборт*) либо проводится преднамеренно (*искусственный аборт*).

Искусственное прерывание беременности представляет собою одну из основных проблем репродуктивного здоровья женщины. Об этом свидетельствуют следующие факты:

- Искусственный аборт осложняет протекание последующей беременности у 78,3% женщин.
- В процессе родовспоможения женщинам, делавшим прежде аборт, в 2,5 раза чаще приходится прибегать к операции кесарева сечения.
- Искусственный аборт в 3,7 раза увеличивает риск внутриутробной задержки развития плода при последующей беременности.
- У матерей с искусственными абортами в прошлом в 3 раза чаще рождаются недоношенные или незрелые новорожденные.
- 77% младенцев, рожденных от матерей, прервавших первую беременность абортом, страдают малокровием и имеют аллергические реакции на продукты питания (экссудативный диатез).

Неосведомленным людям (в особенности мужчинам) процедура аборта зачастую представляется простой, безболезненной и не имеющей никаких последствий. Это неверно. Подобное вмешательство причиняет женщине физические и духовные страдания. Велика вероятность таких серьезных последствий, как сильное кровотечение, инфицирование матки с последующими воспалениями, нарушения менструальной функции, повышенная нервозность, раздражительность, быстрая утомляемость, бессонница.

Такие осложнения развиваются из-за того, что с самого начала беременности организм женщины начинает перестраиваться для работы в особом режиме, по-другому начинает работать гормональная система и внут-

ренные органы, изменяется состав крови. Резкое вмешательство в этот процесс негативно сказывается на репродуктивной функции. Из-за незрелости организма молодых девушек последствия искусственного прерывания беременности у них бывает еще более тяжелыми. Любой аборт — это риск того, что женщина не будет иметь детей в будущем. Более того, женщина, которая подвергается подобным вмешательствам, часто имеет проблемы при последующих родах.

Беременным женщинам, размышляющим о судьбе нежеланного ребенка, следует знать, к каким последствиям приводят искусственные аборты.

Нарушения репродуктивного здоровья женщины после естественного аборта:

- В результате хирургических манипуляций во время выскабливания травмируется шейка и полость матки. Насильственное расширение шейки матки во время аборта ведет к тому, что при последующих беременностях она может самопроизвольно открыться, провоцируя таким образом выкидыш или преждевременные роды. В таких ситуациях в сроке 14 недель в условиях стационара на шейку матки накладывают циркулярный шов, который незадолго до родов снимают.
- Во многих случаях аборты приводят к необратимым изменениям в матке и маточных трубах. В них образуются спайки, утрачивается подвижность труб, возникают анатомические и функциональные изменения, препятствующие передвижению яйцеклеток к матке.
- После аборта в организме женщины часто возникают серьезные гормональные сдвиги: нарушается менструальный цикл и процесс созревания яйцеклеток, вследствие чего в дальнейшем появляются проблемы с зачатием.
- Воспалительные заболевания матки, осложняющие послеоперационный период (после аборта), повышают риск женского бесплодия в дальнейшем.
- Медикаменты, применяющиеся при искусственном аборте, вызывают негативные изменения флоры влагалища.
- Повторные вмешательства в матку в ходе последующих абортов ведут к еще большему количеству воспалительных заболеваний и к эндометриозу.

В распоряжении современной гинекологической службы имеются всевозможные средства и методы искусственного прерывания беременности. О некоторых из них и пойдет речь.

«Большой» хирургический аборт выполняется в условиях стационара на сроках 8-12 недель беременности.

Суть манипуляции: Под общим наркозом канал шейки матки расширяется, а затем ее полость выскабливается острым хирургическим инст-

рументарием – кюреткой. Таким образом, одновременно удаляется живой зародыш с плодными оболочками.

Последствия для материнского организма:

