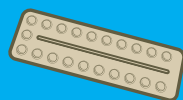
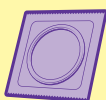




МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї



КИЇВ 2012

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти
МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів
закладів (факультетів) післядипломної освіти

Київ 2012

Сучасні аспекти планування сім'ї. Навчальний посібник // Київ, 2012. – 320 с.

Посібник розроблено для використання у закладах охорони здоров'я, в яких надаються послуги з питань планування сім'ї, у системі підготовки медичних кадрів на до- та післядипломному рівні навчальних закладів II-IV рівнів акредитації.

Посібник призначений для лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, спеціалістів центрів/кабінетів планування сім'ї, лікарів-педіатрів, лікарів центрів/кабінетів боротьби зі СНІД, акушерок та медичних сестер, соціальних працівників, психологів, викладачів профільних дисциплін та студентів медичних закладів II-IV рівнів акредитації.

Автори посібника:

Г.М.Адамова, О.А.Бондаренко, Н.Г.Гойда, О.В.Грищенко, Н.Я.Жилка, В.П.Квашенко, Р.О.Моїсеєнко, В.І.Пирогова, С.П.Посохова, Н.Й.Сало, О.В.Шманько

Рецензенти:

Чайка В.К., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФІПО Донецького національного медичного університету ім. М.Горького, генеральний директор Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства, член-кореспондент НАМН України

Зелінський О.О., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №2 Одеського національного медичного університету, Заслужений діяч науки та техніки України

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти
(лист №23-01-25/5 від 29.02.2012 року)

Цей посібник було розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з Міжнародного Розвитку. Відповідальність за зміст посібника несе Міністерство охорони здоров'я України та Корпорація Інститут Досліджень та Тренінгів JSI; інформація, яка представлена у посібнику не завжди відображає погляди Агентства США з Міжнародного Розвитку або уряду Сполучених Штатів.

This manual is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of the Ministry of Health of Ukraine and JSI Research & Training Institute, Inc. and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ.....	7
АКТУАЛЬНІСТЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	8
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСЛУГ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	13
ФІЗІОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ.....	26
КОНСУЛЬТУВАННЯ.....	37
Основи консультування.....	37
Консультування з питань планування сім'ї.....	52
Методи контрацепції відповідно до періодів життя.....	64
МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ ВООЗ.....	69
Класифікація категорій.....	69
Оцінка пацієнтки.....	72
МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ.....	76
КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ.....	81
ГОРМОНАЛЬНИЙ ПЛАСТИР.....	102
КОМБІНОВАНЕ ВАГІНАЛЬНЕ КІЛЬЦЕ.....	109
ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТАГЕНОВОГО РЯДУ.....	114
ІН'ЕКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ.....	126
Прогестагенові ін'екційні контрацептиви.....	127
Комбіновані ін'екційні контрацептиви.....	138
ІМПЛАНТАТИ.....	144
ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ.....	158
Внутрішньоматкові контрацептиви, що містять мідь.....	160
Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом.....	178
БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА СПЕРМІЦИДИ.....	184
Чоловічі презервативи.....	185
Жіночі презервативи.....	192
Діафрагми і шийкові ковпачки.....	196
Сперміциди.....	205
МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ.....	210
МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕННОРЕЇ.....	223
ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ.....	227
Добровільна хірургічна стерилізація жінок.....	229
Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків.....	237

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ.....	241
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ.....	248
Контрацепція для сексуально активних осіб до 18 років.....	248
Контрацепція у післяпологовому періоді.....	256
Контрацепція після аборту.....	260
Жінки, які наближаються до менопаузи.....	268
Участь чоловіків у плануванні сім'ї.....	272
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ.....	275
МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ.....	292
Додаток 1.	
Зведені таблиці.	
Медичні критерії прийнятності методів контрацепції.....	308
ЛІТЕРАТУРА.....	317

ВСТУП

За визначенням провідних науковців світу у системі цінностей, які визнає будь-яка цивілізована нація, особливе місце посідає здоров'я людей. Як з погляду формування окремої людської біографії, так і на рівні розвитку суспільства, важко знайти інший феномен, якому б здоров'я поступалось своєю роллю, глибинним внутрішнім значенням і впливом на різні сторони діяльності.

З кінця 80-х років XX ст. ставиться особливий акцент на концепцію якості медичного обслуговування і приділяється значна увага цьому питанню, що сприяє покращенню задоволення пацієнтів, збільшенню потреби і прийнятності послуг з репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї. Висока якість обслуговування надає пацієнтам більше впевненості при прийнятті сучасних і поінформованих рішень з питань, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям і у використанні методів контрацепції.

Охорона репродуктивного здоров'я, зокрема надання послуг з планування сім'ї та відповідної інформації, не тільки вважається основним засобом збереження здоров'я жінок і чоловіків, але також відноситься до розряду фундаментальних прав людини. Кожна людина має право на доступ, вибір та користування досягненнями наукового прогресу у галузі планування сім'ї. Консультативні послуги з питань контрацепції, що будуються на основі принципу поваги прав людини, передбачають проведення комплексної оцінки життєвих обставин і стану здоров'я пацієнта з урахуванням його конкретних потреб у послугах з охорони репродуктивного здоров'я.

Навчальний посібник "Сучасні аспекти планування сім'ї" є збіркою практичних рекомендацій щодо консультування та правильного застосування методів контрацепції, що дає можливість фахівцям у галузі планування сім'ї надавати якісні послуги більш широкому колу людей. За допомогою цього посібника медичні працівники мають можливість професійно і впевнено обслуговувати пацієнтів з потребами різного плану і грамотно рекомендувати їм сучасні методи контрацепції з урахуванням різноманітних аспектів життя людини. Посібник ґрунтується на найновіших знаннях та доказових даних у цій галузі та відображає загальноприйняті світові тенденції, що дає змогу викладати питання планування сім'ї на сучасному рівні.

Фахівці з планування сім'ї можуть знайти у цьому посібнику цінного помічника у роботі, пов'язаній з підбором методу контра-

цепції, найбільш прийнятної для конкретної пари, забезпеченням правильного і ефективного використання протизаплідних засобів, а також вирішенню проблем, з якими можуть стикатися пацієнти при застосуванні методів контрацепції.

У навчальному посібнику для кожного методу у доступній формі подано таку інформацію:

- консультування з питань ПС, включно з консультуванням відповідно до періодів життя;
- оцінка пацієнта та медичні критерії прийнятності методу;
- механізм дії методу;
- ефективність методу;
- переваги та недоліки методу;
- інструкції для пацієнта;
- надання допомоги у випадках типових побічних ефектів.

У процесі роботи над цим виданням було приділено значну увагу висвітленню останніх наукових світових досягнень у сфері контрацепції, узагальнених та опублікованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ):

Медичні критерії прийнятності для використання методів контрацепції, четверте видання, 2009;

Збірка практичних рекомендацій щодо застосування засобів контрацепції, друге видання, 2005 зі змінами 2008 року;

Пакет заходів з планування сім'ї, безпечного абортів, здоров'я матері, новонародженого та дитини, 2010;

Планування сім'ї: універсальне керівництво для постачальників послуг з планування сім'ї, 2011.

Інформацію у посібнику представлено у форматі, який полегшує та прискорює пошук відомостей про необхідний метод чи засіб.

Посібник призначений для лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, спеціалістів центрів/кабінетів планування сім'ї, лікарів-педіатрів, лікарів центрів/кабінетів боротьби зі СНІД, акушерок та медичних сестер, соціальних працівників, психологів, викладачів профільних дисциплін та студентів медичних закладів II-IV рівнів акредитації.

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АТ	Артеріальний тиск
БТТ	Базальна температура тіла
ВГВ	Вірус гепатиту В
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВМК	Внутрішньоматковий контрацептив
ВПГ	Вірус простого герпесу
ВПЛ	Вірус папіломи людини
ДМПА	Депо-медроксипрогестерону ацетат
ДХС	Добровільна хірургічна стерилізація
ЗЗОМТ	Запальні захворювання органів малого тазу
ЕЕ	Етинілестрадіол
ІКП	Ін'єкційний контрацептив прогестагенового ряду
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КІК	Комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
ЛНГ	Левоноргестрел
МЛА	Метод лактаційної аменореї
НЕТ-ЕН	Норетиндрону енантат
ОК	Оральний контрацептив
ПІ	Профілактика інфекцій
ПІК	Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви
ПК	Прогестагенові контрацептиви
ППС	Природне планування сім'ї
ПТП	Протизаплідна таблетка прогестагенового ряду
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СТШ	Синдром токсичного шоку
ТБ	Туберкульоз
ТНК	Таблетки невідкладної контрацепції
ЦРТ	Цілі розвитку тисячоліття

АКТУАЛЬНІСТЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Інтегральним показником будь-якого суспільства є його ставлення до жінок та дітей. Сучасний темп життя став значно швидшим, що накладає більші навантаження в цілому на людину і особливо на жінку. Біологічним завданням жінки є народження та виховання дитини, проте сьогодні примушує жінок виконувати безліч різноманітних складних соціально орієнтованих справ, що у значній мірі впливає на їх репродуктивну поведінку.

Незважаючи на численність і серйозність завдань, що стоять перед охороною здоров'я у всьому світі, питання надання сімейним парам можливості планувати кількість дітей, яку вони хотіли б мати, зачіпає, мабуть, більше число людських життів, ніж будь-яка інша проблема медичного характеру.

Згідно з даними світової статистики у світі щорічно від чинників, що пов'язані з вагітністю або її перериванням, помирає півмільйона молодих жінок. Світовий досвід свідчить, що використання сучасних методів контрацепції, як засобів попередження непланованої вагітності, веде до зниження частоти штучних і нелегальних абортів, що дозволяє зменшити материнську смертність на 25 - 50 %.

Незважаючи на безперечний прогрес, досягнутий у галузі ПС за останні десятиліття, і прагнення оберігатися від непланованої вагітності, у світі налічується більше 120 мільйонів пар, які не використовують контрацепцію з різних причин, зокрема через відсутність доступу до протизаплідних засобів і послуг відповідного профілю; бар'єри, що виникають через страх громадського осуду чи неприйняття з боку партнера; побоювання щодо можливого виникнення побічних ефектів; відсутність чіткого уявлення про існуючі методи планування сім'ї та їх застосування на практиці тощо.

Мільйони інших пар користуються протизаплідними засобами, але не завжди успішно. Це може бути спричинене неотриманням парами чітких інструкцій, що забезпечують грамотне застосування обраного методу контрацепції, неможливістю отримати метод, найбільш прийнятний для цієї пари та побічними ефектами.

Наукові дослідження виявили взаємозв'язок між репродуктивною поведінкою і станом здоров'я людини. Світова спільнота занепокоєна ситуацією з абортами і постійно працює над удосконаленням заходів та методів попередження непланованої вагітності. Якщо раніше вибір жінки обмежувався лише правом на аборт, то сьогодні він включає право на плановану вагітність і пра-

во на контрацепцію. Репродуктивні права ґрунтуються на визнанні фундаментального права усіх пар і окремих осіб на здійснення самостійного і відповідального вибору щодо кількості дітей, яких вони збираються мати і часу їх народження, тривалості часових інтервалів між пологами та доступ до інформації та засобів, необхідних для реалізації такого вибору, а також на визнанні права кожного індивідуума на досягнення найвищого рівня сексуального і репродуктивного здоров'я (Пекінська платформа дій, параграф 95, 1995 р.).

Планування сім'ї корисне для збереження здоров'я матері і дитини, оскільки у жінок з'являється можливість визначити оптимальні інтервали між вагітностями та попередити неплановану вагітність у молодому чи більш старшому віці. Уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. Сучасна контрацепція як основний засіб планування сім'ї для пар вже давно зарекомендувала себе як безпечний метод.

Відкладення народження першої дитини до 20-річного віку матері корисне як для матері, так і для дитини. У молодих матерів підвищений ризик народження малюків із меншою вагою, а також проблем з грудним вигодовуванням. Рівень малюкової смертності також вищий у дітей, які народилися у молодих мам (Botting et al., 1998). Ризик смерті при народженні дитини удвічі вищий серед 15-19-літніх порівняно із 20-24-літніми (ФНООН, 1997).

По мірі зростання віку жінки, значно зростає ризик ускладнень. Наприклад, ризик невиношування, народження мертвої дитини, смерті новонародженого, гестаційного діабету, преєклампсії (Hanson, 1986; Jacobsson et al., 2004).

Збільшення інтервалу між пологами є важливим для здоров'я як матері, так і дитини. Шанси на виживання наступної дитини покращуються у тому випадку, якщо пологи мають інтервал щонайменше два роки (Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D., 2002.)

Дані опитування населення у 35 країнах з 2001 по 2005 рік показали, що смертність дітей до п'яти років знижувалась по мірі збільшення інтервалу між пологами (Setty-Venugopal V., 2002). Збільшення інтервалу між пологами призводить до меншого ризику народження недоношених (Fuentes-Afflick, 2000) і/або дітей із малою масою тіла (Gribble, 1993).

Інтервал часу у 2-3 роки між пологами знижує ризик анемії в 1,3 рази; ризик кровотечі у третьому триместрі в 1,7 разів; ризик материнської смертності під час пологів у 2,5 разів (Rutstein S., 2002).

Існує чимало даних про те, що застосування контрацептивів зменшує рівень абортів. Тенденції до зменшення кількості абортів внаслідок збільшення застосування контрацептивів простежувались у різні проміжки часу впродовж 90-х років у 12 країнах східної Європи та центральної Азії (Westoff et al., 2005). Спостерігалось збільшення використання сучасних протизаплідних засобів у кожній країні впродовж минулого десятиріччя, що, як правило, співпадало зі стабільним зменшенням рівня абортів.

Демографічна криза, яка охопила нашу країну, зумовлює посилення уваги до сім'ї, як осередку відтворення населення і трудового потенціалу країни. Тому важливе значення як для відтворення населення, так і для збереження життя та здоров'я нового покоління, має стан репродуктивного здоров'я.

Не дивлячись на те, що рівень абортів за останнє десятиліття в Україні знизився і така тенденція зберігається за результатами 2010 року, він залишається ще високим. У 2010 р. зареєстровано 164407 абортів по Україні що становить 13,94 на 1000 жінок дітородного віку та 33,46 на 100 пологів.

З огляду на несприятливу демографічну ситуацію, постійне зниження загального рівня здоров'я населення в Україні, виконувалась низка Національних програм з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Завдяки цим програмам вдалося досягти значного рівня обізнаності населення щодо методів контрацепції та планування бажаної вагітності.

Зараз в Україні реалізується державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849, яка є основним національним програмним документом для реалізації стратегій, спрямованих на покращання репродуктивного здоров'я населення. Метою програми є подолання несприятливих кризових тенденцій, що перешкоджають відтворенню чисельності населення і викликають «старіння» суспільства. Окрім того, вона спрямована на формування у чоловіків і жінок потреби мати повноцінну родину, народжувати лише бажаних, здорових дітей, а також докорінно змінити ставлення як держави, так і кожного громадянина до проблем планування сім'ї та репродуктивного здоров'я.

В Україні протягом останніх п'ятнадцяти років здійснено цілу низку заходів щодо профілактики абортів, зокрема, формування необхідних організаційних структур та призупинення негативних процесів у сфері репродуктивного здоров'я і планування сім'ї: створено службу планування сім'ї, удосконалено нормативно-правову базу, забезпечено ефективне поєднання зусиль держав-

них, громадських структур та міжнародних організацій. Це безумовно сприяло позитивним зрушенням у сфері репродуктивного здоров'я, проте не стало дієвою альтернативою абортів.

Під час медико-демографічного обстеження населення України (МДОУ) у 2007 році жінкам і чоловікам було поставлено низку запитань стосовно використання та їх ставлення до методів контрацепції.

За результатами цього дослідження дві третини (67%) заміжніх жінок повідомили, що у даний час користуються методами контрацепції: 48% використовували сучасні методи, а 19% – традиційні. Взагалі найбільш поширеним методом є чоловічий презерватив (24%). Другим найбільш поширеним методом є ВМК, яким користуються 18%, а 10% наразі заміжніх жінок користуються методом переривання статевого акту.

Під час проведення Обстеження репродуктивного здоров'я в Україні у 1999 році 68% заміжніх жінок віком 15 – 44 років повідомили про використання хоча б раз у житті певного методу, а під час МДОУ-2007 – 70% заміжніх жінок.

Найбільш поширеною причиною припинення користування контрацептивами є бажання знайти більш ефективний метод (14%). Ще 12% жінок припинили користуватись певним методом через те, що метод не виконав своєї функції, тобто використовуючи певний метод, жінка завагітніла.

Дві третини (66%) усіх абортів були зроблені жінками, які користувались певним методом контрацепції і цей метод не спрацював. Велика частка жінок (42%) користувались традиційним методом, особливо методом переривання статевого акту (28%), 36% жінок, які практикують переривання статевого акту, протягом 12 місяців після початку користування ним мали випадки невдалого використання методу.

Серед заміжніх жінок, які не користувались методами контрацепції 19% повідомили, що мають намір користуватись ними у майбутньому. На запитання щодо методу, якому вони надають перевагу, майже одна третина (29%) осіб, які не користуються такими методами сказали, що надали б перевагу чоловічому презервативу, 26% - ВМК і лише 10% - протизаплідним таблеткам.

Зазначена ситуація спонукає до продовження активного впровадження ефективних заходів із питань попередження непланованої вагітності, а саме забезпечення медичних спеціалістів сучасними науковими даними з планування сім'ї для підвищення їх професійного рівня, а населення – доступними просвітницькими матеріалами та засобами попередження непланованої вагітності.

Кінець XX ст. означився розробленням і поширенням сучасних контрацептивних технологій (гормональні та внутрішньоматкові контрацептиви, хірургічна стерилізація тощо). Ці засоби є надійними і безпечними у застосуванні для більшості жінок, за умови відсутності патологічних станів в організмі. У той же час, їх використання передбачає необхідність медичного контролю та індивідуального підбору.

При виборі контрацептивного засобу фахівець і пацієнт виходять з того, що метод повинен бути ефективним і зручним у застосуванні, можливий ризик ускладнень має бути зведений до мінімуму. Протизаплідний ефект має бути тимчасовим, щоб репродуктивна функція могла відновлюватись за бажанням користувача. При цьому не повинна порушуватися фізіологія статевого акту і виникати негативні емоції. Метод може також позитивно впливати на здоров'я користувача (нормалізація гормональних порушень, запобігання ІПСШ тощо). Однією з важливих умов надійної контрацепції та її тривалого використання має бути доступність методу (помірна ціна, наявність у продажу).

Важливими ефективними цільовими заходами удосконалення та покращення послуг з планування сім'ї можуть стати впровадження підходу вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя, післяпологової та післяабортної контрацепції з дотриманням прав пацієнта, його бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСЛУГ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Міжнародні правові документи у сфері репродуктивного здоров'я і планування сім'ї

Репродуктивне здоров'я забезпечує можливість задовільного безпечного сексуального життя і здатність до відтворення. Все це передбачає право чоловіків та жінок на інформацію і доступ до безпечних, ефективних, доступних за ціною і прийнятних методів планування сім'ї, а також право доступу до відповідних послуг з охорони здоров'я, які дозволяють жінці безпечно перенести вагітність та пологи і дають батькам найкращу можливість народити здорового дитину.

Нормативно-правове забезпечення служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я в Україні має міжнародні витoki, адже право на охорону здоров'я, в тому числі і репродуктивного є невід'ємною частиною прав людини взагалі. Незважаючи на те, що кожна країна має свої специфічні особливості правового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я, ця проблема не є вузько національною. Тому були розроблені міжнародні програми дій для урядів країн, неурядових і громадських організацій у сфері зміцнення здоров'я, і зокрема репродуктивного.

Одним з основних форумів, присвячених цій проблемі слід вважати конференцію ООН з питань народонаселення і розвитку, яка відбулась у вересні 1994 р. у Каїрі за участю 188 країн світу і де було зроблено акцент на необхідності посилення уваги урядів до питань репродуктивного здоров'я. Програма дій щодо розвитку народонаселення, прийнята на цій конференції, стала основою для розробки і прийняття міжнародних актів стосовно захисту репродуктивних прав і охорони репродуктивного здоров'я.

Саме на цій конференції було надане чітке визначення терміну репродуктивне здоров'я. Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або немочі з усіх питань, що відносяться до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Репродуктивне здоров'я передбачає задоволеність і безпечність сексуального життя, спроможність до відтворювання нових поколінь.

Репродуктивні права базуються на визнанні основного права всіх пар та осіб вільно і відповідально вирішувати, яку кількість ді-

тей, в який час і з якими інтервалами вони хочуть їх мати, а також можливість досягти найвищих стандартів сексуального та репродуктивного здоров'я.

ВООЗ взяла зобов'язання щодо збереження здоров'я населення в 21 столітті. В їх числі визначений і пріоритетний напрямок – репродуктивне здоров'я.

Право на вільний репродуктивний вибір – це право кожної особи, в першу чергу жінки, так як саме вона страждає від несприятливих наслідків і ускладнень вагітності, які спричиняють ризик для її здоров'я і навіть життя.

В зв'язку з цим для кожної жінки право на вільний репродуктивний вибір і охорону репродуктивного здоров'я – це право на свободу прийняття рішення щодо реалізації її репродуктивної функції – розвитку бажаної вагітності і народження бажаних дітей, або використання методів контрацепції, а у разі розвитку небажаної вагітності – можливості її переривання в умовах доступної безпечної, ефективною та висококваліфікованою медичною допомогою.

Міжнародних документів у сфері репродуктивних прав і охорони репродуктивного здоров'я є достатня кількість. Основними з них можна назвати такі:

- Декларація Міжнародної конференції з прав людини (Тегеран, 1968 р.);
- Конвенція ООН щодо ліквідації всіх форм дискримінації жінок (1979 р.);
- Матеріали Міжнародних конференцій ООН з проблем народонаселення і розвитку (Бухарест, 1974 р.; Мехіко, 1984 р.; Каїр, 1994 р.);
- Декларація та Платформа дій Четвертої Всесвітньої конференції щодо становища жінок (Пекін, 1995 р.);
- Декларація Тисячоліття ООН, прийнята на Саміті Тисячоліття (Нью-Йорк, 2000 р.);
- Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД прийнята на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН (Нью-Йорк, 2001 р.).

В кожному з цих документів є ключові норми, які характерні лише для цього документу. Вони, в свою чергу, доповнюються змістом всіх наступних документів.

У **Загальній декларації прав людини**, міжнародних пактах та конвенціях, що мають обов'язкову юридичну силу з огляду на Міжнародне право для країн, що підписали ці документи та ратифікували їх, міститься низка прав, які можуть розглядатися

самостійно або у поєднанні з іншими правами і призначені захищати репродуктивні права та охороняти репродуктивне здоров'я. Безпосереднє відношення до репродуктивних прав мають права кожної людини, зокрема дитини на життя, свободу і безпеку, рівноправність жінок та чоловіків, доступне медичне забезпечення, задекларовані Конвенцією про права дитини та взагалі Декларацією прав людини.

Міжнародні форуми мають велике значення для розвитку, просування і пропаганди ідей планування сім'ї, широкого співробітництва між урядами і громадськими організаціями у розробці, впровадженні та моніторингу програм щодо відтворення народонаселення і розвитку охорони здоров'я.

Так, у Каїрі світове співтовариство досягло консенсусу в: зниженні малюкової і материнської смертності, доступі населення до повного спектру лікування та збереженні репродуктивного здоров'я і плануванні сім'ї.

У *Програмі дій Каїрської конференції* відображена нова стратегія у сфері народонаселення, яка свідчить про те, що ці питання є тісно пов'язані і діяльність у цій сфері більшою мірою повинна бути зосереджена на індивідуальних потребах, ніж на демографічних проблемах.

Програма дій Міжнародної Конференції в Каїрі поставила проблему планування сім'ї у низку першочергових потреб репродуктивного здоров'я і визнала задоволення цих потреб невідкладним глобальним завданням.

Програмою дій Каїрської конференції проголошено, що метою програм планування сім'ї повинно бути надання можливості подружнім парам та окремим особам вільно та відповідально приймати рішення щодо кількості дітей та часу їх народження.

Каїрська конференція закликала всі країни до 2015 року забезпечити загальну доступність служб планування сім'ї на основі існуючих систем первинної медико-санітарної допомоги в умовах більш широкого комплексу заходів щодо зміцнення репродуктивного здоров'я, які б забезпечували охорону здоров'я жінок до, під час та після пологів, а також профілактику абортів та хвороб, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД, лікування безплідності та ускладнень після абортів. Програма дій цієї конференції затверджує право чоловіків і жінок на одержання інформації та закликає всі країни до 2015 року забезпечити універсальний доступ до всього спектру безпечних і надійних методів планування сім'ї, відповідних послуг з репродуктивного здоров'я.

Особливу увагу в Програмі дій Каїрської конференції приділено необхідності забезпечення підлітків і молоді доступними послугами та інформацією для вирішення таких важливих питань як вагітність, профілактика й лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, боротьба з протиправними сексуальними діями.

Платформою дій, прийнятою Четвертою Всесвітньою конференцією щодо становища жінок (Пекін, 1995 р.), було визначено необхідність проведення урядами та іншими суб'єктами активної гендерної політики в усіх стратегіях і програмах, визнано право жінок на досягнення найвищого рівня фізичного і психічного здоров'я та поліпшення їх доступу до відповідних високоякісних послуг у сфері охорони здоров'я та до послуг у суміжних сферах.

Платформою дій Пекінської конференції передбачено розширення профілактичних програм, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок. Особлива увага в діяльності країн у досягненні цієї мети повинна бути спрямована на підготовку і розповсюдження як формальних, так і неформальних просвітницьких програм, здійснення соціальної політики і політики у сфері людських ресурсів.

Платформою дій Пекінської конференції також визначена проблема реалізації урядами співробітництва з неурядовими організаціями у сфері ініціатив, що стосуються захворювань, які передаються статевим шляхом, ВІЛ та питань сексуального й репродуктивного здоров'я. При цьому було наголошено на необхідності визнання масштабів поширення ВІЛ/СНІД в кожній країні з особливим аналізом його наслідків для жінок.

Декларація Тисячоліття ООН була прийнята на Асамблеї Тисячоліття ООН «Саміт Тисячоліття», яка відбулася 6-8 вересня 2000 року. В ній зазначається, що прийняті на Генеральній Асамблеї ООН цілі розвитку тисячоліття (ЦРТ) узгоджуються із цілями та завданнями Міжнародної Каїрської конференції з народонаселення і розвитку (1994 р.).

Процес впровадження системи ЦРТ в Україні розпочався у 2000 році підписанням Президентом України Декларації Тисячоліття ООН. У 2003 році глобальні ЦРТ були адаптовані на національному рівні.

У 2003 році було встановлені такі національні цілі розвитку:

Ціль 1: Подолання бідності (3 завдання, 5 індикаторів);

Ціль 2: Забезпечення якісної освіти впродовж життя (2 завдання, 6 індикаторів);

Ціль 3: Забезпечення гендерної рівності (2 завдання, 4 індикатори);

Ціль 4: Зменшення дитячої смертності (1 завдання, 2 індикатори);

Ціль 5: Поліпшення здоров'я матерів (1 завдання, 2 індикатори);

Завдання: Зменшити наполовину рівень материнської смертності.

Індикатори:

5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими

5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку

Ціль 6: Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІД та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів (2 завдання, 6 індикаторів);

Ціль 7: Сталий розвиток довкілля (4 завдання, 8 індикаторів).

Україна приєдналась до глобально визнаних цілей разом з іншими 189 країнами світу у 2000 році і взяла на себе політичні зобов'язання щодо досягнення до 2015 року цілей та завдань з їх реалізації.

Основні принципи стосовно охорони репродуктивного здоров'я покладені і в основу **стратегії для всіх країн європейського регіону ВООЗ «Здоров'я-21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ»**, яка містить 21 задачу на ХХІ століття.

Задачею №3 цієї політики – здоровий початок життя – передбачено забезпечення всіма державами регіону поліпшення доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, служб допологової та перинатальної допомоги, а також педіатричної служби.

Згідно стратегії ВООЗ передбачається можливим досягти зміцнення здоров'я жінок, зокрема і репродуктивного, шляхом організації більш доступної і менш затратної первинної медико-санітарної допомоги високої якості, включаючи службу охорони сексуального і репродуктивного здоров'я (центри та інформаційні служби з питань планування сім'ї). Основи політики «Здоров'я-21» передбачають необхідність розробки політики і програм підтримки виконання чоловіками і жінками обов'язків батьків, створення безпечних умов побуту.

Пріоритетним завданням з позиції «Здоров'я-21» є забезпечення «здорового старту» у житті дитини. Адже народження здорової дитини створює умови для здоров'я людини у майбутньому.