- Вследствие истончения стенок матки, а также из-за особенностей хирургического инструментария высока вероятность разрыва (перфорации) матки, особенно при повторных абортах. Это приводит к полостной операции с ушиванием или удалением матки. И хотя подобные осложнения встречаются нечасто, гарантии безопасности такого метода прерывания беременности никто не имеет.
- Высок процент воспалительных осложнений. Они встречаются у каждой десятой женщины, сделавшей аборт.
- Полость матки после выскабливания представляет собой рану, открытую любой инфекции. Источником же инфицирования, как правило, является организм самой женщины (больные придатки, зубы, небные миндалины, придатки носа и т.д.).
- Клинические проявления при этом могут быть выражены незначительно: умеренные боли и выделения, более обильные и болезненные, либо скудные и редкие месячные. В результате лечение начинается несвоевременно, а воспаление становится хроническим. В полости матки постепенно образуются сращения (спайки) и рубцы. В итоге этого – многочисленные женские недомогания и бесплодие.
- Так как беременность прерывается в большом сроке, высок процент гормональных осложнений – от нарушения менструального цикла до бесплодия.
- После прерывания первой беременности шансы благополучно родить уменьшаются вдвое.
- Чтобы забеременеть, каждая вторая женщина будет нуждаться в гинекологической помощи.
- В 80% случаев последующая беременность будет протекать проблемно.

Мини-аборт представляет собою щадящий вариант хирургического аборта, выполняемый под общей или местной анестезией до 21-го дня задержки менструации (т.е. до 6-7 недель акушерского срока).

Суть манипуляции: После расширения канала шейки матки производится отсасывание ее содержимого с помощью вакуум-аспиратора.

Последствия для материнского организма:

- Риск хирургических травм намного меньше, чем при выскабливании полости матки.
- Воспалительные и гормональные осложнения встречаются с той же частотой, что и при «больших» абортах.
- Высока вероятность неудачи (плодное яйцо удалено не полностью), что потребует повторного выскабливания матки.

Магнитный колпачок. Доступный и недорогой метод прерывания беременности при задержке менструации не более 7-ми дней.

Суть манипуляции: На шейку матки надевается колпачок из специального материала. Постоянное магнитное поле приводит к выкидышу в течение трех суток.

Последствия для материнского организма:

- Наличие во влагалище колпачка повышает риск воспалительных заболеваний.
- Гормональные сдвиги возникают с той же частотой, что и после других абортов.
- При неудачной попытке применения магнитного колпачка последует выскабливание матки технически более сложное, так как плодное яйцо в местах кровоизлияний плотно спаивается со стенкой матки.

Медикаментозный аборт выполняется в медицинских учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Эффективен в 90-95% случаев на сроке до 12 недель беременности.

Суть манипуляции: После приема таблеток беременность прерывается в течение 48-ми часов. Современные медикаментозные средства блокируют действие гормонов беременности на плодное яйцо, оно погибает и полностью изгоняется из сократившейся матки.

Последствия для материнского организма:

- Применение этого метода прерывания беременности исключает возможность воспалительных осложнений.
- Сохраняется возможность неполного аборта (4,7%), что потребует вакуум-аспирации.
- Гормональные осложнения встречаются реже.

Иглокальвание - метод, по эффективности близкий к магнитному колпачку. Требуется стопроцентной гарантии маточной беременности, ультразвукового исследования и анализа крови. В широкой практике не применяется из-за отсутствия специалистов высокой квалификации.

Профилактика осложнений после искусственного аборта

1. Наблюдение у гинеколога в течение месяца. Осуществляется контроль состояния матки, назначается профилактическое лечение.
2. Медикаментозная профилактика воспалительных заболеваний.
3. Медикаментозная профилактика гормональных нарушений.
4. Оптимальная контрацепция, т.к. беременность может наступить уже в следующем после аборта менструальном цикле.
5. Воздержание от половой жизни до следующих месячных.
6. Отказ от курения и употребления алкогольных напитков.
7. Максимум внимания своему здоровью, чтобы не пропустить возможные осложнения.

8. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Невынашивание беременности – это важный показатель *репродуктивного здоровья*. Данная проблема, являющаяся актуальной на протяжении многих десятилетий, в большинстве случаев является результатом высокой распространенности аборт. Особое место среди причин этой патологии занимает *раннее начало половой жизни*, увеличивающее контингент беременных в возрасте 14-17 лет. Доказано, что в таком возрасте вероятность самопроизвольного прерывания беременности в 2,5 раза выше, чем у женщин детородного возраста. Велико также влияние *экологии и социально-экономических факторов*. Спонтанные выкидыши и преждевременные роды чаще встречаются у женщин, занимающихся тяжелым физическим трудом при неполноценном и несбалансированном питании, в семьях с незарегистрированным браком, с нерешенными социально-бытовыми проблемами.