Здоровий початок життя дитини багато в чому залежить від способу життя батьків, стану їхнього репродуктивного здоров'я.

Стратегія ВООЗ передбачає також розвиток програм у сфері сексуального здоров'я, які повинні бути направлені на всі контингенти населення, а особливо на підлітків і молодь. Ці програми повинні передбачити широке розповсюдження інформації, яка б сприяла формуванню шанобливого ставлення до статі особи, більш безпечної для здоров'я практики статевих стосунків, визнання концепції планування сім'ї. Досвід усього світу свідчить, що надання інформації з навчання навичкам сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблеми із здоров'ям і формує більш зріле і відповідальне ставлення до цієї сторони життя.

У 2010 році ВООЗ розроблено ***Пакет заходів з планування сім'ї, безпечного абортів, здоров'я матері, новонародженого та дитини.***

У сфері планування сім'ї Пакет включає:

Компоненти:

Інтеграція планування сім'ї у послуги з репродуктивного здоров'я.

Просвіта та консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції.

Наявність та доступність методів контрацепції.

Планування сім'ї в рамках інтегрованої первинної медико-санітарної допомоги, в тому числі профілактика та лікування ІПСШ (ВІЛ), раку шийки матки та раку молочної залози.

Переваги та потенційні результати:

Поширення гендерної рівності та зміцнення позиції жінок і сімей.

Заходи з планування сім'ї мають потенціал:

- знизити рівень материнської смертності на 32%, рівень малюкової та дитячої смертності на 10%;
- знизити рівень непланованої вагітності на 71%: а саме попередити 53 мільйони непланованих вагітностей, 22 мільйони непланованих пологів, 25 мільйонів абортів та 7 мільйонів викиднів;
- можуть попередити 80% заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів;
- у разі використання сучасних методів контрацепції усіма жінками з ризиком небажаної вагітності, це б допомогло знизити рівень непланованої вагітності та вартість після-

абортного лікування внаслідок небезпечного аборту приблизно на 230 мільйонів доларів щороку.

Вимоги до системи охорони здоров'я, які необхідно підтримувати для впровадження заходів

Політика:

- заручення політичною підтримкою для покращення доступу до засобів контрацепції та розширення асортименту;
- визначення та впровадження стратегій щодо вирішення проблемних питань у сфері планування сім'ї, рішення яких впливають на 215 мільйонів пар у всьому світі;
- зміцнення системи охорони здоров'я шляхом збільшення фінансування для планування сім'ї.

Надання послуг:

- інтеграція послуг з планування сім'ї до послуг з охорони здоров'я матері та дитини, в тому числі послуг з попередження ВІЛ та ІПСШ, профілактики раку шийки матки та раку молочної залози;
- забезпечення постійного доступу до засобів контрацепції;
- інтеграція послуг з планування сім'ї до послуг первинної медико-санітарної допомоги;
- зміцнення зв'язків між різними рівнями системи охорони здоров'я.
- наявність підготовлених з питань ПС медичних спеціалістів: акушерки, медсестри та лікарів, які оволоділи навичками консультування з питань ПС з дотриманням прав людини.

Критерії для оцінки діяльності служби:

- рівень використання населенням контрацептивів;
- потреби, які необхідно вирішити у сфері планування сім'ї;
- медичні заклади, в яких жінка може отримати один з наявних щонайменше трьох методів планування сім'ї (із запасом контрацептивів та медичними спеціалістами, які пройшли підготовку з питань ПС);
- державне фінансування компоненту планування сім'ї у загальній системі фінансування системи охорони здоров'я;
- відсоток медичних закладів з ПС, де проводиться консультування з ПС та тестування на ВІЛ/ІПСШ.

Таким чином, міжнародні документи у сфері загального здоров'я та його складової - репродуктивного здоров'я, проголошують необхідність вирішення проблем постійного поліпшення стану навколишнього середовища, прав на вільний репродуктивний вибір і охорону репродуктивного здоров'я, забезпечення сталого доступу всіх верств населення до служб планування сім'ї, перинатальної, неонатологічної та педіатричної допомоги.

Основні Міжнародні правові документи ратифіковані нашою країною є частиною національного законодавства (ст.9 Конституції України «Чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України»).

Прийняття міжнародних зобов'язань у сфері репродуктивних прав означає визнання правового статусу планування сім'ї та заходів щодо репродуктивного здоров'я, законодавче забезпечення реалізації цих питань.

Охорона репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в нормативно-правових документах (актах) України

Створення Україною належних, передбачених міжнародними документами, умов для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім'ї є запорукою збереження й оптимального розвитку продуктивних сил, без чого неможливе збереження і відтворення народу, нації, держави.

Тому національне законодавство України, що регулює реалізацію цього права базується на міжнародних правових документах. Основним документом є Конституція України, яка містить цілу низку положень, які безпосередньо стосуються забезпечення охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

Хоча Конституція не містить терміну «репродуктивне здоров'я», вона, безперечно, створює належні рамкові умови, в яких може позитивно розвиватися національне законодавство про репродуктивні права. У ст. 24 Конституції України проголошено рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, у тому числі за ознаками статі. У ст. 49 Конституції України проголошено право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Крім того, важливе значення для забезпечення охорони репродуктивного здоров'я має ціла низка інших законодавчих актів

України, основними з яких є: Сімейний кодекс України (2002), Цивільний Кодекс України (2003), Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992, 2011).

Загалом законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням.

Важливе значення для захисту репродуктивних прав мають: Цивільний кодекс України (ухвалений Верховною Радою України 16 січня 2003 р.), яким закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 281), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286); Сімейний кодекс України (ухвалений Верховною Радою України 10 січня 2002 р.), яким, зокрема, визначається шлюбний вік (ст. 22) та закріплюються права й обов'язки подружжя (гл. 9). Загалом законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням. Право вирішувати питання щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням врегульоване Сімейним кодексом України та Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Регулювання права на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї визначено і в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах щодо охорони здоров'я. Проголошене Основами законодавства України про охорону здоров'я право жінки самій вирішувати питання про материнство гарантується відсутністю будь-яких обмежень у застосуванні тих чи інших методів контрацепції, а також стерилізації. Стерилізація може здійснюватися за власним бажанням або поінформованою добровільною згодою пацієнта в акредитованих закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, встановленими Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.1994 р. №121 «Про застосування методів стерилізації громадян».

Суттєве значення для охорони репродуктивного здоров'я, особливо неповнолітніх (дітей підліткового віку), має законодавче визначення віку вступу до шлюбу та законодавча регламентація порядку медичного обстеження осіб, які вступають до шлюбу, зокрема й консультації з питань планування сім'ї. В Україні шлюбний вік як для жінки, так і для чоловіка встановлюється у вісімнадцять років. При наявності поважних причин за заявою особи, рішенням суду їй може бути надано право на шлюб по досягненню 14 років.

Цивільним кодексом України (ч. 3 статті 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг з переривання вагітності та планування сім'ї.

Слід пам'ятати, що дієздатна особа для звернення по медичну допомогу не потребує отримання згоди (дозволу) від будь-якої третьої сторони, зокрема від чоловіка або партнера.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації, отриманої від пацієнтки, та не допустити її розголошу іншим особам. Основами законодавства України про охорону здоров'я регламентується дотримання конфіденційності, так стаття 39-1 Право на таємницю про стан здоров'я зазначає, що «пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта».

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст.40 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я”). Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст.46 Закону України „Про інформацію”).

Держава забезпечує й умови для медичного обстеження осіб, які подали заяву до шлюбу за їх згодою (ст. 30), а також консультацію з питань планування сім'ї, що здійснюється державними і комунальними закладами охорони здоров'я за місцем проживання осіб, які вступають до шлюбу. Порядок здійснення медичного обстеження цих осіб визначено Постановою Кабінету Міністрів України від 16.11.2002 р. №51740 «Про затвердження порядку здійснення добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу» та відповідним наказом МОЗ України. Якщо одна з осіб, які вступають до шлюбу, приховала від другої особи наявність тяжкої або небезпечної для другого з подружжя, їх нащадків хвороби, а також небажання особи мати дитину або нездатність до зачаття дитини, шлюб може бути признаним недійсним (статті 30, 40).

При цьому особи, хворі на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, підлягають обов'язковому (за їх бажанням - анонімно) лікуванню у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а відомості про них становлять лікарську таємницю (ст. 26 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»).

Регулювання проблем охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї знаходить своє місце і в кримінальному законодавстві та законодавстві про попередження насильства в сім'ї.

Держава забезпечує захист жінок, особливо неповнолітніх, від сексуального насильства. Кримінальний кодекс України містить низку статей, що передбачають кримінальну відповідальність за злочин проти статевої свободи та статевої недоторканості особи. Зокрема, це стаття 152, яка передбачає відповідальність за зґвалтування; стаття 153, яка передбачає покарання за насильницьке задоволення статевої пристрасті неприродним способом; стаття 154 (примушування до вступу у статевий зв'язок); стаття 155 (статеві зносини з особою, яка не досягла статевої зрілості); стаття 156 (розбещення неповнолітніх).

Проблема попередження насильства у сім'ї та її розв'язання регулюється Законом України від 15.11.2001 р. №2789-III «Про попередження насильства в сім'ї». Цей закон тлумачить насильство у сім'ї як широке поняття й передбачає, що воно охоплює будь-які навмисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду та шкоду його фізичному чи психічному здоров'ю. За вчинення насильства у сім'ї цим законодавчим актом передбачено кримінальну, адміністративну та цивільно-правову відповідальність.

Реалізації державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в умовах політичних і соціально-економічних перетворень сприяють Укази Президента України та постанови Кабінету Міністрів України.

За період з 1991 року видано понад 100 указів Президента та постанов Кабінету Міністрів, які стосувались нагальних проблем охорони здоров'я населення. Серед них найвагомішими є Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» від 08.08.2000 р. №963/2000, «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України» від 07.12.2000 р. №131 З/2000. В обох документах зазначається

необхідність поліпшення демографічної ситуації, пріоритетність охорони здоров'я жінок та дітей.

Фундаментальним документом щодо збереження репродуктивного здоров'я стала Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» (2006 рік). Відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. безкоштовними контрацептивами забезпечуються такі категорії жінок: жінки з екстрагенітальною патологією, молодь віком 18-20 років, малозабезпечені жінки та ВІЛ-позитивні жінки. Закупівля контрацептивів здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, для цього у державній програмі щорічно передбачені відповідні кошти.

Таким чином, державна політика у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення виходить за межі компетенції охорони здоров'я і набуває характеру першочергових задач національної політики. Загалом сформоване законодавче та нормативне поле України є сприятливим для розв'язання проблем репродуктивного здоров'я і планування сім'ї.

Однак контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, на жаль, є малоефективним: недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів.

Потребують постійного доповнення і чинні нормативно-правові документи. Водночас існує необхідність розробки і прийняття нових з урахуванням міжнародних правових документів та економічних, соціальних і галузевих реформ в Україні.

Відомчі нормативно-правові документи

Надання послуг з питань планування сім'ї регламентуються низкою галузевих нормативно-правових документів, так:

Відповідно до **Наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»** амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу. Посадові інструкції лікаря акушера-гінеколога, сімейного лікаря, акушерки містять положення про проведення консультування з питань планування сім'ї. Також наказом затверджені нормативи

надання допомоги з питань ПС, що відповідають міжнародним стандартам та рекомендаціям ВООЗ.

Наказ МОЗ України від 29.11.2003 №620 "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" визначає проведення лікарями акушерами-гінекологами та акушерками акушерських та гінекологічних стаціонарів післяпологового чи післяабортного консультування, зокрема щодо питань планування сім'ї.

Наказ МОЗ України від 27.12.2006 №905 Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги "Планування сім'ї" містить визначення планування сім'ї, медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ, необхідне обстеження при початку використання кожного методу та практичні рекомендації з підбору конкретного методу контрацепції. Протокол базується на даних доказової медицини, рекомендаціях ВООЗ, міжнародного і вітчизняного досвіду та ґрунтується на клієнт-орієнтованому підході.

Наказ МОЗ України від 31.12.2010 №1177 Про затвердження Клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» включає заходи щодо підвищення якості та ефективності послуг, які надаються у системі охорони здоров'я для профілактики непланованої вагітності та безпечного переривання вагітності.

Згідно з наказом **МОЗ України від 15.08.2011 № 514 Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я** у складі консультативно-поліклінічного відділення Перинатального центру передбачено наявність служби ПС - кабінет або центр планування сім'ї.

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 №726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрований Міністерством юстиції України від 19 січня 2012 р. за №68/20381 зазначає, що послуги з планування сім'ї повинні надаватись на кожному рівні перинатальної допомоги.

Організаційні аспекти діяльності служби планування сім'ї визначені наказом **МОЗ України від 04.08.2006 №539 «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні»**. Цим наказом затверджені Методичні рекомендації щодо організації служби планування сім'ї та ряд Примірних положень про структурні підрозділи служби планування сім'ї, їх керівників та основні посади лікарів.

ФІЗІОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

Репродуктивне здоров'я дає можливість людям мати повноцінних нащадків. Репродуктивна функція проявляється лише у певному віці, який є досить обмеженим, особливо з урахуванням сучасних екологічних обставин, здатних впливати на стан і функцію статевих органів та викликати мутації у геномі всіх клітин. Лише фізично, духовно й репродуктивно здорові люди можуть мати життєздатних, повноцінних нащадків.

Репродуктивній системі притаманна надійність функцій, яка забезпечується суворо генетично детермінованою взаємодією позарепродуктивних (гіпоталамус, гіпофіз) і репродуктивних (яєчники) органів і органів-мішеней (матка, маткові труби і піхва).

Організм людини є комплексом взаємодіючих фізіологічних систем (нервової, серцево-судинної, дихальної, травної, видільної тощо), нормальна робота яких забезпечує існування людини як індивідуума. Порушення функціонування будь-якої системи призводить до виникнення розладів, часто несумісних із життям.

Статева, репродуктивна система не бере участі у процесах життєзабезпечення, проте вона забезпечує продовження роду людини. Якщо життєво важливі системи функціонують з моменту народження до смерті, то репродуктивна «працює» тільки тоді, коли організм жінки може виносити, народити і вигодувати дитину, тобто у певному віковому відрізку часу, у фазі розквіту всіх життєвих сил. У цьому полягає вища біологічна доцільність. Генетично репродуктивний період запрограмований на вік 18 - 45 років.

Репродуктивна система жінки, формування якої починається в антенатальному періоді, має складну будову, обумовлену складністю її функцій.

Статева диференціація, що є генетично детермінованою, виникає з моменту запліднення ооциту сперматозоїдом, що містить Х або Y хромосому. Y-хромосома – детермінанта генетично чоловічої статі (зигота містить 22 пари аутосом і статеві хромосоми XY, тобто 46XY). Каріотип зиготи генетично жіночої статі – 46XX.

Первинні статеві клітини утворюються у стінці жовтчного мішка і на 5-му тижні ембріогенезу починають мігрувати у гонадні валики – зародки індіферентних гонад. Протягом перших тижнів внутрішньоутробного розвитку розрізняють два види статевих клітин: фолікулярні (клітки Сертолі) і інтерстиціальні (клітки Лейдіга).

Джерелами статевих залоз і статевих органів є гонадні валики і внутрішні статеві протоки (чоловіча і жіноча). Чоловіча протока (Вольфова, мезонефральна), яка у чоловіків стає сім'явидною протокою, у жінок облітерується.

Жіноча протока (мюлерова, парамезонефральна) у жінок утворює маткову трубу, матку і верхню частину піхви.

На 8-му тижні вагітності під впливом статевих гормонів починається диференціювання гонад. При генетично детермінованій чоловічій статі клітинами Лейдига починається синтез тестостерону, що сприяє розвитку чоловічої статевої системи. За відсутності впливу Y-хромосоми розвивається жіноча гонада і формується жіноча статева система, розвиток жіночих статевих органів відбувається на 12 - 13-у тижнях вагітності.

Згідно генетичної детермінованості, первинні статеві клітини, які виникають в перші 4 - 5 тижнів, диференціюються в оогонії або сперматогонії, які індукують в свою чергу формування з оточуючих соматичних клітин статевих проток. Під впливом фолікулярних клітин в гонадах обох типів на 3-му місяці внутрішньоутробного розвитку активізується мітотичне ділення статевих клітин, які в жіночих гонадах називають оогоніями, в чоловічих - сперматогоніями. Надалі, у разі розвитку жіночих статевих гонад, Мюлерова протока перетворюється на фаллопієву трубу, матку, шийку матки і верхню частину піхви, тоді як Вольфова протока регресує.

В яєчниках, які диференціюються, оогонії вступають у стадію розмноження з утворенням ооцитів першого порядку. На 7 місяці внутрішньоутробного розвитку стадія розмноження обривається, ооцити першого порядку в профазі першого ділення набувають оболонки з фолікулярних клітин (утворюється примордіальний фолікул) і вступають у тривалий період спокою до настання періоду статевого дозрівання.

Основними ланками репродуктивної системи жінки є яєчники, матка, маткові труби й піхва. Регуляція репродуктивної функції забезпечується завдяки гормональній функції гіпоталамо - гіпофізарної системи.

Гіпоталамус – відділ проміжного мозку, розташований нижче *bulbus opticus*. Це скупчення ядер нервових клітин з численними висхідними й низхідними волокнами нижче *bulbus opticus* головного мозку. Ядра гіпоталамуса виробляють специфічні нейросекрети, які переносяться разом з кров'ю у передню частину гіпофіза, де стимулюють чи гальмують виділення його гормонів.

Гормони гіпоталамуса, які стимулюють виділення тропних гормонів гіпофіза, називаються ліберинами, гальмуючі – статинами.

У регуляції менструальної функції беруть безпосередню участь гонадотропін-рилізінг-гормон, пролактоліберин і пролактостатин. За хімічною структурою основні гормони гіпоталамуса є пептидами.

Гіпофіз розташований у середній частині основи мозку, в заглибленні турецького сідла, і з'єднується з речовиною мозку за допомогою ніжки. В залежності від морфологічних і функціональних показників розрізняють два основних відділи гіпофіза: передню частину – аденогіпофіз і задню – нейрогіпофіз. У регуляції репродуктивної функції беруть участь три гормони гіпофіза, об'єднаних назвою гонадотропних, тобто тих, що впливають на статеві залози. Ці гормони неспецифічні у статевому відношенні.

Всі гонадотропні гормони впливають на функціонування яєчників (жіночих гонад) – парного органа, розташованого у малому тазу. Вони складаються з периферійної коркової речовини, в якій знаходяться зародкові клітини різного ступеня зрілості, і мозкового (судинистого) шару.

Ріст яєчника відбувається, головним чином, за рахунок збільшення розміру строми. Основною морфо-функціональною одиницею яєчників є фолікул. Примордіальні фолікули утворюються на п'ятому місяці антенатального розвитку плода й існують кілька років після менопаузи. До моменту народження в обох яєчниках міститься 300-500 тисяч примордіальних фолікулів, потім їхня кількість прогресивно зменшується і до 40 років становить біля 40-50 тисяч (фізіологічна атрезія примордіальних фолікулів).

Під дією гонадотропних гормонів гіпоталамо - гіпофізарної системи відбувається ріст і розвиток фолікулів, утворення і функціонування жовтого тіла. Фолікулярний епітелій посилено розмножується, перетворюючись у зернисті клітини, і утворює зернистий шар фолікула (*stratum granulosum*). Ці клітини виділяють секрет, який накопичується у товщі зернистого шару. Розмір яйцеклітини поступово збільшується до 55-90 мкм у діаметрі. У процесі дозрівання стінки фолікула розтягуються, яйцеклітина збільшується до 100-180 мкм у діаметрі. Такий стан фолікула називається граафовим міхурцем, або великим зрілим фолікулом. Процес дозрівання фолікула триває 10-14 днів.

Овуляція - розрив великого зрілого фолікула з виходом яйцеклітини, оточеної трьома-чотирма шарами епітелію, в очеревину, а потім – в ампулу маткової труби. Якщо запліднення не відбулося, яйцеклітина через 12-24 години руйнується. Як правило, протягом менструального циклу дозріває один фолікул, останні підлягають атрезії, при цьому фолікулярна рідина розсмоктується, а порож-

нина фолікула заповнюється з'єднувальною тканиною. За репродуктивний період жінка овулює близько 400 яйцеклітин, останні піддаються атрезії.

Лютеїнізація – перетворення фолікула після овуляції в жовте тіло. Під час деяких патологічних станів лютеїнізація фолікула можлива без овуляції.

Жовте тіло – це клітини зернистого шару фолікула, що піддається овуляції, які розмножилися і зафарбувалися жовтим кольором внаслідок накопичення в них ліпохромного пігменту. Якщо запліднення не відбулося, жовте тіло існує 10-14 днів, проходячи за цей час стадії проліферації, васкуляризації, розвитку та регресу. Пізніше, через 1-2 місяці, на місці жовтого тіла утворюється біле тіло, яке поступово повністю розсмоктується.

В яєчниках здійснюється біосинтез трьох груп стероїдних гормонів – естрогенів, гестагенів і андрогенів. Естрогени виділяються клітинами внутрішньої оболонки фолікула. У невеликій кількості вони утворюються також у жовтому тілі та корковій речовині надниркової залози. Основними естрогенами яєчників є естрадіол, естрон і естріол, причому синтезуються переважно перші два гормони.

Естрогени специфічно впливають на жіночі статеві органи: стимулюють розвиток вторинних статевих ознак, викликають гіпертрофію і гіперплазію ендометрію та міометрію, покращують кровообіг матки, сприяють розвитку вивідної системи молочних залоз та росту секреторного епітелію в молочних ходах. Дія екзогенних естрогенів на яєчники залежить від дози: великі дози гальмують продукцію гормонів, впливаючи на тканину яєчника безпосередньо або через гіпофіз-гіпоталамус, надмірні дози естрогенів викликають атрофію яєчників.

Гестагени є секретом лютеїнових клітин жовтого тіла, а також лютеїнізуючих клітин зернистого шару та оболонок фолікулів. Крім того, вони синтезуються корковою речовиною надниркових залоз. Основний гестаген яєчників – прогестерон. На статеві органи гестагени впливають переважно після естрогенної стимуляції: пригнічують проліферацію ендометрію, викликану естрогенами, сприяють переходу слизової оболонки матки у фазу секреції. У разі запліднення яйцеклітини гестагени пригнічують овуляцію та протидіють скороченням матки.

Андрогени утворюються в інтерстиціальних клітинах внутрішньої оболонки фолікулів (у невеликій кількості) і в сітчастій зоні коркової речовини надниркових залоз (основне джерело андрогенів у жінок). Вони стимулюють ріст клітора, викликають атрофію

малих статевих губ і гіпертрофію великих. У жінок з функціонуючими яєчниками андрогени впливають на матку: за умови достатньої естрогенної насиченості невеликі дози їх викликають передгравідарні зміни ендометрію; великі – його атрофію. Андрогени пригнічують утворення молока у матерів, які годують.

Статеве дозрівання жіночого організму відбувається у віці від 8 до 18 років. Відсутність менструації після 15 років і вторинних статевих ознак після 14 років вважається затримкою статевого розвитку. Поява вторинних статевих ознак, особливо пов'язаних з появою менструальних виділень до 8 років, свідчить про передчасне статеве дозрівання.

У нормі спочатку розвиваються молочні залози (телархе) – в середньому у віці 10 років, потім розвивається оволосіння зовнішніх статевих органів (пубархе) – в середньому у віці 12 років (9,5-14 років) і починається перша менструація (менархе) у віці 11-14 років.

Ріст волосся починається з великих статевих губ, потім поширюється на весь лобок з верхньою горизонтальною межею (жіночий тип оволосіння). Якщо оволосіння поширюється на білу лінію живота з ромбовидною межею – це ознака вірилізації. Приблизно через півроку після появи волосся на лобку починається оволосіння пахвових ямок (фізіологічні межі – 10,5-14,5 років). Необхідно зазначити, що відхилення в статевому дозріванні може бути проявом гінекологічної чи екстрагенітальної патології. Тому дівчатка дошкільного і шкільного віку повинні перебувати під диспансерним наглядом педіатра, дитячого гінеколога, сімейного лікаря.

Репродуктивний період охоплює вік від завершення статевого дозрівання та встановлення повноцінного (двофазного) менструального циклу до згасання менструальної функції. Нормальна тривалість репродуктивного періоду – від 15 до 49 років – характеризується ритмічним дозріванням яйцеклітин та активною гормональною функцією системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники.

Менструальний цикл становить проміжок між двома менструаціями – від першого дня попередньої до першого дня наступної кровотечі; в цей проміжок часу відбувається послідовна зміна фаз росту та дозрівання фолікула, яка завершується овуляцією (фолікулярна фаза), а також утворення та розвиток жовтого тіла (лютеїнова фаза).

Тривалість менструального циклу за нормою складає 21-36 днів. Найчастіше спостерігається 28-денний цикл (у 60-75% жінок).

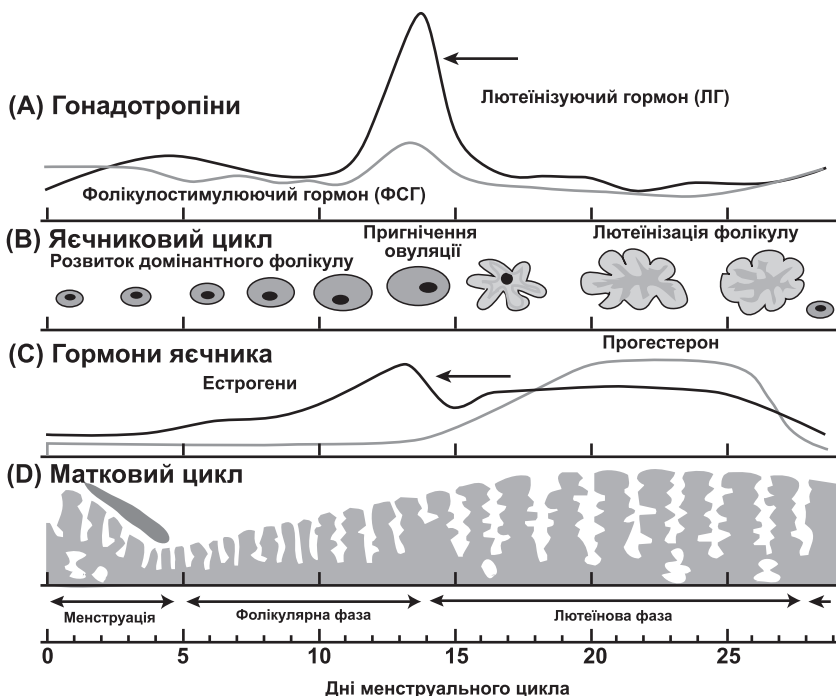


Схема менструального циклу. Послідовність змін, що контролюється різним вмістом гормонів: 1) менструація; 2) фолікулярна фаза (- початок фолікулярного росту, що передує овуляції; - підвищення рівнів фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), естрогенів у крові); 3) овуляція (їй передує пік рівня ЛГ); 4) лютеїнова фаза

Протягом менструального циклу:

- 1) гонадотропін-релізінг-гормон стимулює тоничну (постійну) секрецію гонадотропінів, що обумовлює ріст і розвиток фолікулів, секретом яких є естрогени;
- 2) циклічна (пульсуюча) секреція гонадотропін-релізінг-гормону стимулює утворення максимальної кількості гонадотропінів та естрогенів, що викликає овуляцію;
- 3) велика кількість естрогенів, які циркулюють у цей час у крові, пригнічує подальшу секрецію фолікулостимулюючого гормону, що призводить до активізації лютеїнізуючого гормону;

- 4) лютеїнізуючий гормон стимулює утворення жовтого тіла (для цього також необхідний гормон пролактин), секретом якого є прогестерон;
- 5) збільшена кількість прогестерону, в свою чергу, гальмує секрецію лютеїнізуючого гормону.

Під впливом естрогенів, які накопичуються в організмі, залози шийки матки виділяють рідкий, тягучий, слизистий секрет (фертильний слиз), який жінка звичайно відчуває на статевих органах за кілька днів до овуляції. Коли рівень естрогенів досягає максимуму, один, а іноді й кілька фолікулів розриваються, вивільняючи яйцеклітину. Період життя яйцеклітини надзвичайно короткий – приблизно 12 годин, іноді – більше доби. Яйцеклітина потрапляє в одну з маткових труб, а по ній – у матку.

Якщо під час проходження яйцеклітини по матковій трубі в останній знаходяться сперматозоїди (здорові), один з них може запліднити яйцеклітину.

Внаслідок впливу підвищеного рівня естрогенів у період овуляції шийка матки пом'якшується, піднімається дещо вище в піхву, зволожується і розкривається. Жінки в цей час можуть відчувати біль внизу живота, іноді з'являються виділення або навіть кровотеча (так звані овуляторні чи міжменструальні). Якщо яйцеклітина запліднилася, вона переміщується у матку і прикріплюється до її стінки.

Після овуляції фолікул, з якого звільнилася яйцеклітина, перетворюється у жовте тіло, що виділяє естрогени і прогестерон. Під впливом прогестерону цервікальний слиз з вологої змазки перетворюється в густе й липке середовище. Зростаючий рівень прогестерону викликає підвищення базальної температури тіла (в стані спокою) на не менш ніж на 0,2°C. Якщо яйцеклітина не запліднена, вона розпадається, а рівні естрогену і прогестерону залишаються високими протягом 10-15 днів, після чого починають знижуватися. Зниження вмісту гормонів у крові викликає відторгнення функціонального шару ендометрію і початок менструації.

Отже, у менструальному циклі жінки розрізняють три фази:

- 1) відносно безплідну (ранню) інфертильну, яка починається одночасно з менструацією;
- 2) фертильну, в яку входить день овуляції і дні безпосередньо напередодні і після овуляції, під час яких статеві відносини можуть стати причиною запліднення;

- 3) постовуляторну (пізню) інфертильну, яка починається після завершення фертильної фази і продовжується до початку менструації.

Механізм менструального циклу досить складний: вищеписана гормональна взаємозалежність забезпечується шляхом реципрокних зворотних зв'язків, які надають йому характер системи саморегуляції. На менструальний цикл впливає діяльність центральної нервової системи, причому багато структур мозку контролюють репродуктивну функцію. Система гіпоталамус-гіпофіз зазнає дії імпульсів, що надходять від вегетативної нервової системи, а також від матки, біогенних амінів: катехоламінів, серотоніну, простагландинів, біологічно активних речовин шишкоподібної залози, гормонів периферійних ендокринних залоз (щитовидної, надниркових, підшлункової).

До чоловічої репродуктивної системи належать:

- 1) дві статеві залози або яєчка, в яких утворюються чоловічі статеві клітини – сперматозоїди, і синтезуються чоловічі статеві гормони – андрогени;
- 2) копулятивний орган – статевий член (penis), за допомогою якого статеві клітини вводяться у піхву жінки;
- 3) парний довгий трубчастий вивідний канал складної конфігурації, який з'єднує кожне яєчко із статевим членом. Він забезпечує дозрівання утворених в яєчках клітин і збереження їх до моменту надходження в орган під час статевих зносин;
- 4) спеціальні додаткові статеві залози, стінки яких багаті гладком'язовими клітинами. Залози виділяють рідке середовище – носій для сперматозоїдів (сперму), а рефлекторне скорочення гладких м'язів у їхній стінці викликає швидке виштовхування сперматозоїдів разом зі спермою із статевого члена під час статевого акту. Цей процес, у якому також беруть участь деякі групи скелетної мускулатури, називається еякуляцією.

Яєчка розвиваються в очеревині з індіферентних гонад, але перед народженням плода опускаються в мошонку. Тестикулярне формування в організмі плода відбувається протягом 45 днів внутрішньоутробного розвитку. Варто зазначити, що яєчка відіграють активну роль у диференціації гонад чоловічого типу, тоді як розвиток жіночого типу відбувається більш пасивно. Схожість будови сім'яників та яєчників виразна тільки на ранніх етапах еволюції.

Потім, у міру диференціювання гонад чоловічого типу, фолікулярні й інтерстиціальні клітини не лише підтримують розвиток статевих клітин, але й забезпечують рух їх по сім'яних канальцях з подальшою сперміацією.

Клітини сперматогенного епітелію в сім'яниках беруть участь у процесі сперматогенезу, який являє собою довгу серію цитологічних перетворень, які ведуть до формування з відносно малодиференційованих сперматогоній високоспеціалізованої клітини – сперматозоїда, всі органели якого влаштовані таким чином, щоб забезпечити пошук, розпізнавання та запліднення яйцеклітини.

Сперматогенез можна розділити на три етапи:

- 1) спермацитогенез – розмноження сперматогоній, кожна наступна генерація клітин виявляється більш диференційованою, ніж попередня;
- 2) мейоз – період сперматогенезу. Під час мейозу відбувається спарювання хромосом, кросинговер – обмін генними локусами і два поділи дозрівання, які призводять до скорочення числа хромосом вдвічі та до утворення із сперматокитів сперматид;
- 3) сперміогенез – гаплоїдні клітини (сперматиди) перетворюються в сперматозоїди.

Статеве дозрівання чоловічого організму відбувається у віці від 12 до 18 років (на території України – від 14 до 16 років). За нормою, спочатку починається ріст волосся на зовнішніх статевих органах. Приблизно через півроку після появи волосся на лобку спостерігається оволосіння пахвових ямок (фізіологічні межі – 12,5-16,5 років). У цьому ж віці з'являються поліції.

Репродуктивна активність чоловіка оцінюється за результатами дослідження складу еякуляту – сім'яної рідини (спермограми). За нормою, в 1 мл сперми міститься від 60 до 120 млн. сперматозоїдів, з них рухомих – 70-90%, поодинокі лейкоцити, епітеліальні клітини, клітини Сертолі. Наявність в 1 мл від 30 до 50 млн. сперматозоїдів називається олігоспермією; від 1 до 30 млн. – гіоспермією, а відсутність сперми і клітин сперматогенного епітелію – аспермією. Ці стани, як і порушення статевого дозрівання (застримка чи передчасне статеве дозрівання), зазвичай є наслідком органічних чи функціональних порушень у чоловічій репродуктивній сфері і вимагають відповідного обстеження та лікування.

Виходячи з того, що відомо про чоловічу фертильність (організм продукує сперму безперервно, а сперматозоїди після еякуля-

ції живуть від 24 до 120 годин) і про жіночу фертильність (овуляція відбувається один раз за цикл, а яйцеклітина живе від 12 до 24 годин), можна визначити період можливого запліднення. У першу чергу, варто враховувати період життєздатності як сперматозоїда, так і яйцеклітини. На виживання сперматозоїда і його здатність проникати через статеві шляхи жінки у місце запліднення – фаллопієву трубу – впливає також якість цервікального слизу. Рідка, в'язка цервікальна змазка допомагає сперматозоїдам потрапити у матку і може слугувати резервуаром сперми.

Сперматозоїди, що потрапили у рідкий, тягучий фертильний слиз за кілька днів до овуляції і протягом 24 годин після неї, спроможні запліднити яйцеклітину. Отже, період можливого запліднення обумовлений як чоловічими, так і жіночими факторами, і може тривати 2-6 днів або навіть більше, залежно від того, скільки часу по відношенню до періоду овуляції виділяється фертильний слиз. З підвищенням рівня естрогенів в організмі жінки і наближенням овуляції вірогідність запліднення зростає. Після овуляції така ймовірність різко зменшується.

Зазначені процеси, що відбуваються в організмі як жінки, так і чоловіка, сприяють формуванню єдиної парної функції у людини – статевої, яка відіграє найважливішу роль у забезпеченні відтворення. Її здійснення тісно пов'язане не лише з функціонуванням нервової та ендокринної системи партнерів, але й із взаємною психологічною адаптацією та емоційним настроєм.

Статева функція впливає на формування сексуальності, яка є складним процесом, що починається під час ембріонального періоду онтогенезу і завершується із статевим дозріванням. Уже з перших днів життя дитини соціально-психологічні фактори впливають на її психо-сексуальний розвиток, формуючи статеву самосвідомість та сексуальну орієнтацію.

У сучасній сексології розрізняють кілька етапів формування та виявлення сексуальності:

- пренатальний період, в якому відбувається диференціація гонад, геніталій, структур мозку;
- парапубертатний період (7-11 років), коли дитина усвідомлює статеву належність, починає розрізняти стать тих, хто її оточує, і незмінність статевої належності (формування статевого самоусвідомлення);
- передпубертатний період (12-18 років) – формування пла-тонічного та еротичного лібідо;

- перехідний період сексуальності (16-26 років) – формування сексуального лібідо і початок сексуальних відносин;
- період зрілої сексуальності (26-55 років) – регулярні статеві відносини, входження у смугу умовно-фізіологічного ритму;
- інволюційний період (55-70 років) – зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня платонічного та еротичного.

Крім фізіологічних процесів, що проходять у психічній, ендокринній, статевій та інших системах, сексуальна сфера впливає на формування соціально-поведінкових, особистих реакцій. Від сукупності цих факторів залежить сексуальне здоров'я особистості, яке, за визначенням ВООЗ (Женева, 1974), є комплексом соматичних, емоційних та соціальних аспектів сексуального існування людини, які позитивним чином збагачують особистість, підвищують комунікабельність людини та її здатність кохати. В основі сексуального здоров'я особистості лежить право на інформованість у питаннях сексуальності та статеву освіченість; воно також передбачає свободу від страху, почуття сорому і провини, хибних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальне взаєморозуміння.

Однак повноцінного сексуального взаєморозуміння неможливо досягнути за умови наявності постійного страху настання небажаної вагітності. У зв'язку з цим особливого значення набувають методи попередження непланованої вагітності, а саме ефективна і безпечна контрацепція.

Під час загального ознайомлення з фізіологією репродуктивної системи людини може скластися враження, що вона досить стійка і надійно захищена від дії різноманітних шкідливих факторів. Таке враження помилкове. Специфічні і неспецифічні захворювання статевої сфери, різноманітна соматична патологія, психічні фактори можуть спровокувати порушення, часто досить серйозні, на будь-якому рівні. Наприклад, сильні емоційні потрясіння можуть викликати патологічні зміни менструального циклу у жінки аж до повного його зникнення, а в чоловіка викликати стійку імпотенцію. Штучне переривання вагітності може призвести до ще важчих наслідків – порушення дітородної функції та подальшого безпліддя.

КОНСУЛЬТУВАННЯ

ОСНОВИ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Консультування – це комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я, пошук шляхів їх вирішення та способів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки у бік менш ризикованої.

Консультування є важливою умовою для початку та продовження використання пацієнтом методу планування сім'ї.

Консультування допомагає не лише при задоволенні безпосередніх потреб клієнтів, а й сприяє розвитку здібностей для самостійного вирішення проблем, які можуть виникнути у майбутньому. Консультування відкриває можливості для нових перспектив і позитивних змін. Зміни можуть бути як в самій людині (наприклад, інше ставлення до ситуації), так і в її поведінці (наприклад, практика безпечного сексу) чи в оточенні.

Медичні спеціалісти будь-якого рівня надання медичної допомоги повинні бути підготовлені для проведення консультування з усіх наявних методів контрацепції. При цьому вони не повинні застосовувати ніяких методів стимулювання чи примушування пацієнтів до використання як планування сім'ї у цілому, так і будь-якого окремого методу контрацепції.

Консультативна робота застосовується у різноманітних галузях і сферах фахової діяльності та життя людини. Існують різні види консультування: медичне, психологічне, організаційне, управлінське, педагогічне, профорієнтаційне, кадрове і маркетингове. Часто консультування, як одна з форм роботи, застосовується у тих галузях, де необхідно використання психологічних знань, оскільки консультування є процесом спілкування, який включає аспект впливу.

Консультування – головний етап надання допомоги пацієнтам. Воно використовується у всіх сферах медицини.

Консультування – це конфіденційна бесіда, що передбачає двостороннє спілкування (діалог, а не монолог) і концентрується на індивідуальних потребах пацієнта.

Консультант надає пацієнтові чітку, об'єктивну та вичерпну інформацію і допомагає зробити усвідомлений вибір (прийняти поінформоване і добровільне рішення).



У процесі консультування беруть участь дві сторони: **консультант і пацієнт (клієнт)**.

Консультант – підготовлений спеціаліст, який володіє знаннями, уміннями та навичками консультування з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї.

Пацієнт (клієнт) – будь-яка людина, яка звернулася по допомогу до консультанта.

Мета консультування – надати допомогу пацієнту у вирішенні певних проблем.

Завдання консультування можуть бути різними у кожному конкретному випадку і залежати від очікувань пацієнта та професійних можливостей консультанта задовольнити ці очікування.

Консультування залежно від тривалості спілкування та кількості зустрічей розділяють на:

Короткотривале консультування

Спрямоване на вирішення приватних проблем пацієнта. Такий вид консультування, зазвичай, проводять у випадках, коли проблема, з якою звертається до спеціаліста пацієнт, не є складною. Так, наприклад, звернення пацієнта з проблемою вибору певного виду презерватива не вимагає від консультанта складного діагностичного вивчення особистісних і поведінкових дій пацієнта. У цьому разі консультанту необхідно поінформувати пацієнта про наявні види презервативів із нагадуванням про їх відмінні властивості та характерні якості і позитивно „підкріпити” рішення пацієнта використовувати цей спосіб запобігання вагітності, ІПСШ/ВІЛ.

Тривале консультування

Орієнтоване на особистісні характеристики пацієнта. Складність проблеми вимагає від консультанта проведення серйозного психодіагностичного вивчення особистості пацієнта, кропіткого аналізу проблеми, наполегливого психокорекційного впливу. Рішення таких проблем неможливо обмежити короткостроковим консультуванням.

Оперативне консультування

Спрямоване на надання термінової медико-психологічної допомоги пацієнту. Проблема, із якою звертається пацієнт до консультанта, може бути досить складною і при цьому потребувати надання термінової допомоги.



Консультування у залежності від типу консультування розділяють на:

Індивідуальне

Індивідуальне консультування є основним видом діяльності консультанта. Воно передбачає високий ступінь конфіденційності та високий рівень довіри. Тому цей вид консультування передбачає певні вимоги до професійних дій консультанта, а також відповідні умови організації консультативного процесу.

Сімейне

Це окремий випадок групового консультування, який застосовується у випадках роботи з подружніми парами або сім'ями. Психологічні проблеми пари у сімейному житті є взаємопов'язаними. Вони, як правило, створюють єдину подружню психологічну проблему, яку необхідно вирішувати з позицій парного підходу.

Групове

Це будь-які форми надання консультативної допомоги групі. Розмір групи залежить від завдань та умов проведення консультування, проте не повинен перевищувати 30 осіб. Групове консультування має свої переваги. Воно дозволяє заощаджувати час консультанта. Групи можуть включати: студентів, вчителів, лікарів, спеціалістів соціальних служб або спеціально підібрану групу пацієнтів. Групове консультування передбачає наявність умінь у консультанта „вести” групу, відстежувати психологічну динаміку як кожного члена групи, так і загальну групову динаміку.

Консультування залежно від виду призначення розділяють на:

Довідково-інформаційне

Цей вид консультування має на меті з'ясувати інформаційні прогалини і надати пацієнту відсутню у нього інформацію.

Діагностичне

Проводиться для детального аналізу проблеми пацієнта і проведення серйозних корекційних впливів. Консультанту необхідно більш повно визначити психологічні особливості пацієнта. Крім того, діагностика особистості пацієнта може бути також самоціллю, наприклад, за запитом самого пацієнта.

Коригуюче

Основним завданням є проведення корекції неадекватного сприйняття, оцінки, реагування та поведінки пацієнта.



Спрямоване на формування та розвиток особистості пацієнта

Його основне завдання – формування та розвиток певних умінь і навичок пацієнта. Наприклад, уміння сказати „ні”, навичок контролю своєї поведінки. Таке консультування може проводитися як для пацієнтів, що звертаються до консультанта по допомогу, так і для спеціалістів задля їх підготовки до проведення консультування (консультування певних груп).

Психологічні бар'єри у консультуванні та їх попередження

У ході консультування можуть виникнути проблеми, які призводять до виникнення психологічних бар'єрів, що мають суб'єктивні і об'єктивні причини як з боку пацієнта, так і з боку консультанта.

Суб'єктивні причини з боку пацієнта:

- неадекватний емоційний стан (наприклад, агресія);
- недостатній інтелектуальний рівень;
- погане фізичне самопочуття.

Отже, перед тим, як починати консультування, спеціаліст повинен встановити доброзичливі стосунки, уточнити стан пацієнта, говорити з пацієнтом доступною мовою та, якщо потрібно, перенести консультування на інший час.

Суб'єктивні причини з боку консультанта:

- неврахування емоційного стану пацієнта;
- неврахування особливостей характеру пацієнта;
- упереджене ставлення до пацієнта (оцінка його, а не вчинків);
- намагання консультувати з тих питань, в яких він не є компетентним (що в результаті стає помітним для пацієнта);
- невміння правильно організувати консультування (розподіляти час, вибирати місце, розташування меблів у приміщенні тощо).

Об'єктивні причини, що створюють бар'єри у консультуванні:

- консультування проходить у приміщенні, де перебувають сторонні люди, що заважає відвертій розмові;
- заздалегідь не обговорені години прийому, час, відведений на консультування; пацієнт і консультант не мають можли-



вості зручно розташуватися у приміщенні під час консультування.

Правильна організація консультування знижує можливість виникнення психологічних бар'єрів у спілкування консультанта і пацієнта.

У процесі консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я розмова, зазвичай, триває на інтимні, дуже чутливі для пацієнта теми. Це обумовлює підвищений ризик виникнення психологічних бар'єрів у спілкуванні консультанта і пацієнта. Тому консультант має організувати спілкування з пацієнтом так, щоб попередити виникнення можливих бар'єрів.

Для попередження психологічних бар'єрів під час консультування необхідно:

Привітати і провести пацієнта до місця, де буде відбуватися консультування. Якщо пацієнт сам заходить до кабінету спеціаліста, не варто зустрічати його сидячи, оскільки він може оцінити це як неповагу та байдужість до себе, або, як демонстрацію консультантом своєї переваги (дотримання цього правила вкрай важливо, коли йдеться про консультування підлітків і людей, які потерпіли від насильства).

Приміщення повинне бути чистим і прибраним. У приміщенні повинні бути предмети, призначення яких має бути зрозумілим для пацієнта, інакше він буде відволікатися. Консультант повинен бути одягненим у „нейтральний” одяг, щоб не викликати негативних емоцій у пацієнта.

Вибір оптимальних технік консультування та суворе їх дотримання. Особливо варто виділити техніку „дзеркального відображення” як спосіб подолання психологічних бар'єрів. Вона полягає у тому, що консультант використовує невербальні техніки консультування. В результаті, у пацієнта створюється відчуття того, що консультант цілком розуміє не лише зміст і сенс його висловлень, але і його емоційний стан.

Якщо пацієнту важко самому розповісти про проблему, можна запросити за його згодою близьких, родичів. Присутність цих людей на консультуванні допоможе пацієнту почувати себе більш спокійно, упевнено, адекватно сприймати рекомендації консультанта.

На заключному етапі консультування рекомендується призначити дату наступного консультування та попрощатися. Особливо це важливо у стосунках із підлітками, які можуть не прийти наступного разу на консультування, але підуть із переконанням і



усвідомленням того, що їх тут чекають і завжди готові надати допомогу, що є також одним із принципів „дружнього підходу”. Така організація завершальної стадії консультування, однозначно знижує можливість виникнення психологічних бар’єрів на подальших консультаціях.

Отже, психологічні бар’єри, що можуть виникати у спілкуванні консультанта і пацієнта, можна не тільки долати, але й попереджувати.

Техніки консультування

До основних технік консультування належать:

- Запитання.
- Підбадьорення та заспокоєння.
- Відображення змісту проблеми: перефразування й узагальнення.
- Відображення почуттів.
- Паузи мовчання.
- Надання інформації.
- Інтерпретація.
- Конфронтація.
- Почуття консультанта і самовідкриття.
- Структурування консультування.
- Завершення консультування.

Запитання

Запитання розділяють на закриті і відкриті.

Закриті запитання використовують для одержання конкретної інформації, вони допускають односкладову відповідь, підтвердження або заперечення („так”, „ні”). Наприклад: „Чи знаєте Ви способи запобігання ІПСШ або вагітності?”

Відкриті запитання існують не стільки для отримання інформації про життя пацієнтів, скільки дозволяють обговорювати почуття. Відкриті запитання розширюють і поглиблюють контакт, закриті запитання обмежують його.

Відкриті запитання дають можливість ділитися своїми проблемами з консультантом. Вони передають пацієнту відповідальність за бесіду і спонукають його досліджувати свої переконання, почуття, думки, цінності, поведінку, тобто свій внутрішній світ.

Виділяють основні моменти консультування з використанням відкритих запитань:



1. Початок консультативної зустрічі („З чого сьогодні Ви б хотіли розпочати?”, „Що відбулося за той тиждень, відколи ми не бачилися?”)
2. Спонування пацієнта продовжувати або доповнювати сказане („Що ще Ви хотіли б сказати про це?”, „Чи можете додати що-небудь до того, що сказали?”).
3. Спонування пацієнта проілюструвати свої проблеми прикладами, щоб консультант міг краще їх розуміти („Чи можете Ви розповісти про якусь конкретну ситуацію?”).
4. Зосередження уваги пацієнта на почуттях („Що Ви відчуваєте, коли розповідаєте мені про себе?”, „Що Ви відчували тоді, коли все це відбулося з Вами?”)

Хоча формування запитань є важливою технікою консультування, варто уникати надмірного опитування. Будь-яке запитання повинне бути обґрунтоване – ставлячи його, треба знати з якою метою воно ставиться. Це дуже складна проблема для консультанта-початківця, який нерідко занадто переймається тим, про що ще запитати пацієнта і забуває, що насамперед пацієнта треба слухати.

Якщо опитування перетворити в основну техніку консультування, то й консультування може перетворитися на допит. У такій ситуації пацієнт залишить кабінет консультанта з почуттям, що його не стільки зрозуміли і закликали до емоційної участі у консультативному контакті, скільки допитували.

Ставлячи запитання пацієнтам, необхідно пам'ятати про деякі правила:

- Запитання „Хто, що?” найчастіше орієнтовані на факти, тобто запитання такого типу збільшують можливість фактологічних відповідей.
- Запитання „Як?” більшою мірою орієнтовані на людину, її поведінку, внутрішній світ.
- Запитання „Чому?” нерідко провокують захисні реакції пацієнтів, тому їх варто уникати в консультуванні. Поставивши запитання такого типу, найчастіше можна почути відповіді, які базуються на раціоналізації та інтелектуалізації, оскільки не завжди легко пояснити справжні причини своєї поведінки (а на них насамперед і бувають спрямовані запитання „чому?”), яка обумовлена багатьма досить суперечливими чинниками.



- Необхідно уникати постановки одночасно декількох запитань (іноді в одному запитанні закладені інші). Наприклад: „Як Ви розумієте свою проблему? Чи не думали Ви про свої проблеми коли-небудь раніше?”. В обох випадках пацієнту імовірно стане незрозуміло, на яке із запитань відповідати, тому що відповіді на кожну частину подвійного запитання можуть бути цілком різні.
- Не варто те ж саме запитання ставити в різних формулюваннях. Пацієнту стає незрозуміло, на який із варіантів потрібно відповідати.
- Не можна запитанням провокувати відповідь пацієнта. Наприклад, запитання „Чи все йде добре?” найчастіше спонукає пацієнта дати позитивну відповідь. У цьому разі краще поставити відкрите запитання: „Як ваші справи?”. У таких ситуаціях пацієнти нерідко користуються можливістю дати непевну відповідь, як-от: „Непогано”. Консультанту потрібно уточнити відповідь іншими запитаннями такого типу: „Що для Вас означає „непогано?”. Це дуже важливо тому, що часто в ті ж самі поняття ми вкладаємо досить різний зміст.

Підбадьорення та заспокоювання

Цей аспект є дуже важливим для створення і зміцнення консультативного контакту. Підбадьорити пацієнта можна стислою фразою, що означає згоду та розуміння. Така фраза спонукає пацієнта продовжити розповідь. Наприклад: „Продовжуйте”, „Добре”, „Так” тощо. Досить поширена реакція, що виражає підбадьорення: „Ага”, „М-мм”. У перекладі на звичайну мову ці частки означали б: „Продовжуйте, я перебуваю поруч з Вами, я уважно слухаю Вас”. Підбадьорення виражає підтримку – основу консультативного контакту.

Іншим важливим компонентом підтримки пацієнта є заспокоювання, що разом із підбадьоренням дозволяє пацієнту повірити в себе і ризикувати, змінюючи деякі аспекти особистості, випробовуючи нові способи поведінки. Це теж короткі фрази консультанта, що виражають згоду: „Дуже добре”, „Не хвилюйтесь через це”.

Відображення змісту: перефразування й узагальнення

Щоб відображати зміст розповіді пацієнта, необхідно перефразувати або узагальнити кілька його висловів. Так пацієнт переконується, що його уважно слухають і розуміють. Відображення змісту допомагає пацієнту краще зрозуміти себе, розбиратися у своїх думках, ідеях і установках.



Перефразування найбільш прийнятне на початку консультування, тому що спонукає пацієнта більш відверто обговорювати свої проблеми. Проте, з іншого боку, воно недостатньо поглиблює бесіду.

Виділяють *три основні завдання перефразування*:

- продемонструвати пацієнту, що консультант дуже уважний і щиро намагається його зрозуміти;
- допомогти пацієнту сформулювати основну думку, повторюючи її у стислому вигляді;
- перевірити правильність розуміння пацієнтом власної проблеми.

У перефразуванні потрібно пам'ятати прості правила:

- перефразовується основна думка пацієнта;
- не можна спотворювати або змінювати зміст твердження пацієнта, а також додавати щось від себе;
- потрібно уникати дослівного повторення висловлень пацієнта, бажано думки пацієнта висловлювати своїми фразами.

Добре перефразована думка пацієнта стає зрозумілішою і конкретнішою, а це допомагає пацієнту самому зрозуміти, що саме він хотів сказати.

В *узагальненні* викладається основна ідея кількох малопов'язаних між собою тверджень або довгого і заплутаного висловлювання. Узагальнення допомагає пацієнту систематизувати свої думки, пригадати те, що було сказано, спонукає до розгляду важливих тем і сприяє дотриманню послідовності консультування. Якщо перефразування охоплює щойно висловлені твердження пацієнта, то узагальнення підлягає цілий етап бесіди або навіть уся бесіда:

- консультант хоче структурувати початок бесіди, щоб об'єднати її з попередніми;
- пацієнт говорить дуже довго і заплутано;
- одну тему бесіди уже вичерпано, й помітно перехід до іншого етапу бесіди;
- прагнення надати бесіді визначений напрямок;
- наприкінці зустрічі, щоб підкреслити істотні моменти бесіди і дати завдання на період до наступної зустрічі.



Відображення почуттів

Пізнання та відображення почуттів пацієнта є однією з найголовніших технік консультування. Ці процеси є неодмінною складовою стосунків двох людей. Відображення почуттів тісно пов'язано з перефразуванням висловлених пацієнтом думок. Різниця лише в тому, що перефразування зосереджено на змісті, а відображення почуттів – на тому, що приховано поза змістом. Бажаючи відобразити почуття пацієнта, консультант уважно вислуховує його зізнання, перефразовує окремі твердження, але орієнтується на почуття, висловлені пацієнтом.

Важливо звернути увагу на співставлення фактів і почуттів у консультативній бесіді. Нерідко, захопившись розпитуванням, консультант починає ігнорувати почуття пацієнта.

У консультуванні існує правило: *запитуючи про почуття пацієнта, ми почуємо також і факти з життя, але коли ми запитуємо тільки про події – практично немає жодних шансів почути щось про почуття.*

Це правило вказує на важливість запитань про почуття і на істотну роль відображення почуттів у консультуванні, що є необхідною умовою підтримки консультативного контакту в орієнтованій на пацієнта ситуації.

Говорячи про почуття в консультуванні, можна сформулювати кілька узагальнених принципів, що охоплюють не тільки відбиток почуттів пацієнта, але також відображення почуттів консультантом:

1. Консультант зобов'язаний якомога повніше і точніше ідентифікувати почуття як пацієнта, так і свої.
2. Не обов'язково відображати або коментувати кожне почуття пацієнта – будь-яка дія консультанта повинна бути доцільною.
3. Обов'язково звертати увагу на почуття, коли вони:
 - викликають проблеми у консультуванні,
 - можуть підтримати пацієнта і допомогти йому.

У консультуванні завжди більш значущі почуття пацієнта, ніж консультанта.

Паузи мовчання

Мовчання в консультуванні може мати різноманітний зміст:

- Паузи мовчання, особливо на початку бесіди, можуть виражати тривогу пацієнта, його погане самопочуття, розгубленість через сам факт консультування.