Невынашиванием беременности называется её непроизвольное прерывание в ранних сроках, которое до 28 недель акушерского срока определяется как *самопроизвольный аборт (выкидыш)*, а при сроках 28-37 недель — как *преждевременные роды*. В случаях, когда самопроизвольный аборт повторяется более двух раз, говорят о *привычном выкидыше*. Различают также *ранний аборт* – до 16 недель беременности и *поздний* – от 16 до 28 недель. Плоды, родившиеся до 28 недель, имеют длину менее 35 см, массу тела до 1000 г и в большинстве случаев оказываются нежизнеспособными.

8.1. Самопроизвольный аборт (выкидыш) - один из распространенных видов нарушения репродуктивной функции женщин, частота которого составляет 2-8% от общего числа беременностей.

Причины самопроизвольного прерывания беременности многообразны, в каждом конкретном случае требуется доскональное обследование женщины с последующим лечением в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях. Наиболее распространенной причиной выкидышей являются предыдущие *искусственные аборты*. В результате насильственного расширения цервикального канала травмируются мышечные волокна матки, что ведет к образованию грубой рубцовой ткани. Во время последующих беременностей шейка не удерживает плодное яйцо и беременность прерывается вопреки желанию женщины. Такая патология называется *несостоятельностью шейки матки*.

К *группе повышенного риска* относятся также женщины:

- перенесшие ранее внематочную беременность;
- имевшие прежде неразвивающуюся беременность;
- указывающие на мертворожденного ребенка в прошлом;
- отмечающие нарушения менструального цикла;

- часто болеющие инфекционными и вирусными заболеваниями половых органов;
- страдающие хроническими заболеваниями носоглотки и щитовидной железы, сахарным диабетом;
- в возрасте после 30-ти лет;
- имеющие анатомические особенности женской репродуктивной сферы (двурогая или седловидная матка, врожденная перегородка внутри полости матки);
- с наличием спаек внутри полости матки, образовавшихся после перенесенных воспалительных заболеваний (хронический эндометрит);
- при наличии миоматозных узлов больших размеров в стенке матки.

Чтобы избежать повторения в будущем самопроизвольного прерывания беременности, женщине необходимо пройти обследование у гинеколога, эндокринолога и других специалистов. Помимо традиционных анализов крови и мочи, сдают кровь на гормоны. Во второй фазе менструального цикла следует определить уровень прогестерона, именуемого гормоном беременности. Обязательно исследуется уровень глюкозы в крови. Рекомендуется также определение антифосфолипидных антител в сыворотке. Эти вещества образуются в организме женщины в ответ на беременность и воспринимают плод как чужеродный объект, что приводит к выкидышу. С целью обнаружения патологии полости матки и труб производится их контрастирование с последующей рентгенографией (гистеросальпингография).

Планировать следующую беременность после произошедшего выкидыша рекомендуется не раньше, чем год спустя. Это позволяет пройти необходимые лечебные и реабилитационные процедуры, в том числе помощь психолога. Организм матери в это время сможет полноценно восстановиться.

Для профилактики повторения случившегося женщина, готовящаяся к новой беременности, должна прислушаться к следующим советам:

- не следует резко менять повседневный образ жизни, поведение и привычки;
- необходимо отказаться от курения и алкоголя;
- питание должно быть полноценным и сбалансированным;
- обязателен активный образ жизни – прогулки, бег, плавание, легкие физические упражнения;
- прием поливитаминов, витамина Е и фолиевой кислоты за месяц до беременности;
- с ранних сроков беременности начинать прием витаминных комплексов, специально разработанных для беременных;

- при появлении тянущих болей внизу живота, свидетельствующих об угрозе выкидыша, необходимо немедленно обращаться к врачу.

8.2. Преждевременные роды

Рождения ребенка между 22-й и 37-й неделями беременности (преждевременные роды) у совершенно здоровой матери быть не должно. Всегда есть причина – какое-либо заболевание.

Факторы риска преждевременных родов:

- воспалительные заболевания половых органов;
- инфекции, передающиеся половым путем;
- ранее перенесенные аборт;
- ранее произошедшие выкидыши или преждевременные роды;
- острые респираторные вирусные инфекции, перенесенные во время беременности;
- дефекты в строении шейки матки;
- инфекции почек и мочевыводящих путей;
- общие хронические заболевания: сахарный диабет, пороки сердца, гипертония, болезни щитовидной железы и др;
- патология свертывающей системы крови;
- тяжелая физическая работа;
- сильные стрессы;
- курение, употребление алкоголя, наркотиков;
- злоупотребление лекарствами.

Признаки преждевременных родов:

- усиливающаяся болезненность, чувство сдавления внизу живота;
- появление выделений розовато-красного или коричневого цвета;
- давление в нижней части спины;
- сочение или вытекание околоплодной жидкости из влагалища.

Профилактика преждевременных родов:

- К беременности следует готовиться заблаговременно. Ребенок должен быть желанным, а не случайным.
- Еще до зачатия необходимо излечить воспаления половых органов – вагинозы и кольпиты, ибо причиной преждевременных родов очень часто становятся хламидии, микоплазмы, трихомонады и генитальный герпес.
- Во время беременности нужно избегать скопления людей, защищая себя от гриппа и острых респираторных вирусных заболеваний. Доказано, что именно в разгар эпидемий гриппа происходит большинство преждевременных родов.
- Опасность невынашивания создают общие заболевания организма: инфекции почек и мочевыводящих путей, артериальная гипертензия, сахарный диабет, болезни щитовидной железы, патология сердца и нарушения свертываемости крови. Будущая мама в таких ситуациях должна

наблюдаться не только у гинеколога, но и у врача-специалиста по своей проблеме.

8. БЕСПЛОДИЕ

Важным показателем состояния репродуктивного здоровья является *бесплодие* — неспособность пары зачать ребенка на протяжении 12 месяцев регулярной половой жизни без использования контрацептивных средств. Особо важным моментом такой патологии является то, что это проблема супружеской пары. По данным отечественных и зарубежных ученых, частота бесплодия в развивающихся странах составляет от 10-15 до 18-20%, что рассматривается как прямые репродуктивные потери.

Причиной неспособности зрелого организма женщины к зачатию в 80-ти процентах случаев является *аборт*, зачастую приводящий к развитию воспалительных и спаечных процессов в гениталиях. Актуальнейшими проблемами детородной функции женщины являются эндометриоз и иммунологическое бесплодие.

9.1. Эндометриоз и бесплодие

Эндометриоз – это серьезное иммунно-гормональное заболевание, препятствующее наступлению беременности. Основными причинами его возникновения считаются искусственное прерывание беременности и длительное использование внутриматочных контрацептивных средств (спиралей).

Согласно статистическим данным, в 90% случаев при этой патологии внутри малого таза обнаруживается спаечный процесс: деформированные маточные трубы, окруженные «коконом» спаек, полностью изолированные яичники. Замурованные в такой «пещере» яйцеклетки так и остаются внутри, никогда не попадая в маточную трубу. В тяжелых случаях отмечается прямое поражение эндометриозным процессом тканей яичников (кисты), происходит сращение матки, опухоли и прилегающей брюшины. Такие кисты могут перерождаться в злокачественные, что предполагает обязательное хирургическое лечение с их удалением.

Одним из возможных вариантов бесплодия при данной патологии может быть нарушение подвижности маточных труб при сохраненной их проходимости. Попадание яйцеклетки в трубу – процесс активный. Для этого труба должна приблизиться к месту овуляции и за счет мягких волнообразных сокращений захватить, «всосать» яйцеклетку. В той ситуации, когда скованные спайками маточные трубы не могут ни двигаться, ни шевелиться, такой встречи не происходит. И сперматозоид, поджидающий в трубе свою «суженую», остается невостребованным.

Немаловажное значение при эндометриозе имеют и гормональные препятствия для зачатия и беременности. Слабая овуляция из-за недостатка «запускающего» ее гормона, избыток женского полового гормона эст-

рогена, малая активность желтого тела во второй фазе менструального цикла. Эти многочисленные гормональные сдвиги в работе организма отражаются на полости матки – не позволяют ей нормально подготовиться к прикреплению зародыша. Помимо этого, при эндометриозе в брюшной полости появляются особые вещества, мешающие движению сперматозоидов и образованию зародыша, буквально поедающие эмбрион.

Выбор способа лечения бесплодия при данной патологии зависит от тяжести заболевания, локализации болезни и возраста женщины. В легких случаях у молодой женщины назначаются новые эффективные лекарства, блокирующие наступление менструаций. Во время такого вынужденного гормонального «отдыха» очаги эндометриоза в организме уменьшаются. После отмены лекарств и восстановления нормального цикла становится возможным самостоятельное наступление беременности. В более тяжелых случаях необходимо комбинировать удаление патологических очагов и спаек с последующим медикаментозным лечением.