- Мовчання далеко не завжди означає відсутність реальної активності. Під час пауз мовчання пацієнт може підшукувати потрібні слова для продовження своєї розповіді, зважувати те, про що йшлося перед цим, намагатися оцінити здогадки, які виникли під час бесіди. Консультанту також потрібні паузи мовчання для обмірковування минулої частини бесіди і формулювання важливих питань. Періодичні паузи мовчання роблять бесіду цілеспрямованою тому, що в цей час подумки виявляються істотні моменти бесіди, формулюються основні висновки. Паузи мовчання допомагають не пропускати важливі питання.
- Мовчання також може означати, що і пацієнт, і консультант сподіваються на продовження бесіди як з одного, так і з іншого боку.
- Пауза мовчання, особливо якщо вона суб'єктивно неприємна як пацієнту, так і консультанту, може означати, що обидва учасники бесіди і вся бесіда виявилися у безвиході, і саме зараз відбувається пошук виходу зі ситуації, що склалася, та/або нового напрямку бесіди.
- Мовчання у деяких випадках виражає опір пацієнта процесу консультування. Тоді воно стає маніпуляцією стосовно консультанта. Пацієнт веде гру: „Я можу сидіти як камінь і подивлюся, чи вдасться йому (консультанту) зрушити мене”.
- Іноді паузи мовчання виникають, коли бесіда протікає на поверхневому рівні та уникається обговорення найбільш важливих і значущих питань. Проте, така ситуація збільшує тривожність пацієнта.
- Мовчання іноді може бути глибоким узагальненням без слів. Тоді воно є більш усвідомленим і красномовним, аніж слова. Консультант повинен дозволити пацієнту бути у консультативному контакті таким, яким йому хочеться, в тому числі і мовчати. Щодо пауз мовчання іноді виникає запитання: чи повинен консультант сам переривати паузи мовчання? Поширена думка, що **консультант повинен переривати порожнє мовчання і не поспішати переривати продуктивне мовчання**. Коли пацієнт замовкає і мовчання триває довго, доречне зауваження консультанта: „Ви, певно, задумалися. Не хотіли б поділитися тим, що зараз почуваєте?” або „Що важливе для себе Ви чуєте в цьому мовчанні?” Водночас не варто забувати, що пацієнт сам відповідає за припинення мовчання.



Надання інформації

Завдання консультування досягаються за допомогою надання пацієнту інформації: консультант висловлює свою думку, відповідає на запитання пацієнта та інформує його про різні аспекти обговорюваних проблем. Інформація, як правило, пов'язана з процесом консультування, поведінкою консультанта або умовами консультування.

Надання інформації у консультуванні є дуже важливим.

Надаючи інформацію, консультант не повинен забувати, що пацієнти часом ставлять запитання задля того, щоб усунутися від обговорення своєї проблеми і дослідження їх особистості. Насправді важко відрізнити запитання, що вказують на занепокоєність пацієнта від прагнення пацієнта маніпулювати консультантом за допомогою запитань.

Інтерпретація

Суть інтерпретації у тому, щоб незрозуміле зробити зрозумілим.

Інтерпретування повинне проводитися з урахуванням стадії консультативного процесу. Ця техніка малопридатна на початку консультування, коли передбачається досягнення довірливих стосунків із пацієнтами, але пізніше вона є дуже корисною для розкриття психодинаміки проблем.

Ефективність інтерпретування значною мірою залежить від його глибини і часу проведення. Інтерпретація, зазвичай, не повинна бути надто глибокою. Вона повинна бути пов'язана з тим, що пацієнт уже знає. Дієвість інтерпретації визначається своєчасністю і готовністю пацієнта її прийняти. Якою би мудрою й точною не була інтерпретація, якщо її подано в неслухний час, то ефект буде недостатнім, оскільки пацієнт не зможе зрозуміти пояснень консультанта.

Ефективність інтерпретації залежить і від особистості пацієнта. Пацієнти, які мають високий рівень освіти, більш чутливі до інтерпретацій і, навіть коли не погоджуються з консультантом, приймають їх до уваги.

Консультант зобов'язаний уміти розуміти реакцію пацієнта на суть інтерпретацій. Емоційна байдужість пацієнта повинна змусити консультанта подумати про відповідність інтерпретації реальному стану речей. Проте, якщо пацієнт відреагував вороже і одразу відкинув інтерпретацію як неправдоподібну, є підстава припускати, що інтерпретація торкнулася суті проблеми.



Конфронтація

Кожен консультант час від часу змушений вступати в конфронтацію з пацієнтами з терапевтичною метою. G. Egan визначає конфронтацію як реакцію консультанта, що суперечить поведінці пацієнта. Найчастіше протистояння буває спрямоване на двоїсту поведінку пацієнта: уникнення, „гра”, хитрощі, вибачення, „кидання порошу в очі”, тобто на усе те, що заважає пацієнту побачити і вирішувати свої щоденні проблеми. У центрі конфронтації зазвичай опиняється стиль міжособистісного спілкування пацієнта, що відбивається в консультативному контакті. Консультант звертає увагу на прийоми, за допомогою яких пацієнт намагається уникнути обговорення важливих тем, спотворює злободенність своїх життєвих ситуацій тощо.

Використання конфронтації у консультуванні повинно бути обґрунтовано деякими простими правилами:

- необхідно старанно охарактеризувати зміст неадекватної поведінки пацієнта і її контекст, проте, не варто все висловлювати одночасно;
- необхідно докладно викласти пацієнту і його близьким наслідки суперечливої поведінки, в тому числі у процесі консультування;
- необхідно допомогти пацієнту знайти способи подолання його проблем.

Доповнюючи перераховані правила, хотілося б підкреслити, що конфронтація з пацієнтом у жодному разі не повинна бути агресивною і категоричною. Бажано частіше використовувати фрази: „мені здається”, „будь ласка, спробуйте пояснити”, „якщо я не помиляюся”, що виражають певні сумніви консультанта і пом'якшують тон конфронтації.

Почуття консультанта і самовідкриття

Консультування завжди потребує не тільки досвіду, прозорливості, але й емоційного занурення у процес. Проте, дуже важливо, щоб емоційна участь була доречною і слушною для інтересів пацієнта, а не самого консультанта.

Консультант за допомогою демонстрації своїх почуттів розкривається перед пацієнтом. Розкритися в найширшому розумінні – це означає продемонструвати своє емоційне ставлення до подій і людей.



Структурування консультування

Ця процедура проходить через весь процес консультування. Структурування означає організацію стосунків консультанта з пацієнтом, виділення окремих етапів консультування й оцінку їх результатів, а також надання пацієнту інформації про процес консультування. Закінчивши один етап, ми разом із пацієнтом обговорюємо результати, формулюємо висновки. Необхідно переконатися, що оцінки результатів цього етапу консультантом і пацієнтом збігаються.

Структурування відбувається протягом усього консультування. Робота з пацієнтом здійснюється за принципом „крок за кроком”. Кожний новий етап починається з оцінки того, що досягнуто. Це сприяє бажанню пацієнта активно співпрацювати з консультантом, а також створює можливість у разі невдачі на окремому етапі знову повернутися до нього. Отже, суть структурування – участь пацієнта у плануванні процесу консультування.

Завершення консультування

Припинення консультування найчастіше відбувається природно, коли пацієнт починає чітко усвідомлювати свої проблеми та свободу вибору рішень, або коли проблеми вичерпуються під час консультування. Питання про припинення консультативних зустрічей пацієнт і консультант вирішують разом. Останню зустріч необхідно присвятити підведенню підсумків та встановленню найважливіших результатів. Краще, щоб першим це зробив сам пацієнт. Тільки він спроможний сформулювати справжні результати. Консультант має допомогти пацієнту точніше і конкретніше визначити зміни, що відбулися за період консультування. Саме конкретність свідчить про усвідомлене прийняття пацієнтом змін, що відбулися.

Часом виникає питання про необхідність подальших зустрічей із пацієнтом після закінчення консультування. Потрібно залишити можливість пацієнту звертатися до консультанта у разі потреби, під час виникнення нових проблем, але з іншого боку, не варто заохочувати такі звертання. Якщо консультування було ефективним, у пацієнта не повинно виникнути потреби у нових зустрічах.

Вимоги до ефективного консультанта

Для ефективного консультування велике значення мають такі риси, які необхідно мати консультанту:

- Емпатія, або розуміння – уміння побачити світ очима іншої людини.



- Повага – ставлення до іншої людини, що має на увазі віру в її здатність подолати проблему.
- Конкретність – або спроможність бути певним і точним – спосіб комунікації з іншою людиною, маючи очевидну ясність у своїх висловлюваннях.
- Знання і прийняття себе, а так само готовність допомогти в цьому іншим.
- Відвертість – уміння бути чесним у взаємовідносинах.
- Конгруентність – відповідність слів мові тіла.
- Безпосередність (спроможність робити щось негайно без обмовок, за своїм внутрішнім потягом, просто та щиро) – робота з тим досвідом, що має місце у повсякденному житті пацієнта.

Особливе значення приділяється консультуванню з питань планування сім'ї та репродуктивного здоров'я.



КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Консультавання з питань планування сім'ї і репродуктивного здоров'я дуже тісно пов'язане із загальними аспектами консультавання, використовує його методи, особливості побудови консультативної бесіди та принципи, а найчастіше і техніки психологічного консультування.

Консультавання з питань планування сім'ї і репродуктивного здоров'я – це комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем у галузі планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, пошук шляхів їх вирішення і способів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки у сторону менш ризикованої.

Медичні спеціалісти будь-якого рівня надання медичної допомоги повинні бути підготовлені для проведення консультавання з питань планування сім'ї та усіх наявних методів контрацепції. При цьому вони не повинні застосовувати ніяких методів стимулювання чи примушування пацієнтів до використання як планування сім'ї у цілому, так і будь-якого окремого методу контрацепції.

Необхідно пам'ятати, що під час проведення консультавання ні в якому разі не повинна бути присутньою професійна зверхність консультанта! Довіра та доброзичливість – запорука успіху консультавання і досягнення його позитивного результату.

Планування сім'ї – це система медико-психологічних і соціальних заходів, спрямованих на профілактику непланованої вагітності, хвороб, що передаються статевим шляхом та ВІЛ інфекції, кінцевою метою яких є збереження репродуктивного здоров'я населення.

Визначають такі напрямки консультавання з планування сім'ї:

- статеве виховання, гігієна та безпечна статеві поведінка;
- дошлюбне консультавання;
- консультавання з питань контрацепції, включаючи і невідкладну (екстрену) контрацепцію;
- консультавання сім'ї під час вагітності й у післяпологовому періоді;
- післяабортне консультавання;

- консультування при наявності сексуальних розладів;
- консультування неплідних подружніх пар.

Окремо виділяється консультування підлітків та молоді з питань контрацепції, що має свої специфічні підходи та методи.

Консультування з питань планування сім'ї повинно допомогти пацієнтам:

- набути знань про відповідальну статеву поведінку;
- мати безпечні статеві стосунки;
- бути зацікавленим у профілактиці порушень здоров'я статевого партнера;
- зробити усвідомлений вибір, що стосується їх репродуктивних планів;
- вибрати метод контрацепції, що їх влаштовує;
- правильно та успішно використовувати обраний метод;
- попередити ІПСШ;
- бути інформованим про місце звернення у разі виникнення проблем репродуктивної сфери чи використання методу контрацепції.

Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта у конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання конкретного засобу контрацепції та попередження небажаної вагітності. Професіоналізм консультанта залежить багато в чому від його готовності вислухати, правильно і своєчасно відповісти на всі запитання та намагатися подолати сумніви пацієнта про поінформований вибір методу.

Поінформований вибір – добровільне рішення пацієнта, засноване на отриманій необхідній інформації. Щоб пацієнт зробив свій поінформований (усвідомлений) вибір, консультант повинен надати достовірну та вичерпну інформацію про проблему (проблеми) пацієнта і способи її (їх) вирішення

Надаючи послуги з ПС, необхідно пам'ятати, що пацієнт має право відмовитися від будь-якого виду медичного огляду, проте професіоналізм консультанта полягає в умінні зацікавити пацієнта у разі необхідності такого огляду для нього самого.



Переваги консультування з питань планування сім'ї:

- підвищується рівень поінформованості населення;
- поліпшується прихильність населення до використання методів контрацепції;

- вибір методу контрацепції відбувається більш усвідомлено;
- метод контрацепції застосовується більш ефективно;
- збільшується тривалість використання методів контрацепції;
- підвищується задоволеність пацієнтів;
- поширюється достовірна інформація та змінюються хибні уявлення щодо негативного впливу методів контрацепції на здоров'я;
- підвищується рівень культури населення загалом щодо репродуктивної поведінки, відповідальності за особистий стан здоров'я, дотримання своїх репродуктивних прав.

Крім того, консультант повинен пам'ятати, що кожен пацієнт має право на:

- одержання достовірної та вичерпної інформації;
- доступність послуг та якість обслуговування;
- поінформовану свободу вибору;
- безпеку для здоров'я під час застосування методу;
- спілкування з консультантом наодинці;
- анонімність консультування;
- висловлення своєї думки;
- гідність і повагу;
- комфорт;
- безперервність надання послуг.

Поради щодо надання якісної консультаційної допомоги:

- Виявляйте повагу у ставленні до кожної пацієнтки. Створіть умови для невимушеної бесіди.
- Запропонуйте пацієнтці розказати про те, що їй необхідно, що її турбує і поставити запитання, якщо вони у неї є.
- Бесіда з пацієнткою повинна будуватися з урахуванням її потреб та побажань.
- Слухайте уважно. Слухання є таким же важливим елементом бесіди, як і надання пацієнтці достовірної інформації.
- Надавайте пацієнтці тільки ключову інформацію та інструкції. Використовуйте поняття, зрозумілі для пацієнтки.
- Поважайте та підтримуйте право пацієнтки на прийняття рішень на основі повної інформації.



- Обговоріть питання, що стосуються побічних ефектів (якщо вони є). Ставтеся серйозно до питань, які турбують пацієнтку.
- Переконайтеся, що пацієнтка має чітке уявлення про зміст питань, що складають предмет вашої бесіди.
- Слід завжди пам'ятати про такі суміжні питання, як профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ і використання презервативів.
- Запросіть пацієнтку прийти на повторний візит при виникненні будь-яких запитань.

Процес консультування

Під час консультування спеціалісти повинні зважати на:

- період життя та репродуктивні плани жінки чи пари (від початку сексуального життя до першої вагітності - відстрочення чи планування вагітності, перерва між пологами, жінка не хоче більше мати дітей), бесіда повинна будуватися з урахуванням потреб і побажань пацієнтки;
- стан здоров'я партнерів;
- персональні дані, включаючи прихильність до контрацепції та доступність і наявність інших засобів, необхідних у використанні обраного методу контрацепції;
- необхідність захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ.

Обговорюючи з пацієнтом його/її контрацептивні можливості, медичні спеціалісти повинні коротко розповісти про наявні методи планування.

Консультант і пацієнт повинні обговорити таку інформацію:

- механізм дії обраного методу. Може так трапитися, що пацієнту не підійде жоден з наявних видів контрацепції або він не може, з огляду на свої особисті переконання, використовувати контрацептиви, тому йому необхідно запропонувати один із доступних для нього на даний час та ефективних немедикаментозних методів планування сім'ї;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;



- можливі короткострокові і довгострокові побічні ефекти, ускладнення;
- стани, що потребують звернення до лікаря;
- можливість повторного візиту/звернення під час виникнення якихось запитань.

Незважаючи на те, що існує безліч ефективних методів контрацепції, можлива так звана контрацептивна невдача, або виникнення непланованої вагітності. У такому випадку під час консультування треба поінформувати пацієнтку про наявні у неї можливості щодо репродуктивного вибору.

Етапи консультування з планування сім'ї

Консультування з питань планування сім'ї повинно бути частиною кожної зустрічі з пацієнтом.

Пацієнти повинні самі прийняти рішення про те, який метод контрацепції їм більше всього підходить. Консультант має допомогти їм у виборі методу контрацепції згідно з потребами відповідно до періодів життя та стану здоров'я. Перед проведенням консультування з питань ПС доцільно визначити рівень поінформованості пацієнта щодо методів контрацепції, ставлячи запитання типу: Які методи контрацепції Вам відомі?, Який метод Ви хотіли б використовувати?

У подальшому консультування проводиться з урахуванням рівня поінформованості пацієнта.

Процес консультування можна розділити на етапи:

Вибір методу. Початкове (первинне) консультування – описуються всі методи контрацепції, і пацієнту допомагають обрати той, який найбільше йому/їй підходить.

Якщо пацієнтка не має чіткого уявлення про те, який метод вона хоче використовувати, необхідно:

- Разом із жінкою проаналізувати репродуктивні плани, а також обговорити важливі питання, що стосуються практичного використання кожного методу контрацепції.
- Спитати, які методи контрацепції вона знає. (Це дасть можливість визначити рівень знань пацієнтки і виправити невірну інформацію).
- Розказати про кожний метод, починаючи з методів прийнятних відповідно до періоду життя. Дати детальну інформацію про метод, який зацікавить жінку. Інформація повинна включати:

- механізм дії методу;
 - ефективність методу;
 - переваги;
 - недоліки;
 - можливі побічні ефекти;
 - медичні протипоказання.
- Заохочувати пацієнтку ставити запитання.
 - Обговорити переваги і недоліки різних методів у зв'язку з обставинами і потребами пацієнтки, (наприклад, період життя, здатність не забувати, що таблетки необхідно приймати щодня, участь партнера, кількість партнерів).
 - Запропонувати метод, що найкраще підходить відповідно до періоду життя жінки. Пояснити чому саме цей метод і переконатися, що клієнтка зрозуміла чому рекомендований цей метод. Якщо пацієнтка не хоче використовувати запропонований метод, порекомендуйте інший метод і продовжуйте до тих пір, поки вона не зупиниться на конкретному методі. Якщо жінка не може визначитись відразу, дайте їй час на роздуми і призначте дату повторного візиту.
 - Не нав'язуйте жінці метод контрацепції проти її волі.

Особливі ситуації:

- Деякі пацієнтки не можуть використовувати вибраний метод з причини, пов'язаної зі здоров'ям. В таких ситуаціях поясніть протипоказання і допоможіть обрати інший метод.
- Якщо пацієнтка обирає метод, який вона не може використовувати у даний час, допоможіть їй обрати тимчасовий метод, який можна використовувати до постійного методу.

Консультування з конкретного методу контрацепції – пацієнт отримує інформацію про механізм дії обраного методу, показання і протипоказання до застосування, можливі побічні дії, про те, як використовувати цей метод, як припинити використовувати цей метод, і коли відновлюється фертильність.

Якщо пацієнтка має чітке уявлення про те, який метод вона хоче використовувати, необхідно:

- Переконатися, що жінка має правильне уявлення про метод, якому вона надає перевагу, задаючи запитання про цей метод.
- Підтримати вибір жінки, за умови, що він відповідає медичним критеріям прийнятності цього методу. Якщо метод підходить, визначіть, чи знає жінка про інші методи контра-



цепції, і переконайтеся в її впевненості у виборі саме цього методу. Якщо метод не підходить (наприклад, якщо жінка годує грудьми і пройшло менше 6 місяців після пологів, а вона хоче використовувати КОК), поясніть недоліки використання цього методу і проконсультуйте щодо більш прийнятних методів.

- Пояснити жінці, як правильно використовувати обраний метод з метою профілактики виникнення побічних ефектів, а також що робити у разі їх виникнення.

Якщо після обговорення всіх аспектів пацієнтка все ж таки вибирає метод, якому вона надавала перевагу на початку розмови, вона може використовувати цей метод за умови, якщо переваги його використання перевищують можливий ризик і немає абсолютних протипоказань його використання (абсолютні протипоказання - клас 4 класифікації ВООЗ).

Якщо пацієнтка має відносні протипоказання (відносні протипоказання клас 2-3 класифікації ВООЗ) і хоче використовувати метод, ще раз обговоріть стани, пов'язані з використанням методу, що потребують звернення до лікаря. Також у цьому випадку може знадобитись додаткове обстеження.

Пояснення правил використання методу

- При обговоренні правил використання методу необхідно зупинитись на таких питаннях:
 - коли починати і як використовувати метод;
 - можливі побічні ефекти;
 - усунення побічних ефектів;
 - стани, що вказують на необхідність звернення за медичною допомогою, а також куди звертатись;
 - термін повторного візиту.
- Перевірити, чи зрозуміла надана інформація по кожному з пунктів, попросивши пацієнтку повторити інструкції своїми словами. Якщо необхідно, повторіть інструкції, звертаючи особливу увагу на незрозумілі аспекти. виправити невірно зрозумілу інформацію і надати подальші роз'яснення.
- Поясніть, коли необхідно звернутись для подальшого спостереження.
- Підкресліть важливість повторного візиту, якщо пацієнтка:
 - відчуває побічні ефекти;
 - має запитання;
 - хоче перейти на інший метод;

- хоче припинити використання контрацептива.

Консультавання з подальшого використання методу контрацепції – під час повторного візиту обговорюється використання пацієнтом обраного методу, задоволення зробленим вибором і будь-які проблеми, які могли виникнути після початку використання методу.

Для того, щоб досягти повного розуміння інформації про планування сім'ї, одного візиту може бути недостатньо. Надання допомоги у плануванні сім'ї протягом репродуктивного життя є тривалим процесом. Наступні візити до медичного працівника дозволяють:

- переконатися у рішенні клієнта використовувати методи контрацепції;
- обговорити будь-які проблеми, що виникли у зв'язку з обраним методом;
- надати відповіді на можливі запитання;
- дослідити, чи немає змін у стані здоров'я чи життєвій ситуації, що вказує на необхідність переходу на інший метод контрацепції чи припинення використання методу.

Пацієнтка не має проблем з використанням методу контрацепції:

- Обговорити задоволеність методом контрацепції, тривалість використання методу контрацепції, періодичність спостереження за станом здоров'я, а також надати рекомендації, куди можливо звернутись, якщо виникне рішення про припинення методу контрацепції або мине час його використання (для ВМК).
- Якщо пацієнтка хоче продовжувати використовувати вибраний метод, перевірте правильність його використання. Якщо необхідно, повторно розкажіть правила використання методу.

Пацієнтка має проблеми, пов'язані з використанням методу:

- З'ясувати причини виникнення проблеми (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) та допомогти жінці вирішити проблему.
- Якщо проблема полягає у побічному ефекті, оцініть тяжкість його прояву, запропонуйте способи його усунення або призначте лікування.
- Якщо обраний метод контрацепції більше не використовується, виясніть причину і чи не пов'язано це з неправиль-



ним розумінням/нерозумінням інструкції щодо використання, побічними ефектами методу, труднощами придбання методу тощо. Якщо пацієнтка хоче продовжувати використовувати метод, надайте відповіді на запитання та інформацію, яка допоможе продовжити використання методу.

- Допомогти пацієнтці вибрати інший метод контрацепції, якщо вона не задоволена методом, якщо змінилась ситуація або якщо подальше використання методу може бути ризикованим.

Невдача у використанні методу контрацепції:

- Якщо настала вагітність, необхідно обговорити ситуацію (бажано з обома партнерами), надати жінці необхідну підтримку та поради.
- Спробуйте визначити, чи настала вагітність у результаті невдачі у використанні методу, і з'ясувати чинники, які могли цьому сприяти.

Консультаційна бесіда вважається проведеною успішно тоді, коли пацієнтка :

- відчуває, що вона отримала допомогу, якої вона потребувала;
- знає, що їй потрібно робити, і впевнена, що вона зможе зробити це самостійно;
- відчуває, що до неї ставляться з повагою і розумінням;
- звертається за допомогою повторно, якщо в цьому виникає необхідність;
- І, найголовніше, ефективно і з задоволенням використовує обраний метод.

Пацієнти, які застосовують контрацепцію, повинні бути поінформовані про подальше спостереження у використанні цього методу, а також попереджені про можливі тимчасові побічні ефекти та необхідність своєчасного звернення до лікаря. Взаємини спеціаліста та пацієнта будуються на повній довірі, взаємоповазі та конфіденційності. Незважаючи на те, що існує безліч ефективних методів контрацепції, можлива так звана контрацептивна невдача, або виникнення непланованої вагітності. У такому разі під час консультування необхідно поінформувати пацієнтку про наявні у неї можливості щодо репродуктивного вибору .

У разі необхідності пацієнта потрібно скерувати до іншого спеціаліста для вирішення виявлених медичних проблем.



Хто повинен проводити консультування

Консультування є природним і невід'ємним компонентом діяльності кожного спеціаліста, який надає послуги з планування сім'ї.

Змістовне та уважне консультування допомагає пацієнту вибрати найбільш прийнятний для нього метод контрацепції, який буде безпечним, ефективним і повністю задовольнить його потреби.

Допомогу у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, середній медичний персонал. Для 3 та 4 категорії населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомогу надають спільно лікарі акушери-гінекологи із сімейними лікарями чи спеціалістами вузького профілю.

Ефективний консультант з планування сім'ї:

- має поінформованість, достатній рівень підготовленості з питань планування сім'ї;
- вміє уважно слухати і чітко висловлювати свої думки;
- сприймає не лише слова, але й емоційні переживання пацієнта, дає зрозуміти пацієнтові, що його переживання є природними та зрозумілими;
- вміє ставити запитання, спрямовані на одержання інформації, необхідної для надання допомоги пацієнтові;
- вміє визначити ступінь поінформованості пацієнта;
- усвідомлює те, що пацієнт приймає рішення на основі інформації медичного характеру;
- чесний у наданні пацієнту вичерпної інформації;
- враховує цінності, уявлення і переконання пацієнта, а також розуміє вплив цих факторів на роботу з пацієнтом;
- веде розмову у зручному для пацієнта темпі;
- ефективно виконує всі етапи консультування;
- усвідомлює важливість поінформованої згоди;
- бере до уваги всі аспекти здоров'я пацієнта;
- надає послуги в умовах конфіденційності за повного дотримання лікарської таємниці;
- у разі потреби своєчасно скеровує пацієнта до необхідного спеціаліста.



Якість медичного обслуговування

Для забезпечення населення якісними послугами з планування сім'ї медичним спеціалістам необхідно дотримуватися таких умов:

- обслуговування має бути особистим, тобто концентруватися на потребах кожного конкретного пацієнта;
- роботу необхідно організувати так, щоб для пацієнтів очікування прийому не було надто тривалим, що певною мірою знижує задоволеність потреб у послугах ПС;
- спеціалісти мають інформувати пацієнтів про всі наявні методи контрацепції;
- у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) потрібно підтримувати чистоту та організувати широке висвітлення питань здорового способу життя, в тому числі і ПС. Важливою є також інформація про адреси соціальних служб, які спільно працюють над вирішенням проблем РЗ;
- роботу ЗОЗ необхідно організувати за гнучким, зручним для пацієнтів графіком з урахуванням особливостей регіону та рівня надання медичної допомоги;
- управління службою має бути динамічним відповідно до потреб населення та спрямованим на вирішення актуальних проблем репродуктивного здоров'я населення;
- успішності в роботі служби додає турбота, увага, зацікавленість та ретельність персоналу у вирішенні проблем, глибокі знання, навички спеціалістів та правильне їх ставлення до питань планування сім'ї;
- інформація для пацієнта про обраний метод планування сім'ї повинна бути чіткою і вичерпною, що сприятиме довірі пацієнтів та попередить „втрату пацієнтів” у майбутньому;
- обов'язковою умовою належного застосування методів контрацепції, пов'язаних з виконанням хірургічних маніпуляцій, введенням і/чи видаленням протизаплідних засобів (стерилізація, вживлення імплантатів, введення ВМК, піхових діафрагм, шийкових ковпачків) є наявність підготовленого медичного персоналу. При цьому повинні виконуватися заходи щодо профілактики інфекцій.
- медичні спеціалісти повинні знати та вміти розпізнавати реальні і потенційні проблеми пацієнтів, застосовувати відповідні клінічні дії для вирішення цих проблем, включаючи



інформованість про те, коли і куди необхідно скерувати пацієнтів із ускладненнями.

Консультування є однією із ключових гарантій високої якості послуг як на початковому, так і на наступних етапах роботи з пацієнтом.

Медичний персонал повинен бути підготовленим щодо консультування з питань планування сім'ї, яке спрямоване на ефективне надання допомоги пацієнту у здійсненні усвідомленого і добровільного вибору конкретного методу контрацепції.



МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ПЕРІОДІВ ЖИТТЯ

Надання послуг з ПС, що спрямовані на пацієнтку не лише у момент вибору її першого методу контрацепції, але й протягом її всього репродуктивного життя, дозволяє забезпечити високу якість таких послуг. Потреби щодо планування сім'ї існують протягом всього репродуктивного життя, і часто змінюються із зміною періодів життя.