Если у пациентки с проходимыми трубами после лапароскопического хирургического лечения в течение года беременность не наступает, следует прибегнуть к методу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В случаях, когда при лапароскопии установлено, что трубы непроходимы, к ЭКО следует обратиться сразу же, не теряя драгоценного времени.

9.2. Иммунологическое бесплодие

Медицинского диагноза “биологическая несовместимость” не существует, хотя такая проблема волнует не одну супружескую пару. Этот термин используется, когда после распада бесплодного брака бывшие муж и жена имеют детей. О *необъяснимом бесплодии* говорят, если после использования всех новейших диагностических возможностей причины этого состояния выявить не удалось. Заключение “*неустановленное бесплодие*” означает, что врач не смог использовать все известные методы диагностики.

К “биологической несовместимости” может быть отнесено *иммунологическое бесплодие*. Такая патология связана с ошибками иммунной системы человека. В частности, сперматозоиды начинают восприниматься организмом женщины, как “вредный агент”. Вырабатываются антиспермальные антитела, которые можно обнаружить во всех отделах женской детородной системы – во влагалище, шейке матки, маточных трубах, в фолликулярной жидкости и в крови. Они не дают состояться процессу оплодотворения, подавляют движение мужских половых клеток через шейный канал, мешают им прикрепиться и проникнуть в яйцеклетку.

Опасность ошибочного массивного иммунного удара не ограничивается гибелью сперматозоидов. Если зачатие происходит, объектом агрессии становится зародыш, воспринимающийся как чужеродное и потен-

циально опасное для организма матери существо. В результате этого беременность прерывается.

Причины иммунных сдвигов разнообразны и не всегда объяснимы. Их могут спровоцировать такие “женские” проблемы, как эндометриоз и длительно протекающие хронические воспалительные заболевания половых органов. В то же время, виновником данной патологии нередко является мужчина – банальный простатит вызывает бурный “протест” защитных сил организма жены, как ответ на бактерио- и вирусносительство. Объясняется это присутствием в организме мужа так называемых “скрытых” половых инфекций. В некоторых случаях в тканях и жидкостях самого мужчины обнаруживаются белки, опасные для собственной спермы.

Причина несовместимости супругов может быть обнаружена также непосредственно в женских половых путях. Для исключения “шеечного фактора” проводится проверка взаимодействия сперматозоида с содержимым влагалища и шеечного канала.

Современная медицина способна помочь в преодолении всех видов “биологической” несовместимости, в том числе и необъяснимое бесплодие. В таких ситуациях рекомендуется применение метода ЭКО (“ребенок из пробирки”) после детального обследования супругов.

9.3. Современные методы лечения бесплодия

При современном уровне развития гинекологической помощи населению нашей страны диагноз «бесплодие» не должен быть поводом к отчаянию. Медицина способна преодолеть многие виды бесплодия, помочь семейным парам ощутить родительское счастье. С этой целью созданы и успешно функционируют специализированные учреждения по лечению бесплодия. В таких клиниках, оборудованных новейшей диагностической и лечебной аппаратурой, работают самые квалифицированные специалисты.

Центр вспомогательной репродукции «Эмбрио», расположенный в г.Минске по ул.Филимонова, 53 осуществляет лечение всех видов женского и мужского бесплодия по современным технологиям.

Внутриматочная инсеминация, называемая в быту «вливанием спермы», используется уже более двух столетий, однако техническое обеспечение и методика ее выполнения за это время значительно усложнились. При этом способе лечения бесплодия в организм женщины искусственно вводят сперму, взятую у мужа или у донора. Перед процедурой сперма проходит процесс обогащения и очищения, после чего, в зависимости от показаний, вводится:

- во влагалище
- в шейку матки (цервикальный канал)
- в брюшную полость
- в маточные трубы

- в полость матки.

Введение спермы в полость матки и маточные трубы, внедренное в практику относительно недавно, считается наиболее эффективным – до 20% вероятности успешного зачатия. Наиболее благоприятны шансы на беременность лишь у женщин моложе 30 лет при условии проходимости обеих маточных труб. При этом пациентке приходится принимать препараты, стимулирующие овуляцию.

В процедуре должна быть использована высококачественная сперма, часто сперма донора. Сперму мужа используют, если он страдает импотенцией, отсутствием эякуляции или если у него несколько снижено количество нормальных сперматозоидов. В случаях, когда половые клетки в эякуляте у мужчины отсутствуют или он является носителем серьезных генетических отклонений, используют донорскую сперму.

Женскими показаниями для инсеминации являются вагинизм (спастическое сокращение мышц промежности во время полового акта) и несостоятельность шейки матки. В западных странах этот метод иногда используют у женщин с легкой формой эндометриоза, нарушением овуляции и необъяснимым бесплодием.

Если после трех курсов инсеминации беременность не наступила, а также при обнаружения спаечного процесса в брюшной полости женщины (после перенесенных воспалительных заболеваний половых органов) целесообразно перейти к следующему этапу преодоления бесплодия – **экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), или «оплодотворению в пробирке»**.

При этом методе с целью нормализации нарушенного гормонального фона и для выращивания в яичниках достаточного количества полноценных яйцеклеток специальную медикаментозную терапию проводят на протяжении нескольких менструальных циклов. Одновременно существенно улучшается качество эндометрия в матке. Затем полученные после оплодотворения яйцеклеток жизнеспособные эмбрионы некоторое время развиваются в условиях, полностью соответствующих естественным. В материнский организм перемещаются только подросшие и окрепшие зародыши.

Если же при «классической» схеме оплодотворение не происходит из-за вызванных неизвестными причинами нарушений иммунитета, в настоящее время успешно применяется метод **ИКСИ**. Этот способ лечения бесплодия заключается в том, что с помощью специальных приспособлений сперматозоид вводят непосредственно в яйцеклетку.

10. ПРОГРАММА ДЛЯ САМОДИАГНОСТИКИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ (Е.А. Ивашков)

Последовательно отвечая на поставленные программой вопросы, вы:

- получите объяснение того, что с вами происходит;
- узнаете, какие процедуры вы можете провести сами, чтобы нормализовать свое состояние;
- можете сориентироваться, когда самопомощи недостаточно и нужно обратиться к врачу;
- если понадобится помощь врача, узнаете, какие манипуляции могут быть проведены на приеме у гинеколога, какие уточняющие исследования могут назначаться и каковы принципы возможного лечения.

1. Выделения имеют обычный характер?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то переходите к вопросу № 2. Если ваш ответ б), то переходите к вопросу № 7.

2. Выделений стало больше?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то переходите к вопросу № 3. Если ваш ответ б), то переходите к вопросу № 4.

3. Появилось раздражение и зуд вокруг влагалища?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то обратите внимание на:

- материал, из которого изготовлено нательное бельё. Лучше использовать натуральные ткани, пропускающие воздух и влагу, - лен, хлопок, а также ежедневные гигиенические салфетки;
- моющие средства, которые вы используете для стирки белья и мытья тела. Проявляющиеся у вас симптомы могут быть следствием аллергической реакции;
- используемые для контрацепции химические средства – «Фамотекс» или «домашние» – аспирин, лимон, растворы для спринцевания. От этих средств предупреждения беременности придется отказаться;
- химические средства, входящие в состав смазки презерватива, - спермициды. Возможно, они обладают раздражающим действием.

Так может протекать **герпес половых органов**: сначала появляется зуд или чувство жжения в области половых органов. Потом – мелкие болезненные пузырьки, которые быстро превращаются в язвочки на наружных и внутренних половых органах, на прилегающих к ним участках кожи и в области заднего прохода. Могут увеличиться и стать болезненными паховые лимфоузлы, появиться общее недомогание, повыситься температура тела.

Что делать?

Устраните найденную причину неприятных симптомов:

- проведите сидячие 10-минутные ванночки с отваром ромашки, коры дуба, шалфея или с крахмалом;
- используйте презерватив без смазки. В качестве смазки подойдет вазелиновое масло, но не кремы.

Если улучшение не наступает, обратитесь к врачу. Возможно, он назначит противоаллергические препараты в виде таблеток или мазей.

Если ваш ответ б), то переходите к вопросу № 6.

4. Количество выделений уменьшилось?

Если ваш ответ а), то перейдите к вопросу № 5, а если ответ б) -е к вопросу № 2.

5. Менструации прекратились?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то у вас нормальные менструации, но происходит снижение функции яичников. Причиной этого чаще всего является хроническое воспаление придатков матки..

Что делать?

Обратитесь к врачу для назначения соответствующего лечения. Оно может состоять из противовоспалительной, иммуностимулирующей, физиотерапевтической и гормональной терапии.