Протягом свого репродуктивного життя жінки проходять через кілька соціальних та біологічних періодів, які відзначаються ключовими подіями, а саме початком сексуальної активності, одруженням та народженням дитини. Кожен період характеризується чіткими репродуктивними цілями та обставинами, що визначають потребу у контрацепції та захисті від ІПСШ.

З точки зору підходу ПС відповідно до періодів життя, постійними користувачами послуг з ПС можуть бути різні групи людей, а саме молоді сім'ї, які щойно одружились або вже мають першу дитину і хотіли б відкласти наступні пологи, пари, що хотіли б планувати кількість дітей у сім'ї, жінки, які хочуть завагітніти, і пари, які задоволені кількістю дітей у своїй сім'ї і більше не планують мати дітей.

Вибір контрацептивів жінками найімовірніше буде змінюватися у різні періоди її життя через те, що вона буде надавати різної ваги окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо попередження вагітності або ІПСШ, зворотності методу та легкості у використанні.

Виділяють такі періоди життя із ризиком непланованої вагітності:

- від початку сексуального життя до першої вагітності;
- післяпологовий період;
- перерва між пологамі (від перших пологів до других, і т.д.);
- період закінчення бажаної фертильності (більше не хочуть мати дітей).

Життєві обставини та репродуктивні проблеми і цілі цих груп є різними, і відповідно вони потребують інших послуг з ПС.

Більшість людей змінюють метод контрацепції кілька разів протягом їхнього репродуктивного життя. Дехто продовжує використовувати свій перший метод контрацепції протягом декількох років, потім припиняє, щоб народити дитину, і далі або продовжує



застосовувати той самий метод, або обирає новий, залежно від його репродуктивних намірів. Інші змінюють методи через те, що вони хочуть знайти більш ефективний або зручний метод, незадоволені побічними ефектами, мають проблеми з доступом до методу або хочуть спробувати новий метод.

Застосування підходу ПС відповідно до періодів життя дозволяє фахівцю визначати постійно існуючі потреби з ПС і надавати інформацію та послуги при зміні цих потреб. Цей підхід забезпечує сталість надання медичної допомоги. З точки зору підходу ПС відповідно до періодів життя, пацієнтки, які бажають перейти на інший метод контрацепції не є тими, хто припинив використовувати один метод та став новим користувачем іншого методу, а є постійними користувачами, чиї потреби з ПС змінилися. Так само, пацієнтки, які припинили використовувати контрацептив з метою завагітніти, є постійними користувачками, у яких змінилися репродуктивні наміри.

Фахівці, які надають послуги з ПС повинні знати і рекомендувати методи, які найбільше підходять жінці в залежності від періоду її життя.

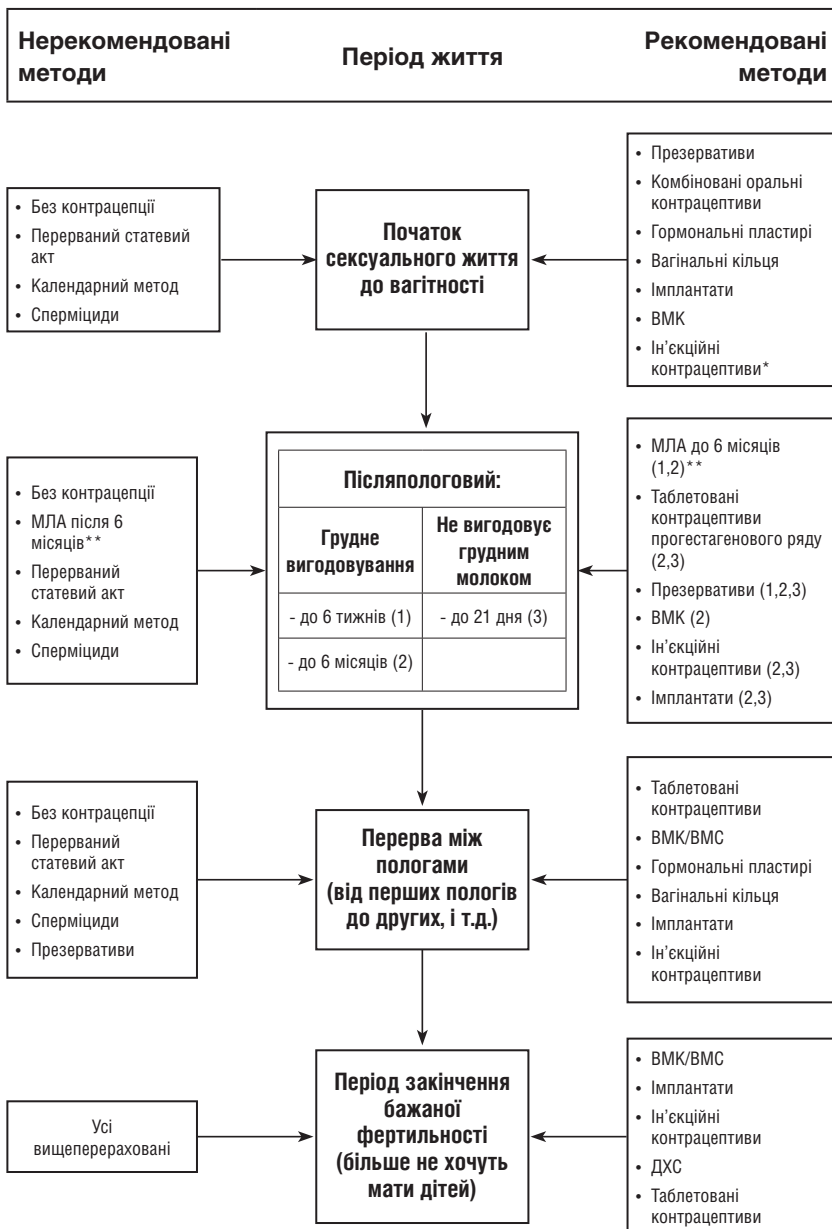
Для кожного з цих періодів є рекомендовані і nereкомендовані методи. Рекомендований (прийнятний метод) - це такий метод, який краще за все відповідає потребам пацієнтки для попередження небажаної вагітності у різні періоди її життя.

Спеціалісти з ПС повинні усвідомлювати зв'язок між вибором методу, невдачею при його використанні, непланованою або високо ризикованою вагітністю і абортom.

Схема ілюструє періоди життя жінки та прийнятність методів контрацепції відповідно до періодів життя. Рекомендовані (прийнятні) методи розташовані у порядку від найбільш прийнятнього у зазначений період до найменш.



Схема 1. Модель вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя



* в середньому, період відновлення фертильності після відміни ДМПА і НЕТ-ЕН триває, відповідно, на 4 місяці і 1 місяць довше у порівнянні з іншими методами контрацепції (див. питання та відповіді, розділ “Ін’єкційні контрацептиви”).

** консультування щодо вибору методу варто починати на 5-му місяці після пологів, щоб жінка могла визначитись з методом контрацепції і почати його використовувати відразу після завершення використання МЛА (6 місяців після пологів). Якщо консультування починається після 6 місяців (завершення МЛА) використання іншого методу контрацепції може відтерміновуватись і в цей час жінка без контрацептивного захисту може завагітніти.

Початок сексуального життя до вагітності. У цьому періоді жінки є сексуально активними і можуть хотіти відкласти вагітність, при цьому захищаючи фертильність.

Для сексуально активних жінок, які бажають відкласти народження дитини, час їхніх перших пологів та наявність/відсутність ІПСШ, будуть мати значний вплив на їх подальше життя. Цій групі необхідна інформація та послуги з профілактики, діагностики та лікування ІПСШ; невідкладної контрацепції; діагностики вагітності; навчання, консультування і підтримка щодо спектру проблем, які можуть виникнути через сексуальні аспекти їх життя. Штучний аборт є особливо важливою проблемою цієї групи.

До встановлення довготривалих моногамних стосунків, жінки знаходяться у групі дуже високого ризику і, зазвичай, потребують методів контрацепції, які є зворотними, легкими у використанні і високоефективними щодо попередження вагітності та ІПСШ. В останні десятиліття, ранній початок сексуальної активності збільшив тривалість фази високого ризику, в якій перебувають молоді жінки. Жінки найчастіше обирають методи, які є зворотними та високоефективними щодо попередження вагітності, але не завжди забезпечують захист від ІПСШ.

Післяпологовий період. Жінки у цьому періоді потребують післяпологового консультування з питань ПС, зокрема необхідно обговорити оптимальний час статевих відносин після пологів, можливість та модель грудного вигодовування, відновлення фертильності та необхідність використання методів контрацепції, інформацію про прийнятні методи контрацепції.

Протягом цього періоду життя жінкам слід рекомендувати методи контрацепції, що не шкодять грудному вигодовуванню і фертильності в майбутньому. Консультант повинен надати відомості про прийнятні методи контрацепції після пологів та допомогти ма-



терям, які годують грудьми, обрати із декількох методів контрацепції відповідний метод попередження непланованої вагітності, який разом з тим не буде впливати на секрецію молока та розвиток дитини.

При нечастому та неповному грудному вигодовуванні жінці необхідно почати користуватися методами попередження вагітності негайно з початком статевого життя.

Жінка, яка не годує грудьми, повинна почати користуватися контрацептивами з початком статевих відносин.

Перерва між пологами (від перших пологів до других, і т.д.). У цьому періоді жінки насамперед зацікавлені у забезпеченні перерви між пологами, зберігаючи при цьому фертильність. Ці жінки потребують зворотних методів, але залежно від кількості бажаних дітей та інтервалів між ними, можуть бути готові використовувати менш тривалі методи. Консультанту необхідно переконатися в тому, що інформація, отримана під час консультування, зрозуміла, рішення щодо використання методу контрацепції прийнято усвідомлено, має місце розуміння необхідності використання контрацепції протягом 2-3 років після пологів.

Період закінчення бажаної фертильності (більше не хочуть мати дітей). У цьому періоді жінки досягнули бажаного розміру сім'ї, і насамперед зацікавлені у попередженні майбутніх вагітностей. Хоча фертильність знижується у жінок в передменопаузальному періоді, підвищені ризики для здоров'я жінки та плоду вказують на важливість контрацепції для старших жінок. Жінки, які більше не бажають народжувати, можуть використовувати методи контрацепції, які неприйнятні для жінок інших категорій. Так як, зазвичай, жінки близько половини своїх репродуктивних років знаходяться у цьому періоді, вони частіше готові використовувати довготривалі методи, включаючи стерилізацію, яка може бути неприйнятною для жінок в інші періоди життя. Медичні спеціалісти повинні вміти консультувати жінок цієї групи щодо довготривалих методів контрацепції, включно з добровільною стерилізацією.



МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ ВООЗ

Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції є важливим кроком у процесі розширення доступу населення до якісних послуг з планування сім'ї та практичним інструментом для підняття на новий якісний рівень системи надання консультативно-медичних послуг у галузі ПС.

Медичні критерії прийнятності розроблені на основі останніх доказових даних і дозволяють визначити хто може використовувати методи контрацепції без шкоди для здоров'я. При підготовці цього розділу використане четверте видання Медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції, 2009 рік.

Консультативне обслуговування з питань контрацепції передбачає проведення комплексної оцінки життєвих обставин і стану здоров'я пацієнта з урахуванням конкретних потреб особи щодо послуг з планування сім'ї, а також всіх відповідних медичних критеріїв і практичних рекомендацій для надання пацієнту компетентної допомоги у виборі і використанні того чи іншого методу контрацепції.

Прийняття рішення щодо використання методу контрацепції зазвичай потребує співставлення переваг і недоліків окремих методів контрацепції і знаходження серед них найбільш оптимального варіанта у залежності від індивідуальних обставин та уподобань.

Пацієнти мають право на отримання адекватної інформації в об'ємі, достатньому для здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції.

КЛАСИФІКАЦІЯ КАТЕГОРІЙ

Відповідно до цієї класифікації, різні методи контрацепції оцінюються з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їхнього використання за наявності певних станів.

Поняття "**стан**" визначається як відображення **індивідуальних характеристик** жінки, (наприклад, вік або репродуктивний анамнез), так і встановлених **соматичних захворювань**, як, скажімо, діабет або гіпертонія.

Стани, які впливають на допустимість використання кожного окремого методу контрацепції, належать до однієї із категорій:



Категорії

- 1 – стан, за якого немає ніяких протипоказань до використання цього методу контрацепції;
- 2 – стан, за якого очікувана користь від використання цього методу контрацепції загалом перевершує доведені або теоретичні ризики;
- 3 – стан, за якого доведені або теоретичні ризики загалом перевищують очікувану користь від використання цього методу контрацепції;
- 4 – стан, за якого використання цього методу контрацепції абсолютно протипоказане.



Використання шкали категорій на практиці

Категорія	Клінічне обстеження проведене у повному обсязі	Провести клінічне обстеження у повному обсязі немає можливості
1	Використання методу допускається за будь-яких обставин	Так (метод допускається до використання)
2	У більшості випадків немає протипоказань щодо використання методу	
3	Використання методу, як правило, не рекомендується, за винятком тих випадків, коли більш відповідний засіб контрацепції або його використання є неприйнятним для пацієнта	Ні (використовувати метод не рекомендується)
4	Використання методу абсолютно протипоказане	

Значення категорій „1” та „4” не потребують пояснень.

Категорія „2” означає, що цей метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль лікаря.

Категорія „3” означає, що цей метод не рекомендується використовувати за винятком тих ситуацій, коли більш відповідні засоби контрацепції недоступні або їх використання неприйнятне для пацієнта. Рекомендувати метод можна лише після ретельного клінічного обстеження, враховуючи тяжкість стану та прийнятність альтернативних методів контрацепції і за умови наявності доступу до відповідних медичних послуг. Стан здоров'я пацієнта повинен перебувати під особливим контролем лікаря.

За умови неможливості проведення клінічного обстеження у відповідному об'ємі відношення стану до категорії „3” означає, що використання цього методу контрацепції цією жінкою неприпустиме з причин медичного характеру.

Зведена таблиця для рекомендації конкретного методу контрацепції відповідно до 4 категорій з урахуванням індивідуальних характеристик особи і стану здоров'я наведена у Додатку 1.

Допомогу у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, середній медичний персонал. Для 3 та 4 категорії населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомогу надають спільно лікарі акушери-гінекологи із сімейними лікарями чи спеціалістами вузького профілю.



ОЦІНКА ПАЦІЄНТКИ

Головна мета оцінки пацієнтки для надання їй послуг з планування сім'ї полягає у визначенні того, що:

- пацієнтка не вагітна;
- немає станів, що потребують обережності у використанні будь-якого методу;
- немає жодних супутніх захворювань, що вимагають додаткових обстежень, лікування або регулярного медичного нагляду.

Ознаки відсутності вагітності

У разі проведення консультування пацієнтів підготовленими медичними спеціалістами виключити наявність вагітності з метою можливого використання контрацептивів допоможуть такі критерії:

- минуло не більше 7 днів з початку менструації (з 1-го по 7-ий дні циклу);
- минуло не більше чотирьох тижнів після пологів (якщо жінка не годує грудьми);
- минуло не більше 7 днів після абортів;
- відсутні суб'єктивні симптоми вагітності (наприклад, нагрубання молочних залоз чи нудота);
- не було статевого акту після останньої менструації;
- правильне і безперервне використання надійного методу контрацепції;
- правильне використання МЛА за умови, що після пологів минуло менше ніж 6 місяців, а також ще не було менструації і проміжок між годуванням становить не більше 4-6 годин (вдень і вночі).

Проте ці ознаки не є абсолютним обґрунтуванням виключення вагітності. Доцільно жінку обстежити у лікаря акушера-гінеколога, особливо у післяпологовому або післяабортному періоді. Якщо доступ до гінекологічного обстеження обмежений, можна провести тест на вагітність. Пацієнтці можна порадити один із наявних методів ПС як тимчасовий засіб до того часу, коли можна буде достовірно встановити, що пацієнтка не вагітна.

Якщо жодних специфічних проблем не виявлено, то для вибору методів контрацепції, за винятком ВМК та добровільної стерилізації, не вимагається додаткового фізичного чи гінекологічного огляду.

Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції, наведено у Таблиці 1.



Зведена таблиця обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції

Перед прийняттям рішення використання певного методу контрацепції для практично здорових осіб рекомендується обстеження відповідно до таблиці.

Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткових обстежень і аналізів перед тим, як рекомендувати пацієнту той чи інший метод контрацепції.

Клас „А” – проведення цього обстеження/аналізу обов’язково рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас ”В” – проведення цього обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції. Однак доцільність проведення таких обстежень/аналізів повинна визначатися з урахуванням загальної ситуації у системі охорони здоров’я і/чи системі надання медичних послуг. Остаточне рішення необхідно ухвалювати після оцінки ризиків, пов’язаних із відмовою від проведення того чи іншого обстеження або аналізу і потенційної вигоди, яку можна отримати у забезпеченні доступу до конкретного методу контрацепції.

Клас ”С” – проведення цього обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої суттєвої гарантії безпеки і ефективності конкретного методу контрацепції.

Наведену класифікацію розроблено з урахуванням кореляції між проведенням тих чи інших обстежень/аналізів і гарантією безпечного користування конкретним методом контрацепції. При цьому подана класифікація не відображає доцільності проведення згаданих обстежень чи аналізів за інших обставин. Наприклад, деякі обстеження чи аналізи, які не мають вирішального значення у визначенні безпеки і ефективності користування конкретним методом контрацепції, можуть бути корисними у разі проведення превентивних заходів або у діагностиці, або під час оцінки різних патологічних станів.





Вид	КОК	КІК	ПТП	ІКП	Імплантат	ВМК	Презервативи	Діафрагми, шийкові ковпачки	Сперміциди	Жіноча стерилізація	Вазектомія
Обстеження молочних залоз лікарем	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг на предмет виявлення раку шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Стандартні лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику зараження ІПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ: лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Примітки до таблиці

* Якщо жінка з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією, то в цьому випадку введення ВМК не рекомендується, за винятком обставин, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно. За наявності гнійного цервіциту або гонорейної/хламідійної інфекції, вводити ВМК не можна до повного вилікування цих станів або наявності інших медичних показань до застосування цього методу контрацепції.

** Жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксinol-9. Використання піхвових діафрагм та шийкових ковпачків, протизаплідний ефект яких забезпечується присутністю ноноксилону-9, не рекомендовано жінкам, які мають ризик зараження ІПСШ, за винятком тих випадків, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно.

*** Перед початком використання КОК, КІК, ПТП, ІКП або вживленням протизаплідного імплантату рекомендовано вимірювання кров'яного тиску. Однак доступ до гормональної контрацепції для жінок не повинен обмежуватися з причин неможливості вимірювання кров'яного тиску.

**** Процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

Якщо у пацієнтів, які звернулися для вирішення питань ПС, діагностовано захворювання, яке є тимчасовою перешкодою до використання обраного методу контрацепції, призначається лікування, а після одужання можливе використання цього контрацептиву.

Якщо лікування буде тривалим, пацієнту необхідно рекомендувати вид контрацепції, який не зашкодить і не протипоказаний за наявності цього захворювання.

Якщо діагностовано захворювання, за якого протипоказано бажаний контрацептив, з пацієнтами проводять консультування щодо вибору іншого методу або засобу контрацепції.

За винятком презервативів (і, меншою мірою, діафрагми), жоден метод контрацепції не забезпечує захисту від ІПСШ, ВІЛ.

Гінекологічний огляд не обов'язковий для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік.



МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Міжнародний та вітчизняний досвід показує, що ПС через використання сучасних контрацептивів з урахуванням факторів ризику є невичерпним резервом у збереженні здоров'я жінки.

Сучасна медицина пропонує багато методів, що дозволяють попереджувати неплановану вагітність. Види і засоби контрацепції відрізняються за механізмом дії, ефективністю і способом застосування, володіють додатковими (неконтрацептивними) позитивними ефектами. Це дає можливість підібрати засіб попередження вагітності у відповідності з потребами практично кожної пари.

Загалом, можна виділити такі методи контрацепції:

1. Методи розпізнавання фертильності (природні методи):

- календарний метод;
- метод стандартних днів;
- метод цервікального слизу;
- симптотермальний метод.

2. Метод лактаційної аменореї.

3. Бар'єрна контрацепція:

- презервативи:
 - чоловічий;
 - жіночий.
- діафрагми;
- ковпачки;
- губки;
- сперміциди.

4. Гормональна контрацепція:

- комбіновані (естроген-прогестагенові) контрацептиви:
 - комбіновані оральні контрацептиви;
 - комбіновані ін'єкційні контрацептиви;
 - гормональний пластр;
 - вагінальне кільце.
- прогестагенові контрацептиви:
 - протизаплідні таблетки прогестагенового ряду;
 - прогестагенові ін'єкційні контрацептиви;
 - імпланти;
 - внутрішньоматкова система (ВМС).

5. Внутрішньоматкові контрацептиви:

- інертні;
- медикаментозні:
 - містять мідь;
 - містять срібло;
 - гормональні.

6. Добровільна хірургічна стерилізація:

- жіноча;
- чоловіча.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Вибір методу контрацепції в значній мірі визначається тим, наскільки він ефективний у попередженні небажаної вагітності, що для ряду методів, у свою чергу, залежить не лише від ступеня захисту, який забезпечують методи, але також і від того, наскільки систематично і правильно вони застосовуються.

Ефективність будь-якого методу розраховується у відповідності так званих контрацептивних “невдач” (відсоток непланованих вагітностей).

У **Таблиці 2** наведені порівняльні дані щодо відсотка непланованих вагітностей, що настали протягом першого року використання контрацептивів у разі абсолютного дотримання вимог їх використання (регулярність і правильність) в одному випадку і у разі середньостатистичної практики їх використання – в іншому. Як регулярність, так і правильність використання методів контрацепції можуть істотно варіювати у залежності від таких факторів, як вік, дохід, бажання запобігти або відкласти настання вагітності, а також від особливостей культурного середовища. Методи, які залежать від систематичного і правильного використання, характеризуються широким діапазоном ефективності. Більшість чоловіків і жінок у процесі використання конкретного методу з часом набувають досвід більш ефективного його використання.

Відсоток непланованих вагітностей, що настали протягом першого року застосування методу контрацепції, і відсоток жінок, які продовжують застосування контрацептивів на кінець першого року

Метод	% непланованих вагітностей, які настали протягом першого року використання		% жінок, які продовжують застосування ¹
	Звичайна практика застосування ²	Регулярне і правильне застосування ³	
Відсутність контрацепції ⁴	85	85	
Сперміциди ⁵	29	18	42
Перерваний статевий акт	27	4	43
Методи розпізнавання фертильності ⁶	25		51
Метод стандартних днів		5	
Симптоутермальний		2	
Календарний		9	
Протизаплідна губка			
Жінки, які народжували	32	20	46
Жінки, які не народжували	16	9	57
Діафрагма ⁷	16	6	57
Презервативи ⁸			
Жіночі	21	5	49
Чоловічі	15	2	53
КОК та прогестагенові таблетки	8	0,3	68
Комбінований гормональний пластир (Evra)	8	0,3	68
Комбіноване гормональне кільце (NuvaRing)	8	0,3	68
ДМПАПД (Depo-Provera)	3	0,3	56

Комбіновані ін'єкційні контрацептиви (Lunelle) ⁹	3	0,05	56
ВМК			
ParaGard (Т-подібні Cu)	0,8	0,6	78
Mirena (ЛНГ-ВМК)	0,2	0,2	80
Імпланти (Implanon)	0,05	0,05	84
Жіноча стерилізація	0,5	0,5	100
Чоловіча стерилізація	0,15	0,10	100

Таблетки для невідкладної контрацепції: початок використання протягом 72 годин після незахищеного статевого акту знижує ризик настання вагітності мінімум на 75%.¹⁰

Метод лактаційної аменореї: МЛА є високоефективним, тимчасовим методом контрацепції.¹¹

Джерело: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2007

¹Відсоток пар, що продовжують застосування методу контрацепції протягом одного року серед пар, які намагаються запобігти вагітності.

²Відсоток випадкових вагітностей серед середньостатистичних пар протягом першого року після початку використання протизаплідних засобів (необов'язково вперше) за звичайної практики застосування вибраного методу контрацепції за умови, що партнери не переставали користуватися цим методом з тих чи інших причин. Оцінки імовірності настання вагітності протягом першого року застосування таких методів, як сперміциди, перерваний статевий акт, періодичне утримання, діафрагма, чоловічі презервативи, протизаплідні таблетки і депо-медроксипрогестерону ацетат пролонгованої дії (ДМПАПД Depo-Provera), взяті з матеріалів Національного дослідження збільшення складу сімей, проведеного у 1995 р., (1995 National Survey of Family Growth) з поправкою на невраховані випадки абортів. Походження наведених оцінок за іншими методами див. текст для кожного методу.

³Відсоток випадкових вагітностей серед пар протягом першого року після початку використання засобу контрацепції (необов'язково вперше) за повного дотримання вимог щодо його застосування (регулярність і правильність) за умови, що партнери не переставали користуватися цим методом з інших причин. Походження наведених оцінок за кожним із методів див. текст для кожного методу.

⁴Відсоток настання вагітності в колонках (2) і (3), базується на даних, отриманих для груп населення, де не прийнято використовувати засоби контрацепції, а також жінок, які припинили використання контрацептивів для того, щоб завагітніти. Серед населення, яке не використовує контрацепцію, вагітність настає протягом 1 року приблизно у 89% жінок. Цю оцінку було дещо скориговано в сторону зменшення (85%) з урахуванням жінок, які завагітніли протягом 1 року із числа тих, хто

на теперішній час використовує зворотні методи контрацепції – у тому разі, якщо вони вирішать відмовитися від контрацепції.

⁵Пінки, креми, гелі, вагінальні супозиторії та вагінальні плівки.

⁶Метод стандартних днів передбачає утримання з 8 по 19 день менструального циклу.

⁷Зі сперміцидним кремом або желе.

⁸Без сперміцидів.

⁹Джерело: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York, NY: Ardent Media, 2004.

¹⁰Початок використання – одна доза протягом 120 годин після незахищеного статевого акту і друга доза через 12 годин після першої. Обидві дози можуть бути прийняті одночасно (лише для спеціальних таблеток невідкладної контрацепції).

¹¹Для ефективного захисту необхідно використовувати інші методи контрацепції після відновлення менструацій, зниження частоти грудного годування, 6 місяців після пологів.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) - таблетки, що містять дози двох гормонів – естрогену і прогестагену, які є штучними аналогами природних гормонів.

ТИПИ

За складом КОК розділяють на:

- **монофазні** - активні таблетки містять однакову кількість естрогену та прогестагену (Е/П);
- **двофазні** - активні таблетки містять 2 різні комбінації Е/П;
- **багатофазні** - активні таблетки містять декілька різних комбінацій Е/П.

На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг багатофазних КОК.

За дозою естрогенних стероїдів КОК розділяють на:

- **високодозовані** (кількість ЕЕ 50 мкг і більше на добу);
- **низькодозовані** (кількість ЕЕ 30-35 мкг на добу);
- **мікродозовані** (кількість ЕЕ 20 мкг і менше на добу).

За типом естрогенних стероїдів:

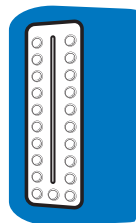
- містять етинілестрадіол;
- містять естрадіолу валерат.

За типом прогестагену поділяються на три покоління:

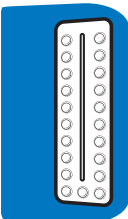
- 1-го покоління – норетистерон;
- 2-го покоління – левоноргестрел;
- 3-го покоління – норгестимат, дезогестрел, гестоден, дієногест, дроспіренон.

Існують різні види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів. Також, є упаковки по 28 таблеток, з яких 26 кольорових таблеток є активними і 2 білі таблетки - неактивними. В упаковках іншого виду – тільки 21 активна таблетка.

Стандартний склад деяких, широковідомих КОК наведено в таблиці.