Если ваш ответ б), то у вас постепенно развивается так называемая атрофия слизистой половых органов. Чем старше становится женщина, тем этот процесс более выражен. Зачастую к нему может присоединиться недержание мочи: сначала при кашле и физической нагрузке, далее самопроизвольно.

Эта проблема в настоящее время решаема. Врач назначит обследование, включающее:

- определение уровня гормонов в крови;
- маммографию – рентгеновское исследование молочных желез;
- ультразвуковое обследование;
- возьмет мазки для цитогормонального исследования.

Назначит лечение – гормонозаместительную терапию и/или местное лечение.

6. У вас сейчас вторая фаза менструального цикла – с 14-16-го дня от начала последней менструации?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то это вариант нормы.

Состав и количество выделений зависят от циклической гормональной активности яичников.

Если ваш ответ б), то перейдите к вопросу № 7.

7. Выделения носят необычный характер. Они жидкие, водянистые?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то это может быть симптомом эрозии шейки матки или воспалительного процесса в полости матки – эндометрита, полипа или опухоли эндометрия.

В любом случае необходимо обратиться к врачу для проведения обследования:

- кольпоскопии (осмотра шейки матки с помощью специального прибора под большим увеличением);
- ультразвукового исследования органов малого таза;
- взятия мазков для цитологического исследования на наличие измененных клеток.

Если ваш ответ б), то перейдите к вопросу № 8.

8. Выделения обычно густые и белые?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то скорее всего это кандидоз, или молочница – воспаление слизистой оболочки, вызываемое дрожжеподобными грибами. Особенно это вероятно, если у вас помимо творожистых выделений имеются раздражение входа во влагалище и зуд. А иногда – боль при мочеиспускании и половых контактах.

Что делать?

Необходимо обратиться к врачу для взятия мазков на флору – это микроскопическое исследование состава микроорганизмов в мочеиспускательном канале, влагалище и канале шейки матки. По результатам исследования вам могут назначить общее и местное лечение – противогрибковые препараты, иммуностимуляторы, бактериальные препараты. Применение только одних местных методов лечения – влагалищных шариков и свечей – в лечении молочницы малоэффективно. Это заболевание является системным: грибы поселяются и размножаются в кишечнике, почках и других органах, поэтому врач обязательно назначит и таблетки для приема внутрь. Помните: лечиться должны не только вы, но и ваш партнер.

Если ваш ответ б), то перейдите к вопросу № 9.

9. Выделения желтые, желтовато-зеленые, зеленые?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то ответьте на вопрос: вы забыли удалить тампон или колпачок?

Если тампон или колпачок долго остается во влагалище, может развиваться воспалительный процесс. Удалите колпачок или тампон, постарайтесь сделать спринцевание раствором любого антисептика – фурациллина,

мирамистина, марганцовки. Если выделения продолжаются более суток, обратитесь к врачу.

Если выделения такого цвета, но тампона или колпачка во влагалище нет, то скорее всего у вас **инфекция, передающаяся половым путем**. Необходимо как можно скорее от момента появления таких симптомов обратиться к врачу и пройти обследование на инфекцию. Желательно обследоваться вместе с половым партнером.

Если ваш ответ б), то перейдите к вопросу № 10.

10. Присоединились ли боли в низу живота или в пояснице и/или вы ощущаете общее недомогание? Есть ли боли при половом сношении?

а) да; б) нет.

Если ваш ответ а), то причиной таких симптомов может быть воспаление придатков матки и окружающих её тканей..

Что делать?

Необходимо срочно обратиться к врачу. Если доктор сочтет необходимым, возможна госпитализация для проведения интенсивного противовоспалительного лечения. Если необходимости в стационарном лечении нет, после обследования будет проведено амбулаторное лечение – антибиотики, иммунокорректоры, обезболивание. Нужно помнить, что такого рода воспаления оставляют последствия в виде спаечного процесса малого таза. Вам понадобится курс реабилитационной терапии. Он может включать физиопроцедуры, рассасывающие препараты, витамины, санаторно-курортное лечение.

*Если ваш ответ б), - возможно, это **трихомонадный вагинит** или аналогичное инфекционное заболевание влагалища, которое может передаваться половым путем. Трихомониаз может вызывать раздражение и зуд во влагалище, необычные выделения из влагалища с неприятным, резким запахом, иногда боль при мочеиспускании и во время половых контактов. Но иногда симптомы отсутствуют.*

Что делать?

Обратитесь к врачу, он осмотрит вас и возьмет выделения из влагалища на анализ. Трихомонады в силу своей подвижности достаточно хорошо выявляются во влажном неокрашенном препарате, весьма информативны и мазки «на флору». Однако в сложных случаях, особенно когда вы уже занимались самолечением, лабораторная диагностика усложняется. Тогда вам могут предложить пройти обследование специальными методами – ИФА, ПЦР, посев на диагностические среды и только после этого назначат лечение антибактериальными препаратами. Аналогичное исследование и лечение необходимо пройти и вашему партнеру.

Предлагаемая программа самодиагностики влагалищных выделений помогает женщинам репродуктивного возраста следить за состоянием своего здоровья и своевременно обращаться к врачу за медицинской помощью.

11. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общепризнанным фактом является то, что о состоянии репродуктивного здоровья в стране судят в первую очередь по показателям рождаемости, здоровья женщин и детей. На протяжении последнего десятилетия здоровье населения Республики Беларусь, включая репродуктивное, значительно ухудшилось. Во многом это связано с социально-экономическими изменениями, создающими неблагоприятные условия жизни, приводящими к эмоциональной депрессии и отсутствию средств, необходимых для деторождения и сохранения здоровья матери.

В результате ухудшения здоровья населения и его старения, снижения рождаемости, увеличения смертности и сокращения численности населения трудоспособного возраста в стране изменяется демографическая ситуация, происходит *депопуляция* (сокращение численности населения в национальном масштабе). Последствия кризисного состояния детородной активности населения для общества будут ощутимы на протяжении жизни многих поколений. Волнообразная динамика численности населения в будущем превращается в непреодолимый барьер для налаживания постоянного развития страны.

В таких условиях многократно возрастает роль репродуктивного здоровья, как предпосылки и фактора рождаемости. На уровне семейных отношений улучшение репродуктивной функции женщины позволяет уменьшить количество бесплодных браков или вероятность появления нежелательной беременности, не допуская дестабилизации отношений в браке и разводов.

Занимаясь проблемой репродуктивного здоровья будущих мам, необходимо помнить, что здоровье женщины определяется условиями ее развития еще во внутриутробном периоде, затем в период новорожденности, детстве и в подростковом возрасте. Только 6 % детей, согласно статистическим данным, рождаются абсолютно здоровыми. Вступая в репродуктивный период, девушка зачастую уже имеет ряд заболеваний. В такой ситуации бывает мало оснований для радужных прогнозов здоровья будущих поколений.

Поэтому улучшение репродуктивного здоровья народонаселения Республики Беларусь, как неотъемлемой составной здоровья нации в целом, признается приоритетным направлением деятельности правительства, систем здравоохранения и образования.

12. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Болезни, передающиеся половым путём: Краткая энциклопедия/А.С. Сергеев. – Мн.: Юнипресс, 2003. –128с.
2. Городинская В. Как зачать здорового ребёнка. - М.:АСТ-ЛТД, 1998. – 64с.
3. Грищенко В.И. Научные основы регулирования рождаемости. -- 2-е изд., перераб. и доп. – Киев: Здоровья, 1998. – 204 с.
4. Даников Н.И. Фитотерапия для женщин. Женские болезни. - М.: АСТ, 1999. –96с.
5. Здоровье женщины: Семейная энциклопедия./М.П. Дерюгина, Д.З. Капустин, Е.А. Богданова и др.; Сост. Г.А. Шершень. - 2-е изд. - Мн.: Беларусь, 2000. – 607с.
6. Колгушина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии. – Мн.: Выш. Шк., 2000. –332с.
7. Махова М.В. Контрацепция: Гормональная, внутриматочная, хирургическая, традиционная. - М.: Астрейя, 1996.-144с.
8. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Актуальная венерология. – Мн.: Беларусь, 2002. – 110с.
9. Русакевич П.С. Когда беременеть нежелательно. – Мн.: Беларусь, 1994. – 43с.
- 10.Стоппард, Мириам. Полезные советы девушкам /Пер. с англ. Н.М. Лайко. – М.: Медицина, 1991.-190с.
- 11.Тамборини А. Интимный мир женщины. /Пер. с польского Г. Бильдюкевич - Мн.: Белта,1995.- 304с.
- 12.Черданцева А.Ф. Как женщина женщине: Энциклопедия. – Мн.: Беларусь, 1997. – 368 с.