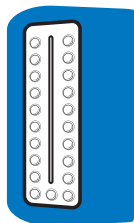
ПЕРЕЛІК ТА СКЛАД ПОШИРЕНИХ КОК

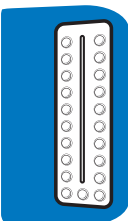


Монофазні КОК			
Марвелон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Мерсилон	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Регулон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Новінет	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Ліндинет-30	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Ліндинет-20	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Фемоден	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Логест	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Ярина	21 табл.	0,03 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Джаз	28 табл.	0,02 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Мідіана	21 табл.	0,03 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Жанін	21 табл.	0,03 мг 2 мг	етинілестрадіол діногест
Ригевідон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Ригевідон 21+7	28 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел фумарат заліза
Мікрогінон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Мінізистон	21 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Сілест	21 табл.	0,035 мг 0,25 мг	етинілестрадіол норгестимат
Белара	21 табл.	0,03 мг 2 мг	етинілестрадіол хлормадинону ацетат
Діане-35	21 табл.	0,035 мг 2 мг	етинілестрадіол ципротерону ацетат

ПЕРЕЛІК ТА СКЛАД ПОШИРЕНИХ КОК (продовження)

Багатофазні КОК			
Тристин	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол гестоден
	5 табл.	0,04 мг 0,07 мг	етинілестрадіол гестоден
	10 табл.	0,03 мг 0,10 мг	етинілестрадіол гестоден
Три-Мерсі	7 табл.	0,035 мг 0,05 мг	етинілестрадіол дезогестрел
	7 табл.	0,03 мг 0,1 мг	етинілестрадіол дезогестрел
	7 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Триквілар	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Три-Регол	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Три-Регол 21+7	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	7 табл.		фумарат заліза





Клайра	2 табл.	3 мг	естрадіолу валерат
	5 табл.	2 мг 2 мг	естрадіолу валерат дієногест
	17 табл.	2 мг 3 мг	естрадіолу валерат дієногест
	2 табл.	1 мг	естрадіолу валерат
	2 табл.		плацебо

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, зменшуючи вірогідність імплантації;
- впливають на рухливість сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

КОК - високоефективні та безпечні засоби контрацепції за умови відсутності протипоказань та дотримання режиму прийому.

Мають лікувально-профілактичні, онкопротекторні властивості: зниження ризику позаматкової вагітності (на 90%), ризику раку яєчників та ендометрію (на 40-80% у залежності від тривалості використання), ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози (на 40%) та інші.

Монофазні КОК знижують ризик розвитку фолікулярних кіст яєчників більше, ніж у 2 рази (40-60%), кіст жовтого тіла (до 78%).

Ці ефекти базуються на основному механізмі дії КОК – пригніченні овуляції, в результаті чого відсутні небажані пікові концентрації естрогенів та надлишкова естрогенна стимуляція органів-мішеней.

Протективний вплив КОК триває не менше 10 років після припинення їх застосування.

Під час прийому можливі нудота, запаморочення, зміни настрою, незначні відчуття болю у молочних залозах, несильні головні болі, збільшення маси тіла, а також мажучі виділення чи легка кровотеча (звичайно минають після 2-3 місяців прийому). Ці побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання.

КОК не захищають від ІПСШ, ВІЛ. Якщо хтось із партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи одночасно з КОК.

У плановому порядку відвідувати лікаря під час прийому КОК рекомендується через 3 місяці після початку прийому, в подальшому під час продовження прийому – щороку.

Деякі лікарські препарати (протитуберкульозні та більшість протисудомних засобів) можуть знизити ефективність КОК, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використання будь-яких нових ліків (див. додаток 1).

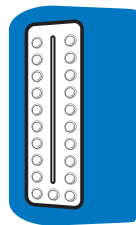
Необхідно відзначити, що:

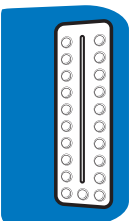
- КОК найпопулярніший метод контрацепції у розвинутих країнах;
- метод характеризується високою контрацептивною надійністю;
- після припинення прийому КОК швидко відновлюється фертильність;
- на фоні використання КОК відзначається хороший контроль циклу;
- сучасні КОК не впливають на масу тіла та артеріальний тиск;
- ризик тромбоемболії – найбільш серйозного з побічних ефектів – низький;
- КОК забезпечують низку неконтрацептивних переваг.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- дуже висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайний контрацептивний ефект;
- не вимагається проведення спеціального гінекологічного огляду перед початком використання за умови, що після останнього огляду лікарем-гінекологом минуло не більше 1 року;
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- за використання сучасних низькодозованих комбінацій небажані побічні ефекти – рідкісні та нетривалі;





- пацієнтка будь-коли може самостійно припинити застосування методу;
- у разі відсутності протипоказань термін використання низькодозованих КОК необмежений;
- немає необхідності робити перерви у прийомі;
- можуть використовувати як жінки, які народжували, так і жінки, які не народжували дітей.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструації (менструації стають коротшими та менш об'ємними);
- ефективні при лікуванні дисменореї;
- позитивно впливають на анемію: можуть попереджувати її виникнення або зменшувати тяжкість її перебігу;
- сприяють встановленню регулярного менструального циклу;
- мають позитивний вплив під час гіперандрогенних станів;
- зменшують тяжкість передменструальних симптомів;
- мають позитивний ефект за наявності синдрому хронічних тазових болів та деяких форм ендометріозу;
- знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників;
- запобігають ектопічній вагітності;
- знижують ризик розвитку деяких ЗЗОМТ.

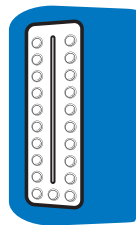
НЕДОЛІКИ:

- необхідність постійного бажання оберігатися (мотивація) та регулярність прийому. Деяким жінкам важко пам'ятати про необхідність щоденного прийому таблеток;
- можливість таких небажаних ефектів, як незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотеча (зазвичай минають після 2-3 циклів прийому);
- ефективність може знижуватися за умови одночасного вживання деяких протисудомних (наприклад, фенітоїн, карбамазепін, примідон, барбітурати, топірамат, окскарбазепін, ламотригін), протитуберкульозних засобів (наприклад, рифампіцин, рифабутин);

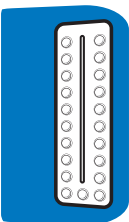
- неувважність збільшує ризик вагітності. Ефективність знижується, якщо не приймати таблетки кожного дня;
- дещо вищий ризик тромбозу (тромбозу глибоких вен, емболії легеневої артерії, інфаркту, інсульту) та пухлин печінки у жінок, які приймають статеві стероїди;
- необхідність можливості поповнення запасу препарату;
- під час застосування деяких комбінацій можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла;
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які ще не народжували;
- жінки, які потребують або бажають використовувати високоефективний метод попередження непланованої вагітності;
- жінки після пологів, які не годують грудьми (після 21 дня);
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки з дисменореєю та хронічними тазовими болями;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з еktopічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з передменструальними симптомами;
- жінки з такими гіперандрогенними станами як акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню;
- жінки з варикозом вен;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитовидної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, фіброміомою;
- жінки, які курять (не старші 35 років).



ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК:



- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують грудьми (до 6 місяців після пологів);
- жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- жінки з тяжкими захворюванням печінки або жовтяницею, захворюваннями жовчного міхура;
- жінки, які мають доброякісну чи злоякісну пухлину печінки у даний час або в анамнезі;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- жінки з систолічним тиском понад 140 мм.рт.ст. та діастолічним – понад 90 мм.рт.ст.;
- жінки з системним червоним вовчаком за наявності антифосфоліпідних антитіл чи неможливості їх визначення;
- жінки, які мають порушення згортання крові, ускладнення перебігу цукрового діабету в анамнезі;
- жінки, які мають рак молочної залози у даний час або в минулому;
- жінки з мігренями та вогнищевими неврологічними симптомами;
- жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток;
- жінки, старші 35 років, які курять.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ КОК

У перший день менструального циклу. Можна також рекомендувати почати прийом у будь-який з 5 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна, то прийом можна починати в **будь-який день менструального циклу.**

Якщо **минуло понад 5 днів після початку менструації**, то протягом наступних 7 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

Через 3 тижні після пологів, якщо жінка не годує грудьми. При цьому немає необхідності чекати відновлення менструацій. Якщо жінка годує грудьми, то починати прийом КОК можна через 6 місяців після пологів або після припинення грудного вигодовування.

Після аборту бажано почати прийом негайно (за цієї умови немає необхідності у додатковому контрацептивному захисті) або у будь-який з наступних 7 днів. Якщо минуло більше 7 днів після аборту, то прийом таблеток можна починати у будь-який день, за умови впевненості, що жінка не вагітна, і протягом наступних 7 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

За умови переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на КОК прийом таблеток можна починати без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка послідовно і точно виконувала рекомендації щодо прийому попереднього препарату або за умови впевненості, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступної менструальної кровотечі і використовувати додатковий метод контрацепції.

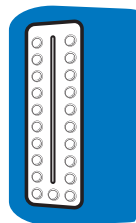
Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним способом, то прийом КОК необхідно починати у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Після прийому таблетки невідкладної контрацепції жінка може приступити до використання КОК наступного дня після припинення використання ТНК. При цьому немає необхідності чекати початку наступної менструальної кровотечі:

- жінці, яка раніше не використовувала КОК рекомендовано починати прийом з нової упаковки;
- жінка, яка регулярно використовувала КОК і була вимушена прийняти ТНК через пропуск однієї або декількох наступних таблеток КОК, може продовжувати прийом КОК із початої упаковки, приймаючи наступну за порядком таблетку;

У всіх вищеперелічених випадках необхідно використовувати додатковий метод контрацепції протягом перших 7 днів прийому КОК.

У разі відмови від використання негормональних методів контрацепції (виключаючи ВМК) прийом КОК можна починати негайно після припинення використання методу або у будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.



У разі відмови від ВМК (включаючи ВМС, що містять левоноргестрел) прийом КОК можна починати в один з 5 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалений протягом цього періоду. Якщо прийом КОК починається у будь-який інший час:

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки і від початку менструації минуло понад 5 днів, то у цьому разі рекомендується видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків, і від початку менструації пройшло більше 5 днів, то в цьому разі їй рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо в якості додаткового засобу служить вищезгаданий ВМК, то його потрібно видалити під час наступного менструального циклу.

Тривалість використання гормональних контрацептивів визначається індивідуально у кожному конкретному випадку.

ПОДОВЖЕНИЙ АБО БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРИЙОМ КОК

Жінка може використовувати **монофазні КОК** без будь-яких відновлювальних пауз без побоювання за своє здоров'я.

Переваги:

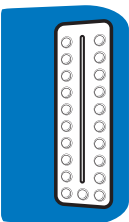
- менструальна кровотеча з'являється не більше 4 разів на рік або може бути відсутньою;
- «безгормональний тиждень» рідше супроводжується болем голови, передменструальним синдромом, перепадами настрою або надмірними/ болісними кров'янистими виділеннями.

Недоліки:

- можуть спостерігатися нерегулярні менструальні кровотечі протягом 6 місяців від початку прийому КОК – особливо у жінок, які їх ніколи не приймали раніше;
- потрібно мати більший запас упаковок – від 15 до 17 упаковок на рік, замість 13.

Подовжений прийом:

- 21 таблетка в упаковці – приймайте по одній таблетці щодня протягом 12 тижнів без перерви (підряд із 4 упаковок). Після



прийому останньої таблетки із 4-ї упаковки зробить 7-денну паузу перед початком прийому таблеток із наступних 4 упаковок.

- 28 таблеток в упаковці – пропускайте прийом 7 останніх (негормональних) таблеток у 3 упаковках підряд. Прийміть усі 28 таблеток із 4-ї упаковки і очікуйте появи кров'янистих виділень.

При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Безперервний прийом:

- приймайте по одній гормональній таблетці у день до тих пір, поки не вирішите відмовитися від подальшого використання КОК.

У разі виникнення запитань чи станів, що турбують необхідно звернутися за консультацією до лікаря.

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

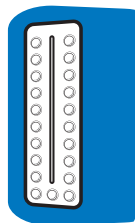
Приймайте по 1 таблетці щоденно, бажано в один і той же час доби.

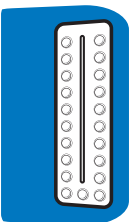
Прийміть першу таблетку у перший день менструації. Можна також почати прийом у будь-який з 5 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Деякі упаковки містять 28 таблеток, інші – 21 таблетку. Закінчивши упаковку, що містить 21 таблетку, зробить перерву у прийомі на один тиждень (7 днів), а потім почніть приймати таблетки з нової упаковки, тобто з 8-го дня. Після використання упаковки з 28 таблеток ви повинні без будь-якої перерви почати прийом таблеток з нової упаковки. Також, на ринку є КОК, кожна упаковка якого містить 26 кольорових активних таблеток і 2 білі неактивні таблетки.

Якщо у вас почалася блювота протягом 2 годин після використання таблетки, прийміть ще 1 таблетку з іншої упаковки. Прийом таблеток продовжуйте у звичайному режимі. У таких випадках краще приймати таблетки постійно перед сном, що значно знижує відчуття нудоти.

Якщо ви спізнилися прийняти 1 таблетку менше ніж на 12 годин, прийміть її, як тільки згадаєте, навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день. Контрацептивна дія збережеться. Наступну таблетку прийміть у звичайний час.





Якщо прийом **1-2 таблеток пропущений на першому тижні**, необхідно прийняти пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймайте у звичайний час. Протягом наступних 7 днів необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (бар'єрний). Проте у разі статевих стосунків протягом тижня перед пропуском таблетки, вагітність виключити цілком не можна. Порадьтеся з лікарем!

У разі пропуску **1-2 таблеток на другому тижні** прийому необхідно прийняти пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймайте у звичайний час. Контрацептивна дія збережеться, і потреби у додатковому методі контрацепції немає.

Якщо пропущено **1-2 таблетки протягом третього тижня** прийому, то виберіть одну з наведених нижче рекомендацій:

Рекомендація 1: Прийміть пропущену таблетку, як тільки згадаєте (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймайте у звичайний час. Почніть прийом нової упаковки відразу після закінчення попередньої (без перерви у прийомі).

Рекомендація 2: Припиніть прийом таблеток з поточної упаковки. Після перерви у прийомі таблеток (не більше 7 днів, включаючи день пропуску прийому таблетки) почніть нову упаковку. У разі відсутності наступної очікуваної менструації – проконсультуйтеся з лікарем.

Якщо ви **пропустили прийом 3 таблеток на першому чи другому тижні**, якомога швидше прийміть гормональну таблетку та використайте додатковий метод (наприклад, презервативи) або утримайтеся від статевих стосунків у подальші 7 днів. Проконсультуйтеся із медичним спеціалістом. Кожна нова пропущена таблетка ще більше зменшує контрацептивну надійність. Також, якщо протягом попередніх 5 днів відбувся незахищений статевий контакт, то необхідно прийняти ТНК.

Якщо ви **пропустили прийом 3 таблеток на третьому тижні**, якомога швидше прийміть гормональну таблетку. Завершіть прийом усіх гормональних таблеток, що залишилися в упаковці. Приймати 7 негормональних із упаковки, що містить 28 таблеток, не варто. Наступного дня почніть прийом таблеток із нової упаковки. Необхідно використовувати додатковий метод (наприклад, презервативи) або утриматися від статевих контактів у наступні 7 днів. Якщо протягом попередніх 5 днів відбувся незахищений статевий контакт, то необхідно прийняти ТНК.

Якщо у вас не було менструації після завершення прийому КОК, необхідно звернутися до лікаря для перевірки на вагітність (перед початком прийому таблеток з нової упаковки).

Якщо пацієнтка **приймала КОК з естрадіолу валератом (26 кольорових активних і 2 білих неактивних таблетки)** і вона забула прийняти більше, ніж одну кольорову активну таблетку з упаковки, або розпочати нову упаковку, то їй необхідно звернутися до лікаря.

Якщо, пацієнтка забула прийняти тільки одну активну таблетку (запізнення більше 12 годин від звичайного прийому) з 1 по 9 день, а впродовж тижня перед пропуском таблетки був статевий акт, то треба порадитись з лікарем.

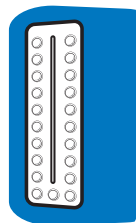
Якщо статевого акту не було, необхідно прийняти пропущену таблетку, приймати наступні таблетки у звичайний час, навіть якщо це означає, що потрібно прийняти дві таблетки в один день та обов'язково використовувати додатковий метод контрацепції (бар'єрний метод наступні 9 днів).

Якщо, пацієнтка забула прийняти тільки одну активну таблетку (запізнення більше 12 годин від звичайного прийому) з 10 по 17 день - прийняти пропущену таблетку, приймати наступні таблетки у звичайний час, навіть якщо це означає, що потрібно прийняти дві таблетки в один день, використовувати додатковий метод контрацепції (бар'єрний метод наступні 9 днів).

Якщо, пацієнтка забула прийняти тільки одну активну таблетку (запізнення більше 12 годин від звичайного прийому) з 18 по 24 день – слід не приймати пропущену таблетку, але негайно почати з першої таблетки нової календарної упаковки та обов'язково використовувати додатковий метод контрацепції (бар'єрний метод наступні 9 днів).

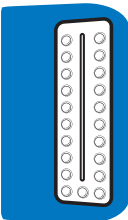
Якщо, пацієнтка забула прийняти тільки одну активну таблетку (запізнення більше 12 годин від звичайного прийому) з 25 по 26 день – прийняти пропущену таблетку, приймати наступні таблетки у звичайний час, навіть якщо це означає, що потрібно прийняти дві таблетки в один день, додатковий метод контрацепції не потрібен.

Якщо, пацієнтка забула прийняти тільки одну неактивну таблетку (запізнення більше 12 годин від звичайного прийому) з 27 по 28 день – пропущену таблетку не приймати, додатковий метод контрацепції не використовувати.



МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Типові побічні ефекти при прийомі КОК



Органи і системи	часті	нечасті	одиничні
	($\geq 1/100$)	($\geq 1/1000$ і $< 1/100$)	($< 1/1000$)
Органи зору			Непереносимість контактних лінз
Шлунково-кишковий тракт	Нудота, біль у животі	Блювання, діарея	
Маса тіла	Збільшення маси тіла		Зменшення маси тіла
Обмін речовин		Затримка рідини	
Нервова система	Головний біль	Мігрень	
Психічні розлади	Пригнічений настрій, зміни настрою	Зниження лібідо	Підвищення лібідо
Репродуктивна система і молочні залози	Болючість молочних залоз, відчуття їх напруженості	Збільшення молочних залоз	Вагінальні виділення, поява виділень з молочних залоз
Шкіра і підшкірна клітковина		Висипання, кропив'янка	Вузлувата еритема

Побічні ефекти:

Аменорея (відсутність менструальних виділень після завершення прийому таблеток з упаковки):

- Пацієнтка, яка приймає таблетки з 21-денної упаковки, може забути зробити тижневу перерву після завершення циклу. Якщо таблетки приймати безперервно, менструація може не настати. Це не є небезпечним, однак необхідна перевірка на вагітність.

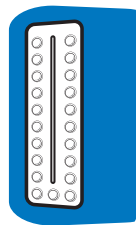
- Якщо пацієнтка правильно приймає КОК і вагітності немає, жодного лікування непотрібно, лише консультування і заспокоєння. Поясніть, що відсутність менструації зумовлена швидше всього зменшенням товщини ендометрію. Прийом таблеток з наступної упаковки можна починати у встановлений час. Якщо жінка продовжить використання КОК, аменорея може зберігатися.
- Якщо аменорея буде продовжувати її турбувати, можна перейти на короткочасне використання КОК з підвищеним вмістом естрогену (50 мкг ЕЕ) з лікувальною метою, якщо вони є в наявності та немає станів, що вимагають обережності.
- У випадку маткової вагітності поясніть жінці її можливості вибору. Якщо вагітність буде доношуватися, необхідно припинити використання КОК, невеликі дози естрогену і прогестагену в КОК не завдадуть шкоди плоду.

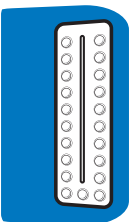
Нудота/запаморочення/блювання:

- Порадьте приймати таблетки під час вечері або перед сном. Поясніть, що симптоми зазвичай минають через три цикли.
- Якщо відчуття нудоти з'являється з початком прийому таблеток з чергової упаковки, спробуйте призначити схему продовженого прийому контрацептиву.

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Порадьте приймати таблетки в один і той же час щодня.
- Поясніть, що нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення виникають у перші 3 місяці використання таблеток, а потім стають менш вираженими чи повністю зникають. Якщо такі виділення будуть продовжуватись і турбуватимуть пацієнтку, допоможіть вибрати інший метод.
- Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення можуть виникати у зв'язку з:
 - пропуском прийому таблеток;
 - прийомом таблеток у різний час доби;
 - блювотою під час прийому таблеток;
 - прийомом протисудомних препаратів чи рифампіцину.
- Деяке полегшення стану може досягатися прийомом ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їжі протягом 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу при появі кровотечі.





- Якщо жінка приймала КОК протягом декількох місяців, прийом нестероїдного протизапального засобу не дає бажаного ефекту, можна призначити їй КОК з іншою дозою гормонів, які слід приймати, принаймні, протягом трьох наступних місяців.
- Якщо нерегулярні кровотечі набувають хронічного характеру або з'являються після серії звичайних менструальних циклів або повної їх відсутності, або при підозрі на те, що вони викликані будь-яким захворюванням, слід проаналізувати можливі причинні фактори, не пов'язані з прийомом КОК.

Підвищений артеріальний тиск ($\geq 140/90$):

- У разі появи тривожних симптомів (головні болі, в грудях, порушення зору) або $AT \geq 140/90$ потрібно припинити використовувати метод. Допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.
- Динамічний огляд терапевта/сімейного лікаря, щоб не пропустити патологію.

Головний біль (не пов'язаний з мігренню):

- У деяких жінок головні болі з'являються під час «безгормонального» тижня (тобто 7 днів, протягом яких жінка не приймає гормональні таблетки).
- Порадьте прийняти аспірин, ібупрофен, парацетамол чи інший знеболюючий засіб.
- Будь-які головні болі, що посилюються або виникають, частішають під час прийому КОК, є показанням для додаткового обстеження жінки.

Перепади настрою чи порушення лібідо:

- Поцікавтеся, чи не виникли у житті жінки ті чи інші обставини, які можуть вплинути на її настрій, що включає і взаємини з партнером.
- Надайте їй необхідну моральну підтримку.
- У деяких жінок «безгормональний» тиждень (тобто 7 днів, протягом яких жінка не приймає гормональні таблетки) може супроводжуватися перепадами настрою. У цьому випадку спробуйте призначити продовжений прийом контрацептиву.
- Жінки, які страждають різкими перепадами настрою, включаючи тяжку депресію, повинні направлятися на консультацію до відповідного фахівця.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Такі стани можуть бути пов'язані з використанням методу, але можуть і не мати до нього жодного відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології (підозра на захворювання, що не мають відношення до прийому КОК), ***значні або за- тяжні кровотечі:***

- Оцініть стан за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження.
- Проведіть діагностику і призначте відповідне лікування.

Лікування протисудомними або протитуберкульозними препаратами:

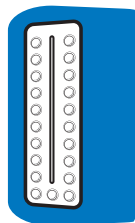
- Контрацептивний ефект КОК може знижуватися під впливом барбітуратів, карбамазепіну, окскарбазепіну, фенітоїну, примідону, топірамату, ламотригіну, рифабутину та рифампіцину.
- Якщо передбачається тривале лікування переліченими вище препаратами, жінці рекомендується перейти на альтернативний метод контрацепції, включаючи прогестагенові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, що містить мідь або гормональну ВМС.
- Якщо лікування переліченими вище препаратами призначається на короткий термін, жінці рекомендується застосовувати допоміжний метод контрацепції поряд з прийомом КОК.

Мігренозний головний біль:

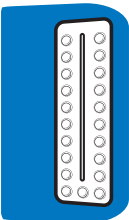
- Поява мігренозних головних болів (з аурую або без неї) або пов'язане з прийомом КОК посилення головного болю є протипоказанням до використання КОК незалежно від віку жінки.
- Допоможіть жінці вибрати альтернативний метод контрацепції, що не містить естрогенів.

Обставини, при яких жінка позбавляється здатності до самостійного пересування на один і більше тижнів:

- Якщо жінка перенесла серйозне оперативне втручання або її нога знаходиться у гіпсі, чи існують інші причини, через які жінка позбавляється здатності пересуватися протягом декількох тижнів, їй слід:
 - повідомити лікаря, що вона використовує КОК;
 - припинити прийом КОК і тимчасово перейти до використання іншого допоміжного методу контрацепції;
 - відновити прийом КОК через два тижні після того, як вона знову зможе пересуватися самостійно.



Серйозні ускладнення, пов'язані з використанням комбінованих оральних контрацептивів, спостерігаються рідко. Однак жінка повинна звернутися за медичною допомогою, якщо у неї виникли питання або будь-які з нижченаведених ознак, що можуть вказувати на більш серйозні проблеми. Ці проблеми необов'язково пов'язані з використанням комбінованих оральних контрацептивів.



СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильні головні болі або помутніння зору, які почалися або посилилися після початку прийому комбінованих оральних контрацептивів.
- Сильні болі у нижніх кінцівках.
- Повна відсутність будь-яких кровотеч або виділень під час тижня без таблеток (упаковка з 21 таблетки) чи під час використання 7 неактивних таблеток (із 28-денної упаковки), що може бути ознакою вагітності.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

1. Чи потребує жінка відновної паузи через певний період використання КОК?

Ні. Наявні дані не вказують на те, що такі паузи приносять користь. Навпаки, перерви у прийомі КОК можуть призвести до настання непланованої вагітності. Жінка може приймати КОК без будь-яких відновних пауз протягом багатьох років без остраху за своє здоров'я.

2. Якщо жінка приймала КОК протягом тривалого часу, чи буде вона захищена від непланованої вагітності після відміни методу?

Ні. Протизаплідний ефект КОК забезпечується тільки регулярним прийомом таблеток.

3. Як довго триває протизаплідний ефект КОК після відміни методу?

Жінки, які відмовилися від подальшого прийому КОК, можуть завагітніти так само швидко, як і жінки, які перестали застосовувати негормональні методи контрацепції. КОК не затримують відновлення фертильності після відміни методу. Характер менструаль-

ного циклу, що спостерігався у жінки до початку прийому КОК, зазвичай відновлюється відразу після відміни методу. У деяких випадках менструальний цикл відновлюється через кілька місяців після відміни КОК.

4. Чи може прийом КОК призводити до переривання вагітності?

Ні. У результаті проведених досліджень було встановлено, що КОК не порушують перебіг існуючої вагітності. Не слід застосовувати цей контрацептив з метою переривання вагітності, так як КОК не володіють такою здатністю.

5. Чи можуть КОК порушувати внутрішньоутробний розвиток плода? Чи піддається небезпеці плід у випадку ненавмисного прийому КОК вагітною жінкою?

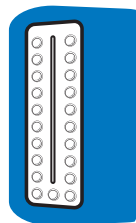
Ні. Наявні доказові факти однозначно свідчать про те, що прийом КОК не викликає порушень внутрішньоутробного розвитку плода і не становить для нього будь-якої небезпеки у випадку, якщо жінка завагітніє у період прийому КОК або випадково прийняла таблетку КОК під час вагітності.

6. Чи може прийом КОК привести до значного підвищення чи втрати маси тіла?

Ні. У більшості випадків застосування КОК не викликає підвищення чи втрати маси тіла. Маса тіла може коливатися природнім чином при зміні життєвих обставин або при старінні. Оскільки такі зміни маси тіла є досить поширеним явищем, багато жінок вважають, що зміни маси тіла виникають через прийом КОК. Однак, результати проведених досліджень свідчать про те, що застосування КОК, як правило, не впливає на масу тіла жінки. У деяких випадках прийом КОК може викликати різку зміну маси тіла, яка зазвичай повертається до норми після відміни методу. Причина виникнення такої реакції на прийом КОК залишається невідомою.

7. Чи може прийом КОК викликати зміни настрою або впливати на сексуальний потяг жінки?

Як правило, ні. Деякі користувачі КОК дійсно мають такі скарги. Однак, більша частина користувачів КОК не відмічає появи вищезгаданих змін; більше того, у деяких випадках може спостерігатися стабілізація настрою і посилення сексуального потягу. Залишається невідомим, чи викликані такі явища прийомом КОК або ж іншими причинами. Лікар може допомогти жінці усунути пробле-



ми, що виникли. Будь-які докази на користь того, що прийом КОК може впливати на сексуальний потяг жінки, відсутні.

8. Чи існує взаємозв'язок між прийомом КОК і раком молочної залози?

Рак молочної залози розвивається як у користувачів КОК, так і у жінок, які ніколи не використовували цей метод контрацепції. Результати наукових досліджень свідчать про те, що теперішні користувачі КОК і жінки, які приймали КОК протягом попередніх 10 років, мають дещо вищий ризик захворювання на рак молочної залози у порівнянні з рештою жінок. На даний момент, залишається невідомим, чи пов'язаний цей підвищений ризик захворювання на рак молочної залози саме з прийомом КОК.

9. Чи є обов'язковим проведення гінекологічного огляду перед призначенням КОК або під час наступних візитів до лікаря?

Ні. Як правило, набір правильно сформульованих запитань дозволяє встановити з достатнім ступенем достовірності, що жінка не вагітна. Жоден стан, який можна виявити під час гінекологічного огляду, не може бути протипоказанням до застосування КОК.

10. Чи дозволяється застосування КОК при варикозному розширенні вен?

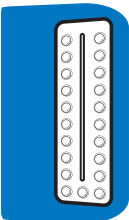
Так. Застосування КОК є безпечним при варикозному розширенні вен. Варикозні вени є розширеними кровоносними судинами, які проходять близько до поверхні шкіри, і не створюють загрози для здоров'я. Небезпечним для життя є тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. Наявність тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок в даний час або в анамнезі є протипоказанням до застосування КОК.

11. Чи може жінка застосовувати КОК протягом всього життя без шкоди для свого здоров'я?

Так. Будь-які вікові обмеження (верхня чи нижня межа) для призначення КОК відсутні. КОК можуть бути оптимальним засобом контрацепції для більшості жінок, починаючи з моменту появи першої менструальної кровотечі (менархе) і до досягнення менопаузи.

12. Чи можливе безпечне застосування КОК жінками, які курять?

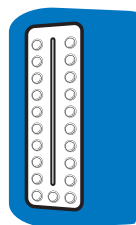
Жінки віком до 35 років, які курять, можуть використовувати низькі дози КОК. Жінкам старше 35 років, які курять, рекомендується



застосовувати метод контрацепції без естрогену, або, якщо кількість сигарет, які викурюються, не перевищує 15 сигарет на добу, використовувати щомісячні ін'єкційні контрацептиви.

13. Чи є важливим приймати таблетки КОК щоденно та в один і той самий час доби?

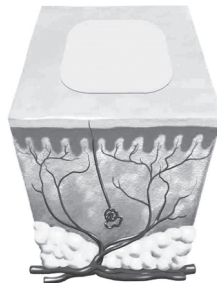
Так – через дві причини. Це дозволяє зменшити вираженість деяких побічних ефектів, а також формує у жінки умовний рефлекс, що забезпечує більш регулярний прийом таблеток. Прикріплення прийому препарату до тієї чи іншої щоденної процедури або дії також допомагає жінці вчасно згадати про необхідність прийняти чергову таблетку.



ГОРМОНАЛЬНИЙ ПЛАСТИР

Гормональний пластр – трансдермальна терапевтична система (ТТС), гормональний контрацептив для системного застосування.

Контрацептивний пластр – невеликий, тонкий гнучкий квадратний пластр 20 см², який вивільняє прогестаген та естроген.



ТИПИ

Евра: 6 мг норелгестроміну та 0,75 мг етинілестрадіолу; кожний пластр протягом 24 годин вивільняє 150 мкг норелгестроміну та 20 мкг етинілестрадіолу (обидві дози наближуються до добового ритму вивільнення гормонів).

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, зменшуючи вірогідність імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

У жінок з масою тіла 90 кг і більше ефективність контрацепції може бути зниженою.

Гормональний пластр не можна застосовувати у ділянці молочних залоз, а також на гіперемійованих, подразнених або ушкоджених ділянках шкіри.

Якщо використання ТТС викликає подразнення шкіри, то можна приклеїти пластр на іншу ділянку шкіри і носити його до наступної заміни.

Одночасно можна використовувати лише один пластр (ТТС).

Заміна пластиру проводиться щотижня протягом 3 тижнів з наступною 1-тижневою перервою, під час якої у жінки відбувається менструальна кровотеча.

ТТС не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо будь-який з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи одночасно з ТТС.

У разі виникнення у жінок, які користуються пластиром (ТТС), сильного болю у верхній частині живота, збільшення печінки або симптомів внутрішньочеревної кровотечі, потрібно провести диференціальну діагностику для того, щоб виключити можливу пухлину печінки.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- діючі речовини поступають відразу у кровоток. Немає ефекту “першого проходження” через шлунково-кишковий тракт;
- дає додаткову впевненість в ефекті (стан ШКТ не впливає на надходження препарату);
- забезпечує рівномірне постачання препарату.

Неконтрацептивні:

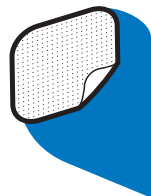
- не потребує участі медичного спеціаліста;
- простота застосування.

НЕДОЛІКИ

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів;
- залежать від користувача (пацієнтка повинна щоденно перевіряти, чи щільно приклеєна ТТС);
- ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних (барбітурати), протитуберкульозних (рифампіцин) препаратів або рослинних препаратів, які містять звіробиї протидіагностичні;
- необхідно мати можливість поповнення запасу препарату;
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТТС

- жінки будь-якого репродуктивного віку;



- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильний біль під час менструації.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТТС

- жінки, які мають підвищену чутливість до компонентів препарату;
- жінки, які мають венозний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легень), артеріальний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, тромбоз артерії сітківки) або провідники тромбозу (наприклад, стенокардія або транзиторна ішемічна атака);
- жінки з наявністю серйозних або множинних факторів ризику артеріального тромбозу:
 - артеріальна гіпертензія (стійкі рівні АТ > 140/90 мм рт. ст.);
 - цукровий діабет з ураженням судин;
 - успадкована дисліпіпротеїнемія;
 - успадкована схильність до венозного або артеріального тромбозу, наприклад, резистентність активованого протейну С, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протейну С, дефіцит протейну S, гіпергомоцистеїнемія та антифосфоліпідні антитіла (антитіла проти кардіоліпіну, вовчаковий антикоагулянт).
- жінки, які мають мігрень з аурую;
- жінки, які мають підтверджений або підозрюваний рак молочної залози, і підтверджені або підозрювані естрогензалежні пухлини;
- жінки, які мають аденому і карциному печінки;
- жінки з генітальною кровотечею;
- жінки у період вагітності, лактації та післяпологовий період (3 тижні).

ВИКОРИСТАННЯ ТТС

Початок використання

Розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластиру (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде випадати на цей самий день щотижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

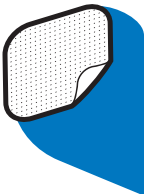
Якщо жінка починає застосування трансдермального пластиру не з першого дня циклу, то варто одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції протягом 7 днів.

У разі переходу з використання комбінованого орального контрацептиву на використання пластиру розпочинають у перший день менструації, яка починається після припинення прийому комбінованого орального контрацептиву. Якщо протягом 5 днів після прийому контрацептивної таблетки менструація не починається, перед початком використання пластиру необхідно виключити вагітність.

Якщо застосування ТТС починається пізніше першого дня менструації, то протягом 7 днів необхідно одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції. Якщо після прийому останньої контрацептивної таблетки пройшло більше 7 днів, то у жінки може виникнути овуляція, і тому вона повинна проконсультуватися з лікарем, перед тим, як розпочати використання пластиру.

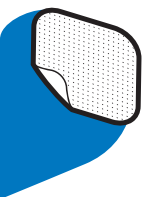
У разі переходу від використання препаратів, що містять лише прогестаген, до використання пластиру можна в будь-який день перейти від використання препарату, що містить лише прогестаген (у день видалення імплантату, в день, коли повинна бути зроблена чергова ін'єкція), до використання пластиру, але протягом перших 7 днів його застосування варто використовувати бар'єрний метод.

Після аборту або викидня до 20-го тижня вагітності можна одразу розпочинати використання пластиру. Якщо жінка починає використовувати пластир одразу після аборту або викидня, удаватися до додаткових методів контрацепції не обов'язково. Жінка повинна знати, що овуляція може відбутися протягом 10 днів після аборту або викидня. Після аборту або викидня на 20-ому тижні вагітності і пізніше використання пластиру можна розпочинати на



21-й день після абортів або викидня, або у перший день першої менструації.

Після пологів жінки, які не годують дитину грудьми, можуть починати використання пластиру не раніше ніж через 3 тижні після пологів. Якщо жінка починає застосовувати пластр пізніше, то протягом перших 7 днів вона повинна додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції. Якщо відбулися статеві стосунки, то необхідно виключити ймовірність вагітності, перед тим як починати застосування ТТС, або жінка повинна дочекатися першої менструації.



Під час повного або часткового відклеєння ТТС.

Якщо пластр повністю або частково відклеївся, то у кров надходить недостатня кількість його активних компонентів.

Навіть за часткового відклеєння пластиру (ТТС):

- менше ніж за добу (24 год.) потрібно знову приклеїти пластр на ту саму ділянку тіла або одразу ж замінити його новим трансдермальним пластром. Додаткові контрацептиви не потрібні. Наступний пластр необхідно приклеїти у звичайний “день заміни”;
- більше ніж протягом доби (24 год.), а також якщо жінка не знає точно, коли пластр (ТТС) частково або повністю відклеївся, можливе настання вагітності. Жінка повинна одразу ж почати новий цикл, наклеївши новий пластр, і вважати цей день першим днем контрацептивного циклу. Бар'єрні методи контрацепції необхідно одночасно застосовувати лише у перші 7 днів нового циклу.

Не варто намагатися приклеїти пластр, якщо він втратив свої адгезивні властивості; замість цього необхідно одразу приклеїти новий пластр (ТТС). Не можна застосовувати додаткові липкі стрічки або пов'язки для утримання на місці пластиру.

Якщо пропущено чергові дні заміни пластиру (ТТС).

На початку будь-якого контрацептивного циклу (1-й тиждень/1-й день):

- жінка може бути не захищена від вагітності: вона повинна приклеїти перший пластр нового циклу одразу ж, як тільки згадає про це. Цей день вважається новим “1-м днем”, і від нього відраховується новий “день заміни”. Протягом перших 7 днів нового циклу потрібно одночасно застосовувати негормональну контрацепцію.

У середині циклу (2-й тиждень/8-й день або 3-й тиждень/15-й день):

- якщо від дня заміни пластиру минула 1 або 2 доби (48 год.), жінка повинна одразу наклеїти новий пластир. Наступний пластир необхідно приклеїти у звичайний “день заміни”. Якщо протягом 7 днів, що передують першому пропущеному дню наклеювання пластиру, жінка правильно його використовувала, то додаткова контрацепція не потрібна.
- якщо від дня заміни пластиру пройшло більше 2 діб (48 год. і більше), жінка може бути не захищена від настання вагітності. Вона повинна припинити поточний контрацептивний цикл і одразу розпочати новий 4-тижневий цикл, наклеївши новий пластир. Цей день вважається новим “1-м днем” і від нього відраховується “день заміни”. Бар’єрну контрацепцію потрібно одночасно застосовувати протягом перших 7 днів нового циклу.

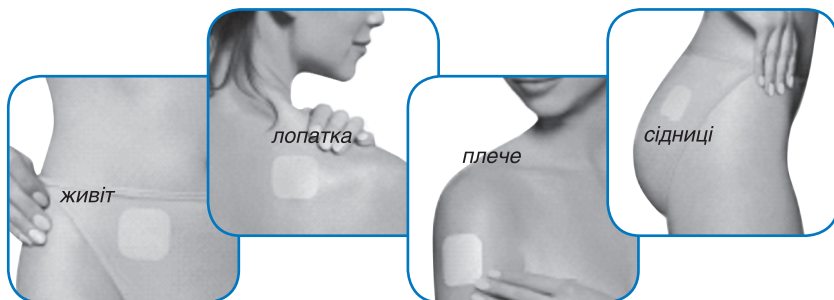
Наприкінці циклу (4-й тиждень/ 22-й день):

- якщо трансдермальний пластир не знято в кінці 4-го тижня (22-й день), його необхідно зняти якнайшвидше.

Черговий цикл контрацепції повинен починатися у звичайний “день заміни”, який є наступним днем після 28-го дня. Додаткова контрацепція не потрібна.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Пластир (ТТС) потрібно наклеювати на чисту, суху, інтактну і здорову шкіру сідниць, живота, зовнішню поверхню верхньої частини плеча або верхньої частини тулуба без оволосіння, на ділянках, де вона не буде стикатися з одягом, який щільно прилягає до тіла.



Щоб уникнути можливого подразнення, кожний наступний пластир (ТТС) необхідно наклеювати на іншу ділянку шкіри, це

можна робити в межах однієї і тієї самої анатомічної ділянки. Пластир необхідно щільно притиснути, щоб його краї добре прилягали до шкіри. Для запобігання зниженню адгезивних властивостей пластиру (ТТС) не можна наносити макіяж, креми, лосьйони, пудри та інші локальні засоби на ті ділянки шкіри, де він приклеєний або буде приклеєним.

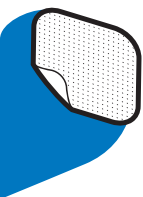
Жінка повинна щоденно оглядати трансдермальний пластир для того, щоб бути впевненою в його щільному приклеюванні.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів;
- можлива незначна нудота, запаморочення, невеликий біль молочних залоз, головні болі;
- на місці приклеювання пластиру можливе подразнення шкіри.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

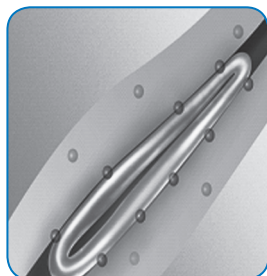
- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі у нижній частині живота (можуть бути ознакою еktopічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша або в 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутіння зору.



КОМБІНОВАНЕ ВАГІНАЛЬНЕ КІЛЬЦЕ

Вагінальне кільце – гнучке, прозоре та еластичне кільце, яке під час введення у піхву діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та етоногестрелу з 54-мм севіленового кільця.

Гормони починають виділятися із кільця, що перебуває у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони потрапляють у кров. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає завдяки пригніченню овуляції.



ТИПИ

НоваРинг – 1 кільце містить 2,7 мг етинілестрадіолу та 11,7 мг етоногестрелу. Кільце вивільняє протягом доби сталу кількість етинілестрадіолу 15 мкг/добу і етоногестрелу 120 мкг/добу.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічує овуляцію;
- згущує цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, зменшуючи вірогідність імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Одне кільце розраховане на один цикл.

Протягом трьох тижнів кільце перебуває у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-денна перерва. Після семиденної перерви вводиться наступне кільце.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна активність;
- зручний режим використання – один раз на місяць;



- метод не пов'язаний із статевим актом;
- метод зручний і простий у застосуванні;
- пацієнтка може сама припинити використання засобу;
- стабільне виділення гормонів;
- відсутність первинного проходження через печінку та ШКТ.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструальних кровотеч (більш короткі та менші за величиною крововтрати);
- зменшують менструальні болі;
- сприяють встановленню регулярного менструального циклу;
- знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників.

НЕДОЛІКИ

- експульсія кільця у разі опущення стінок піхви;
- можливі короткочасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла;
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, включаючи жінок, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильні болі під час менструації;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з варикозом вен;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитовидної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;

- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, фіброміомою.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують грудьми;
- жінки, які мають нез'ясовані вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки з активним захворюванням печінки (вірусним гепатитом);
- жінки віком старші 35 років, які курять;
- жінки, які мають інфаркт, інсульт в анамнезі чи підвищений АТ (> 140/90 мм рт.ст.) у даний час або в анамнезі;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу цукрового діабету в анамнезі;
- жінки, які мають рак молочної залози;
- жінки з мігренями та вогнищевими неврологічними симптомами.

ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ

Початок використання

Жінка повинна ввести кільце **між 1 днем і 5 днем менструального циклу**, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальна кровотеча ще не закінчилася. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції, такі як презерватив. В подальших циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції. Одне кільце розраховане на один цикл.

Протягом трьох тижнів кільце перебуває у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-денна перерва. Після 7-денної перерви вводиться наступне кільце.

У разі переходу з комбінованого орального контрацептиву (КОК) жінка повинна ввести кільце не пізніше останнього дня 7-денної перерви у прийомі таблеток.

У разі переходу з гормональних контрацептивів (таблетки, імплантат або ін'єкція) чи внутрішньоматкової системи, яка містить левоноргестрел жінка може перейти з імплантату чи ВМК, який містить прогестаген, у день їх видалення, з ін'єкційного препарату – у день, коли повинна відбутися наступна ін'єкція. У



всіх цих випадках протягом перших 7 днів жінка повинна користуватися додатковим бар'єрним методом контрацепції.

Після аборт у першому триместрі можна починати застосування засобу одразу. При цьому немає необхідності у додаткових методах контрацепції.

Після пологів чи аборт у другому триместрі можна починати використання кільця на четвертому тижні після пологів (якщо не годує грудьми) чи аборт другого триместру. Якщо жінка починає використовувати кільце пізніше, то протягом перших 7 днів рекомендується додатково користуватися бар'єрним методом. Якщо у жінки уже був статевий акт, то перед початком використання кільця необхідно виключити вагітність або дочекатися першої менструації.

Якщо кільце видалось з піхви на 3 і більше годин протягом 1-го чи 2-го тижня.

Ввести кільце у піхву якнайшвидше. Використовувати додатковий метод контрацепції наступні 7 днів.

Якщо кільце видалось з піхви на 3 і більше годин протягом 3-го тижня.

Це кільце потрібно викинути. Необхідно якнайшвидше ввести нове кільце на 3 тижні і використовувати додатковий метод контрацепції наступні 7 днів.

Перерва між введенням кільця більше 7 днів.

Вставити нове кільце якомога швидше і почати новий цикл використання. Використовувати додатковий метод контрацепції наступні 7 днів.

Крім того, якщо нове кільце було введено пізніше на 3 і більше днів (перерва становила 10 днів і більше) і відбувся незахищений статевий контакт протягом останніх 5 днів, рекомендується використання невідкладної контрацепції.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Кожне кільце призначене для одного циклу використання; один цикл складається з 3-х тижнів використання кільця і тижневої перерви. Після введення кільце повинно залишатися на місці протягом трьох тижнів, потім бути видалене у той самий день тижня, в який було введено. Наприклад, якщо кільце було введено в середу о 22.00, то його необхідно видалити через 3 тижні в середу близько 22.00. Наступної середи необхідно ввести нове кільце.

Знищуйте використане вагінальне кільце, викидаючи його у сміттєвий ящик. Не викидайте кільце в унітаз.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

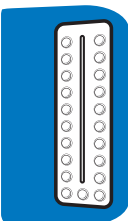
- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення);
- можлива незначна нудота, запаморочення, невеликий біль молочних залоз, головні болі;
- вагініт.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі у нижній частині живота (можуть бути ознакою еktopічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша або в 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.



ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТАГЕНОВОГО РЯДУ



Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (ПТП) - таблетки, що містять малі дози прогестагену – штучного аналога натурального гормону прогестерону. ПТП не містять естрогену, що забезпечує можливість їх застосування жінками, для яких естрогени протипоказані.

ТИПИ

Ексклютон	28 табл.	0,5 мг	лінестренол
Чарозетта	28 табл.	0,075 мг	дезогестрел
Лактінет	28 табл.	0,075 мг	дезогестрел

Усі таблетки в упаковці активні (гормональні).

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- впливають на товщину ендометрію, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Зміна характеру менструальних виділень є звичайним явищем, особливо в перші два чи три цикли. Ці зміни носять тимчасовий характер і не загрожують здоров'ю.

До інших побічних ефектів належать незначне збільшення маси тіла, несильні головні болі та незначна болючість молочних залоз. Ці симптоми не є небезпечними і поступово минають.

Певні лікарські препарати (протисудомні, протитуберкульозні) можуть знизити ефективність ПТП, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використання будь-яких нових ліків.

ПТП не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи разом із ПТП.

Під час використання цього методу немає необхідності у щорічних візитах до лікаря задля диспансерного нагляду користувача ПТП. Однак рекомендовано відвідати лікаря через 3 місяці після початку прийому. Надалі, за умови відсутності ускладнень, щорічний огляд лікарем акушером-гінекологом здійснюється на загальних підставах.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

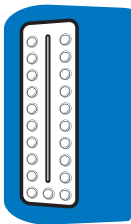
- ефективні, якщо приймаються в один і той самий час щодня (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- майже негайна ефективність (через 24 години);
- не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- метод не впливає на грудне годування;
- негайне повернення фертильності після припинення використання;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтка сама може припинити використання таблеток;
- можуть застосовуватися при протипоказаннях до призначення естрогену. Не підвищують ризик виникнення ускладнень та побічних ефектів, пов'язаних з естрогенами.

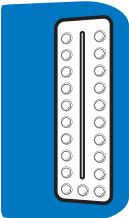
Неконтрацептивні:

- можуть зменшити інтенсивність менструальних болів;
- можуть зменшити менструальну кровотечу;
- можуть сприяти зменшенню анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози.

НЕДОЛІКИ

- викликають зміни в характері менструального циклу майже у всіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях прийому таблеток);
- можливе деяке збільшення або втрата маси тіла;





- повинні вживатися в один і той самий час щодня;
- забування прийняти таблетку збільшує ризик вагітності;
- необхідно мати можливість поповнити запас контрацептиву;
- ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних (фенітоїн, карбамазепін, примідон, барбітурати, топірамат, окскарбазепін) чи протитуберкульозних (рифампіцин, рифабутин) препаратів;
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПТП

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати ефективний захист від вагітності;
- матері, які годують грудьми, та потребують контрацепції (через 6 тижнів після пологів);
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які курять (будь-якого віку, які викурюють будь-яку кількість сигарет щодня);
- жінки з анемією;
- жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендовано контрацептиви, що містять естроген;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки із захворюваннями серця та щитовидної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, фіброміомою.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПТП

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами, причини яких нез'ясовані (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не можуть переносити ніяких змін у характері менструальних виділень;
- жінки, які мали рак молочної залози в минулому або мають тепер;

- жінки з системним червоним вовчаком за наявності антифосфоліпідних антитіл чи неможливості їх визначення;
- жінки, які мають доброякісну чи злоякісну пухлину печінки у даний час або в анамнезі;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія);
- жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток в один і той самий час.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПТП

У будь-який з 5 днів після початку менструації. При цьому використання будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.

У будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо прийом починається через 5 днів після початку менструації, рекомендується утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим методом контрацепції протягом наступних 48 годин.

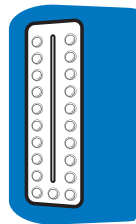
За умови відсутності менструацій прийом ПТП можна починати у будь-який час, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна. У цьому разі рекомендується утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим методом контрацепції протягом наступних 48 годин.

Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 6 тижнів, якщо вона годує грудьми, але не використовує МЛА;
- одразу, якщо не годує грудьми.

Після аборт (одразу). При цьому використання будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно. Якщо пройшло більше 7 днів після аборту, то прийом таблеток можна починати у будь-який день, за умови впевненості, що жінка не вагітна, і протягом наступних 2 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

У разі переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на ПТП прийом таблеток можна починати без будь-якої проміжної паузи, за умови, що жінка послідовно і точно виконувала рекомендації щодо прийому попереднього препарату або за умови впевненості, що жінка не вагітна. При цьому



немає необхідності чекати початку наступної менструальної кровотечі та використовувати допоміжний метод контрацепції.

Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним способом, то прийом ПТП необхідно починати у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Після прийому таблетки невідкладної контрацепції жінка може приступити до використання ПТП наступного дня. При цьому немає необхідності чекати початку наступної менструальної кровотечі:

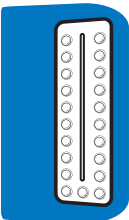
- жінці, яка раніше не використовувала ПТП рекомендовано починати прийом з нової упаковки;
- жінка, яка регулярно використовувала ПТП і була вимушена прийняти ТНК через пропуск однієї або декількох наступних таблеток ПТП, може продовжувати прийом із початої упаковки, приймаючи наступну за порядком таблетку.

У всіх перелічених вище випадках необхідно використовувати додатковий метод контрацепції протягом перших 2 днів прийому ПТП.

За умови відмови від використання негормональних методів контрацепції (включаючи ВМК) прийом ПТП можна починати негайно після припинення використання методу або в будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому разі рекомендується утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим методом контрацепції протягом наступних 48 годин.

За умови відмови від ВМК (включаючи ВМС, що містять левоноргестрел) прийом ПТП можна починати у будь-який з 5 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалено протягом цього періоду. Якщо прийом ПТП починається в будь-який інший час:

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки і від початку менструації пройшло більше 5 днів, то у цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків і від початку менструації пройшло більше 5 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом подальших 48 годин уникати статевих контактів або використовувати



вати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий метод, то його необхідно видалити під час наступного менструального циклу.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Приймайте по 1 таблетці щодня в один і той самий час доби. Прийміть першу таблетку протягом 5 днів після початку менструації.

Якщо ви починаєте використання ПТП після 5-го дня циклу, використовуйте додатковий метод контрацепції у перші 48 годин.

Закінчіть прийом всіх таблеток в упаковці. Наступного дня після використання останньої таблетки почніть нову упаковку.

Якщо у вас почалася блювота протягом 2 годин після використання таблетки, необхідно прийняти ще одну таблетку, використовуйте додатковий метод контрацепції під час статевих стосунків у подальші 48 годин.

Якщо ви запізнилися з використанням таблетки **більше ніж на 3 години** (для ПТП, що містять **0,5 мг лінестренолу**) або **більше ніж на 12 годин** (для ПТП, що містять **0,075 мг дезогестрелу**), прийміть її, як тільки згадаєте. Використайте додатковий метод під час статевих стосунків у подальші 48 годин.

Якщо ви забули прийняти 1 або більше таблеток, прийміть наступну, як тільки згадаєте. Використайте додатковий метод під час статевих стосунків у подальші 48 годин. Якщо протягом попередніх 5 днів відбувся незахищений статевий контакт, то необхідно прийняти ТНК.

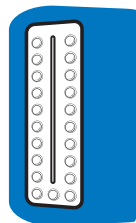
Якщо у вас не було 2 чи більше менструацій, вам необхідно звернутися до лікаря для перевірки на вагітність. Не припиняйте використання таблеток, якщо ви не вагітні.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти не є симптомами якого-небудь захворювання. Побічні ефекти носять досить поширений характер, однак у певної частини користувачів вони можуть практично відсутні.

Більшість побічних ефектів, як правило, стає менш вираженими або зникає повністю після декількох місяців прийому ПТП. Нерегулярні кров'яністі виділення можуть продовжуватись тривалий час.

Запропонуйте жінці обрати інший метод контрацепції, до використання якого можна було б приступити негайно, якщо вона



цього забажає, або після закінчення деякого часу, коли стане очевидною неможливість усунення побічних ефектів.

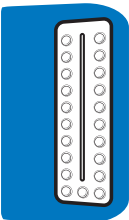
Побічні ефекти:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, жодного лікування не потрібно, лише консультування.
- Поясніть, що постійна дія невеликих доз прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних виділень, а у деяких жінок – і до повного їхнього припинення.
- У випадку маткової вагітності поясніть пацієнтці наявні в неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, рекомендуйте припинити використання таблеток, заспокойте жінку, що невелика доза прогестагену не нашкодить плоду.
- Не намагайтеся викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК), у цьому немає необхідності і це, як правило, не приносить успіху, якщо не провести 2-3 цикли прийому КОК.

Нерегулярні кров'яністі, мажучі виділення:

- У жінок перші місяці прийому ПТП можуть супроводжуватися частими або нерегулярними кров'янистими, мажучими виділеннями, після чого можлива нормалізація менструального циклу, або збереження нерегулярного характеру кров'янистих виділень. У частини жінок нерегулярні кров'яністі виділення можуть тривати протягом усього прийому ПТП.
- Поясніть, що нерегулярні кровотечі спостерігаються у багатьох користувачів ПТП і такі явища не приносять шкоди здоров'ю жінки.
- Нерегулярні кров'яністі виділення можуть також виникати у зв'язку з блюванням чи діареєю, прийомом протисудомних препаратів або рифампіцину.
- Короткочасне полегшення стану може досягатися прийомом ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їжі протягом 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу.
- Якщо нерегулярні кров'яністі виділення продовжуються або з'являються після декількох місяців нормальних менструальних кровотеч або повної їх відсутності, або при підозрі на певне захворювання, слід проаналізувати можливі причини кровотеч, не пов'язані з прийомом ПТП.



- Якщо стурбованість пацієнтки не проходить після консультування, допоможіть їй вибрати інший метод.

Значна чи тривала кровотеча (кількість крові, що втрачається, перевищує звичайну в 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):

- Заспокойте жінку, запевнивши її, що в деяких випадках прийом ПТП може служити причиною значних або тривалих кровотеч. Як правило, такі явища не приносять шкоди здоров'ю жінки, і вони стають менш вираженими або повністю припиняються після декількох місяців. Короткочасне полегшення стану може досягатися прийомом ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їжі протягом 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу.
- З метою профілактики анемії порекомендуйте жінці приймати препарати заліза і включати в раціон харчування продукти, що містять залізо.
- Якщо кровотечі набувають хронічного характеру або з'являються після серії звичайних менструальних циклів або відсутності таких, або при підозрі на захворювання, слід проаналізувати можливі причини кровотечі, не пов'язані з прийомом ПТП.
- Якщо кровотечі, пов'язані з прийомом ПТП продовжують турбувати жінку, допоможіть вибрати інший метод контрацепції.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

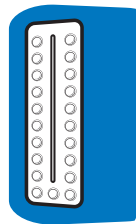
Причина виникнення таких станів може дійсно полягати у застосуванні ПТП, але може і не мати до нього ніякого відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології:

- Оцініть стан жінки за анамнезом і результатами гінекологічного огляду.
- Проведіть додаткове обстеження і призначте відповідне лікування.

Лікування протисудомними або протитуберкульозними препаратами:

- Контрацептивний ефект ПТП може знижуватися під впливом барбітуратів, карбамазепіну, окскарбазепіну, фенітоїну, примідону, топірамату, рифабутину та рифампіцину.
- Якщо передбачається тривале лікування переліченими вище препаратами, жінці рекомендується перейти на альтернатив-



ний метод контрацепції, включаючи прогестагенові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, що містить мідь або гормональну ВМС.

- Якщо лікування переліченими вище препаратами призначається на короткий термін, жінці рекомендується застосовувати допоміжний метод контрацепції поряд з прийомом ПТП.

Мігренозний головний біль:

- Мігренозні головні болі без аури не є протипоказанням до застосування ПТП.
- Мігренозні головні болі з аурою є протипоказанням до застосування ПТП. Допоможіть жінці вибрати негормональний метод контрацепції.

Захворювання серця, викликане обструкцією або звуженням артеріальних судин (ішемічна хвороба серця) або інсульт:

- Жінки з перерахованими вище станами можуть використовувати ПТП.
- Якщо ж один з таких станів розвивається у період застосування ПТП, то метод слід відмінити. Допоможіть жінці вибрати негормональний метод контрацепції.
- При необхідності, направте жінку на обстеження і лікування.

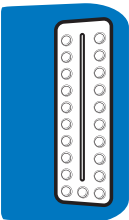
СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша чи в 2 рази більша за об'ємом за звичайну) або тривала (>8 днів) менструація.
- Мігрени (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТАГЕНОВОГО РЯДУ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

1. Чи є можливим безпечно використання ПТП при грудному вигодовуванні?

Так. Цей метод добре підходить для жінок, які годують грудьми, і які бажають використовувати таблетовані засоби контрацепції. ПТП не становлять небезпеки для здоров'я матері і дитини та мо-



жуть застосовуватися, починаючи з 6 тижня після пологів. Прийом ПТП не впливає на секрецію грудного молока.

2. Що слід робити після того, як жінка відлучає дитину від грудей? Чи може вона продовжити прийом ПТП?

Жінка, яка задоволена методом, може користуватися ним і після того, як вона відлучила дитину від грудей. При бажанні, жінка може перейти на застосування іншого методу контрацепції.

3. Чи може ПТП порушувати внутрішньоутробний розвиток плода? Чи піддається небезпеці плід у випадку ненавмисного прийому ПТП вагітною жінкою?

Ні. Наявні доказові факти однозначно свідчать про те, що прийом ПТП не викликає порушень внутрішньоутробного розвитку плода і не становить для нього будь-якої небезпеки у випадку, якщо жінка завагітніє в період прийому ПТП або випадково прийняла таблетку ПТП під час вагітності.

4. Як довго триває протизаплідний ефект ПТП після відміни методу?

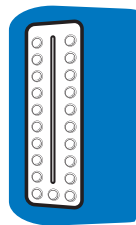
Жінки, які відмовилися від подальшого прийому ПТП, можуть завагітніти так само швидко, як і жінки, які перестали застосовувати негормональні методи контрацепції. ПТП не затримують відновлення фертильності після відміни методу. Характер менструального циклу, що спостерігався у жінки до початку прийому ПТП, зазвичай відновлюється відразу після відміни методу. У деяких жінок відновлення менструального циклу може зайняти декілька місяців.

5. Якщо у жінки відсутні менструальні кровотечі у період застосування ПТП, чи є це ознакою вагітності?

Найбільш ймовірно, ні (особливо, якщо жінка годує грудьми). Якщо жінка приймала таблетки щоденно, то вона, швидше за все, не вагітна і може продовжити прийом таблеток. Якщо ствердження лікаря не заспокоюють жінку, можна запропонувати їй пройти тест на вагітність. Якщо відсутність менструальних кровотеч турбує жінку, то в цьому випадку можна рекомендувати їй інший метод контрацепції – за винятком ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду.

6. Чи є обов'язковим щоденний прийом ПТП?

Так. Кожна таблетка в упаковці містить гормон, що забезпечує попередження вагітності. Якщо жінка не дотримується принципу



щоденного прийому таблеток – особливо, у тих випадках, якщо жінка не годує грудьми – то результатом цього може бути настання непланованої вагітності.

7. Чи важливо приймати таблетки ПТП щоденно, та в один і той самий час доби?

Так – через дві причини. ПТП містить дуже низьку дозу гормону, і прийом таблетки із запізненням на 3 і більше годин (більше ніж на 12 годин для ПТП, що містять 0,075 мг дезогестрелу) може знизити її протизаплідний ефект у випадку, якщо жінка не годує грудьми. (Оскільки грудне вигодовування забезпечує додаткову профілактику непланованої вагітності, то запізнений прийом чергової таблетки не є настільки ризикованим, як у випадку з жінками, які не годують грудьми). Крім того, щоденний прийом таблеток в один і той самий час також формує у жінки умовний рефлекс, що забезпечує більш регулярний прийом таблеток. Прикріплення прийому препарату до тієї чи іншої щоденної процедури або дії також допомагає жінці вчасно згадати про необхідність прийняти чергову таблетку.

8. Чи можна використовувати ПТП в якості таблеток для невідкладної контрацепції після незахищеного статевого контакту?

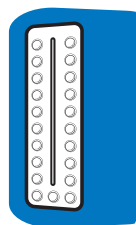
Так. Приймати ПТП в якості НК можна. Однак слід враховувати, що в залежності від типу ПТП, жінка повинна буде прийняти 30 таблеток одночасно. Незважаючи на значну кількість, прийом ПТП в якості НК не становить жодної небезпеки для здоров'я жінки через невеликий вміст гормонів в кожній таблетці.

9. Що слід робити у випадку виникнення оваріальних кіст при застосуванні ПТП?

У більшості випадків доводиться мати справу з несправжніми кістами, що є наповненими рідиною утворами в яєчниках (фолікулах), які продовжують рости більшими за розмір, характерний для звичайного менструального циклу. Поява фолікулярних кіст може бути причиною незначного болю внизу живота, що потребує лікування лише у випадку надмірного збільшення, перекручування ніжки чи розриву. Як правило, фолікули піддаються самостійній інволюції без спеціального лікування.

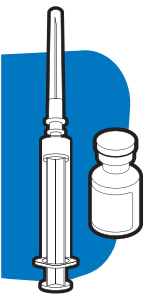
10. Чи підвищує прийом ПТП ризик виникнення позаматкової вагітності?

Ні. Навпаки, прийом ПТП знижує ризик виникнення позаматкової вагітності яка зустрічається дуже нечасто серед жінок, які використовують цей метод контрацепції. Згідно статистики, на 10 тис. жінок, які застосовують ПТП, припадає 48 випадків позаматкової вагітності на рік. Для порівняння, у США на 10 тис. жінок, які не користуються контрацепцією, припадає 65 випадків позаматкової вагітності на рік. В тих рідкісних випадках, коли непланована вагітність все ж настає, незважаючи на застосування ПТП, 5-10 вагітностей із цих 100 вагітностей є позаматковими. Таким чином, у переважній більшості випадків настання непланованої вагітності при застосуванні ПТП, вагітність не є ектопічною. Тим не менше, слід відмітити, що позаматкова вагітність є небезпечною для життя, і лікар завжди повинен пам'ятати про можливість виникнення цього стану у випадку настання вагітності у жінок, які приймають ПТП.



ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Ін'єкційні методи контрацепції застосовують понад 18 мільйонів жінок у всьому світі. До ІК належать прогестагени пролонгованої дії – депо-медроксипрогестерону ацетат (ДМПА) та комбіновані естрогенно-гестагенні ін'єкційні контрацептиви (КІК).



МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічують овуляцію (інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему);
- змінюють фізико-хімічні властивості слизу цервікального каналу (підвищується його в'язкість і волокнистість), перешкоджаючи penetрації сперматозоїдів;
- порушують рівень ферментів, "відповідальних" за процес запліднення;
- сприяють перетворенням в ендометрії, які перешкоджають імплантації.

ЗАГАЛЬНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ

- вагітність;
- патологічні маткові кровотечі невстановленого генезу;
- планування вагітності у найближчий час (особливо у пацієнток віком 30-40 років).

ЗАГАЛЬНІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

- зміни менструального циклу (особливо в перші місяці контрацепції);
- галакторея;
- запаморочення, головний біль, втома;
- роздратованість;
- депресія;
- збільшення маси тіла;
- зниження лібідо.

ПРОГЕСТАГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

ТИПИ

Депо-Провера: 150 мг депо-медроксипрогестерону ацетату (ДМПА), вводиться **кожні 3 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2 тижнів (14 днів) раніше або до 4 тижнів (28 днів) пізніше визначеного терміну.

Нористерат: 200 мг норетистерону енантату (НЕТ-ЕН), вводиться **кожні 2 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2 тижнів (14 днів) раніше або до 2 тижнів (14 днів) пізніше визначеного терміну.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічують овуляцію (інгібуючий вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему);
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

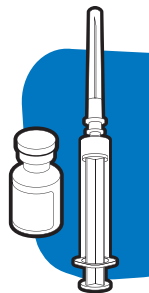
ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Зміна характеру менструальних виділень (аменорея) є звичайним явищем, особливо після перших 2-3 ін'єкцій. Ці зміни найчастіше мають тимчасовий характер і рідко складають будь-яку небезпеку для здоров'я.

До інших незначних побічних явищ належать збільшення маси тіла, несильний головний біль і невеликий біль у молочних залозах. Ці симптоми не є небезпечними і поступово проходять.

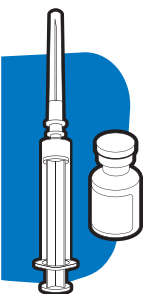
У жінок, які використовують ДМПА, повернення фертильності тимчасово затримується після припинення проведення ін'єкцій (в середньому на 6-12 місяців після останньої ін'єкції). ДМПА, однак, загалом не знижує фертильності жінки.

До кінця першого року використання приблизно у 50% жінок, які застосовують ДМПА, кровотечі припиняються. Відсутність менструації не є серйозною проблемою і, якщо немає симптомів вагітності, не вимагає жодного лікування.



ДМПА не впливає на лактацію, концентрація препарату у грудному молоці незначна. До цього часу будь-якої негативної дії на розвиток дітей не встановлено. Явищ передозування препарату не спостерігали.

ПІК не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи водночас з ПІК.



ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність (< 24 години);
- довготривалий, але зворотний засіб контрацепції. Середній термін дії 2-3 місяці після кожної ін'єкції;
- не вимагається проведення спеціального огляду перед початком використання;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодування;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтці не потрібно часто купувати препарат чи мати його про запас;
- не містять естроген;
- може використовуватись жінками будь-якого віку.

Неконтрацептивні:

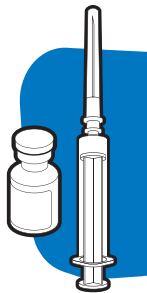
- конфіденційність. Ніхто, крім медичного спеціаліста не знає, який контрацептив використовує жінка;
- зручність використання – не потрібно щодня приймати таблетки;
- можуть зменшити менструальні болі;
- можуть зменшити менструальну кровотечу;
- можуть сприяти покращенню перебігу анемії;
- знижують ризик раку ендометрію;
- зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- зменшують ризик еktopічної вагітності;
- знижують ризик загострення серповидно-клітинної анемії.

НЕДОЛІКИ

- викликають зміни у характері менструальних кровотеч майже у всіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення/амеорея);
- збільшення маси тіла (у середньому 1-2 кг) є звичайним явищем, особливо для ДМПА;
- затримка у поверненні фертильності;
- необхідно мати препарат у наявності;
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПІК

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які годують грудьми (6 або більше тижнів після пологів);
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які мають бажану кількість дітей, але не хочуть скористатися добровільною стерилізацією;
- жінки, які курять (незалежно від віку і кількості сигарет, що викурюють на день);
- жінки з АТ < 160/100, порушеннями згортання крові чи серповидно-клітинною анемією;
- жінки із захворюваннями серця та щитовидної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, фіброміомою;
- жінки, які приймають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
- жінки, які не бажають використовувати або яким не рекомендуються естрогенні методи;
- жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток.



ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПІК

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з невстановленими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не можуть переносити ніяких змін у характері менструальних кровотеч;
- жінки, які не готові чекати повернення фертильності тривалий час.

Особливі вказівки

Пацієнтки, в анамнезі яких є інформація про терапію з приводу депресивних станів, у період застосування препарату потребують детального нагляду.

У деяких пацієнток, які застосовують ДМПА, можливе зниження толерантності до глюкози. Це потрібно враховувати у разі призначення препарату хворим на цукровий діабет.

Застосування ДМПА може впливати на результати таких лабораторних досліджень:

- рівень гонадотропінів;
- рівень прогестерону, кортизону, естрогенів у плазмі крові;
- рівень прегнандіолу в сечі;
- толерантність до глюкози.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПІК

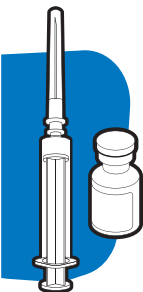
В один з 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПІК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 6 тижнів, якщо вона годує грудьми, але не використовує МЛА;
- одразу, якщо не годує грудьми.

Після аборту (одразу або в один з 7 наступних днів). Якщо введення ПІК проводиться через 7 днів після аборту, то рекомен-



довано утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий метод контрацепції протягом подальших 7 днів.

У разі переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на ПІК, першу ін'єкцію можна вводити без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка послідовно і точно виконувала рекомендації щодо прийому попереднього препарату або за умови впевненості, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступного менструального циклу.

Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення ПІК необхідно здійснити у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

У разі відмови від використання негормональних методів контрацепції (включаючи ВМК) першу ін'єкцію ПІК можна зробити негайно після припинення використання методу або у будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.

У разі відмови від ВМК (включаючи ВМС, що містять левоноргестрел) введення ПІК можна починати в один з 7 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалена протягом цього періоду. Якщо використання ПІК починається у будь-який інший час:

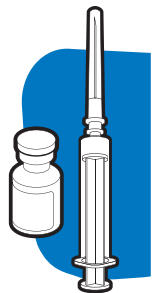
- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки, і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то у цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків, і від початку менструації минуло понад 7 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом подальших 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий засіб, то його необхідно видалити під час наступного менструального циклу.

ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендовано робити через кожні 3 місяці.

Повторні ін'єкції НЕТ-ЕН рекомендовано робити через кожні 2 місяці.

Якщо за будь-яких обставин дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями ДМПА і НЕТ-ЕН є неможливим,



допускається проведення ін'єкції на 2 тижні раніше або на 2 тижні пізніше встановленого графіку для НЕТ-ЕН і 4 тижні пізніше для ДМПА. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо термін введення перевищує 2 тижні для НЕТ-ЕН і 4 тижні для ДМПА, повторна ін'єкція може бути проведена за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому разі рекомендовано протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.

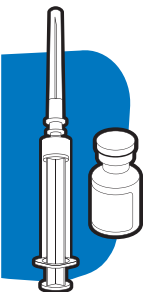
Чергування використання ДМПА і НЕТ-ЕН не рекомендовано.

МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ДМПА

1. Вимийте руки і одягніть одноразові рукавички.
2. Місце ін'єкції протріть антисептиком круговими рухами у напрямку від місця ін'єкції до периферії.
3. Злегка струсіть флакон з ДМПА, протріть його верхню частину і пробку антисептиком і наберіть у шприц необхідну дозу.
4. Глибоко введіть стерильну голку у верхню частину плеча (дельтовидний м'яз) або сідницю (верхній зовнішній квадрант великого сідничного м'яза). ДМПА зручніше вводити в плече. Введіть вміст шприца.
5. Не масажуйте і не розтирайте місце ін'єкції. Скажіть пацієнтці, що не можна масажувати чи розтирати місце ін'єкції. Поясніть, що це може призвести до швидкого всмоктування ДМПА.
6. Утилізація використаного шприца та голки після проведення ін'єкції проводиться відповідно до чинних нормативних документів. Не викидайте одноразові голки та шприци у сміття, а знищуйте їх після використання, складаючи у безпечний контейнер, що не проколюється. Не одягайте ковпачок на голку, не гніть та ламайте її перед утилізацією. Відповідно до чинних нормативних документів використаний шприц та голка підлягають дезінфекції і утилізації. Потрібно повністю занурити шприц з голкою у дезінфікуючий розчин на 60 хв. після попереднього 2-3-разового набирання цього ж розчину у шприц з голкою і промивання. Потім шприц та голку необхідно скласти у закритий безпечний контейнер, що не проколюється.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Приходьте у клініку на ін'єкцію кожні 3 місяці (ДМПА) чи кожні 2 місяці (НЕТ-ЕН).



МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

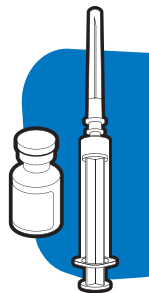
- Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, жодного лікування не потрібно, тільки консультування. Поясніть, що постійна дія невеликих доз прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних кровотеч, а у деяких жінок – до повного їхнього припинення. Це не наносить шкоди здоров'ю. Порадьте жінці звернутися до лікаря, якщо аменорея продовжуватиметься і турбуватиме її.
- У разі маткової вагітності поясніть пацієнтці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде виношуватись, припиніть ін'єкції та заспокойте жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.
- За підозри на ектопічну вагітність терміново направте жінку на повне обстеження.
- Не намагайтеся викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК).

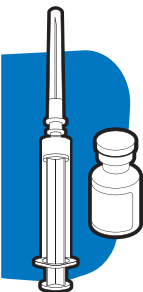
Нерегулярні кров'яністі, мажучі виділення:

- Поясніть жінці, що кров'яністі, мажучі виділення не є серйозною проблемою і, зазвичай, не потребують лікування. У більшості жінок змінений характер кровотеч стає регулярнішим через 6 місяців.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не минає і вона хоче продовжувати використовувати ПІК, можна призначити ібупрофен (по 800 мг 3 рази на день протягом 5 днів) або інший нестероїдний протизапальний препарат, але не аспірин.

Значна чи тривала кровотеча (кількість крові, що втрачається, перевищує звичайну в 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):

- Поясніть жінці, що у деяких випадках використання ПІК супроводжується більшими за об'ємом і тривалими менструальними кровотечами. У більшості жінок змінений характер менструальних кровотеч стає регулярнішим через 6 місяців.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не минає і вона хоче продовжувати використовувати ПІК, можна при-





значити лікування (за умови відсутності протипоказань до використання естрогенів):

- при наявності кровотечі - 21-денний прийом КОК (30-35 мкг ЕЕ). Не забудьте сказати пацієнтці, що менструація повинна початися протягом тижня після завершення курсу КОК;
- у разі значної кровотечі призначте по 2 таблетки КОК в день до припинення кровотечі з продовженням прийому КОК по 1 табл. в день. Загальна тривалість лікування складає 21 день.
- Якщо кровотеча триває, незважаючи на проведене лікування, або з'являється після серії звичайних менструальних циклів слід проаналізувати можливі причини, не пов'язані із застосуванням ПІК.

Збільшення або втрата маси тіла (зміна апетиту)

Поясніть жінці, що коливання маси тіла в 1-2 кг є звичайним явищем під час використання ПІК.

Якщо навіть після консультування збільшення чи втрата маси тіла для жінки недопустимі, припиніть ін'єкції та допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі у нижній частині живота (можуть бути ознакою еktopічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша або в 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутиння зору.

ПРОГЕСТАГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

1. **Якщо у жінки відсутні менструальні кровотечі у період використання ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду, чи означає це що вона вагітна?**

Ні (особливо, у тих випадках, коли жінка годує грудьми). Менструальні кровотечі з часом припиняються у більшості жінок, які

використовують ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду. Якщо жінка чітко дотримувалася графіку ін'єкцій, то у цьому випадку настання непланованої вагітності є малоімовірним, і вона може продовжувати користуватися ПІК. Якщо жінка продовжує турбуватися з приводу можливої вагітності, можна запропонувати їй пройти тест на вагітність. Якщо жінка відчуває психологічний дискомфорт через відсутність менструальних кровотеч, то ця проблема може бути вирішена зміною методу контрацепції.

2. Чи безпечно використовувати ПІК при грудному вигодовуванні?

Так. Цей метод добре підходить для жінок, які годують грудьми, і які бажають використовувати гормональний метод контрацепції. ПІК не становлять загрози для здоров'я матері і дитини та можуть застосовуватися, починаючи з 6 тижня після пологів. Не впливають на секрецію грудного молока.

3. Яким є можливе зростання маси тіла при застосуванні ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду?

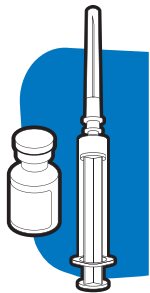
При використанні ДМПА приріст маси тіла складає в середньому 1-2 кг в рік. Такий приріст може частково бути зумовлений природнім зростанням маси тіла з віком. Деякі жінки, особливо, з надлишковою масою тіла, можуть набирати більше ніж 1-2 кг в рік. В той же час, застосування ПІК може інколи супроводжуватися втратою маси тіла або взагалі не викликати будь-яких змін ваги.

4. Чи можуть ДМПА чи НЕТ-ЕН викликати переривання вагітності?

Ні. В результаті проведених досліджень було встановлено, що ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду не викликають переривання існуючої вагітності. Застосовувати ПІК з метою переривання вагітності не рекомендується через відсутність у них абортивного ефекту.

5. Чи можуть ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду викликати безпліддя у жінок?

Ні. Незважаючи на можливу затримку у відновленні фертильності після відмови від подальшого використання, після того як пройде певний проміжок часу жінка зможе знову завагітніти; при цьому слід пам'ятати, що з віком у жінок відбувається природне згасання дітородної функції. Характер менструального циклу, що спостерігався до початку використання ПІК, зазвичай відновлюється після кількох місяців після останньої ін'єкції навіть у випадку відсутності менструальних кровотеч у період застосування цього методу. Ін-



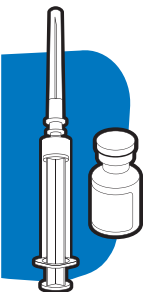
коли для відновлення звичного менструального циклу може знадобитися кілька місяців.

6. Як довго відновлюється здатність до зачаття після відмови від подальшого використання ДМПА чи НЕТ-ЕН?

У жінок, які використовували ДМПА, період відновлення здатності до зачаття триває в середньому на 4 місяці довше, ніж у жінок, які застосовували інші методи контрацепції. Це означає, що такі жінки можуть завагітніти приблизно через 10 місяців після останньої ін'єкції. У жінок, які застосовували НЕТ-ЕН, період відновлення здатності до зачаття триває в середньому на 1 місяць довше, ніж у жінок, які використовували інші методи контрацепції (приблизно 6 місяців після останньої ін'єкції). Це середньостатистичні цифри. Жінці не слід турбуватися, якщо вагітність в неї не настає навіть через 12 місяців після відміни контрацептиву. Тривалість періоду протягом якого жінка користувалась ін'єкційним контрацептивом, жодним чином не впливає на швидкість відновлення здатності до зачаття після останньої ін'єкції. Після відміни контрацептивів прогестагенового ряду овуляція у жінки може відбутися до того, як у неї знову з'являться менструальні кровотечі – тобто в цей момент можливе настання вагітності. Якщо жінка поки не планує народжувати, їй слід почати використовувати інший метод контрацепції до відновлення менструацій.

7. Чи викликає ДМПА розвиток злоякісних пухлин?

Результати багаточисленних досліджень однозначно вказують на те, що використання ДМПА не призводить до розвитку злоякісних пухлин. Більше того, застосування ДМПА сприяє профілактиці раку матки (ендометрію). Вивчення кореляції між застосуванням ДМПА і раком молочної залози дає результати співзвучні висновкам, які були отримані у процесі аналогічних досліджень, присвячених комбінованим оральним контрацептивам: теперішні користувачі ДМПА і жінки, які перестали користуватися методом протягом попередніх 10 років, мають дещо вищий ризик захворювання на рак молочної залози у порівнянні з іншими жінками. На даний момент залишається невідомим, чи пояснюється така статистика більш раннім виявленням пухлин у жінок, які є користувачами ДМПА, чи біологічним ефектом ДМПА, що сприяє розвитку злоякісних пухлин. Результати невеликої кількості досліджень, присвячених вивченню зв'язку між застосуванням ДМПА і раком шийки матки, вказують на те, що використання цього контрацептиву протягом 5 і більше років може призводити до незначного підвищення ризику захворювання на рак шийки матки. Однак



використання ДМПА не може розглядатися як єдиний фактор, що сприяє розвитку злоякісної пухлини шийки матки. На даний момент встановлено, що основним етіологічним фактором раку шийки матки є персистуюча папіломавірусна інфекція. Зв'язок між застосуванням НЕТ-ЕН і раком шийки матки залишається маловивченим. Тим не менше, на думку експертів, цей контрацептив не поступається за своєю безпечністю ДМПА та іншим протизаплідним засобам прогестагенового ряду (таблетки та імпланти).

8. Чи впливає ДМПА на щільність кісткової тканини?

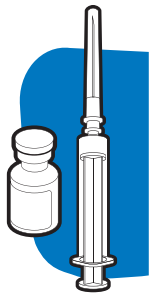
Застосування ДМПА приводить до зниження щільності кісткової тканини. Тим не менше, проведені дослідження не вказують на те, що користувачі ДМПА (незалежно від віку) піддаються підвищеному ризику виникнення кісткових переломів. У репродуктивному віці відміна ДМПА супроводжується поступовим відновленням щільності кісткової тканини. У дорослих жінок, які відмовилися від подальшого застосування ДМПА, щільність кісткової тканини після 2-3 років перестає відрізнятися від щільності у жінок, які ніколи раніше не використовували метод. Зв'язок між застосуванням НЕТ-ЕН і зниженням щільності кісткової тканини залишається маловивченим, однак припускається, що дія НЕТ-ЕН на кісткову тканину є аналогічною впливу ДМПА.

9. Чи можуть ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду викликати порушення внутрішньоутробного розвитку плода? Чи виникає небезпека для плода у випадку ненавмисного введення ПІК вагітній жінці?

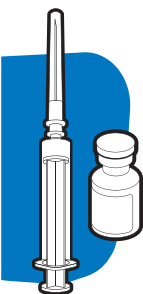
Ні. Наявні доказові факти однозначно свідчать про те, що ПІК не викликають порушень внутрішньоутробного розвитку плода і не становлять для нього будь-якої небезпеки у випадку, якщо жінка завагітніє у період застосування ПІК чи отримає ін'єкцію ПІК під час вагітності.

10. Чи може застосування ПІК викликати зміни настрою чи впливати на сексуальний потяг жінки?

Як правило, ні. Деякі жінки, які використовують ПІК, дійсно мають такі скарги. Однак переважна частина користувачів не відмічає виникнення будь-яких змін вищезгаданого характеру. На даний момент залишається невідомим, чи викликані такі явища застосуванням ПІК чи іншими причинами. Лікар може допомогти жінці усунути проблеми, що виникли. Будь-які докази того, що застосування ПІК може впливати на сексуальну поведінку жінок, відсутні.



КОМБІНОВАНІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ



ТИПИ

Циклофем	25 мг медроксипрогестерону ацетату і 5 мг естрадіолу сипіонату, вводяться в/м один раз на місяць.
Мезигіна	50 мг норетистерону енантату і 5 мг естрадіолу валерату, вводяться в/м один раз на місяць.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- впливають на товщину ендометрію, зменшуючи вірогідність імплантації;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Під час використання можлива нудота, запаморочення, невеликий біль у молочних залозах та несильний головний біль, а також мажучі виділення чи легка кровотеча (як правило, проходять після 2-3 ін'єкцій).

Деякі лікарські препарати (ламотригін) можуть знизити ефективність КІК, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використання якихось нових ліків.

КІК не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи одночасно з КІК.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,05 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;

- немає потреби проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- мало побічних ефектів;
- від пацієнтки не вимагається мати запас контрацептиву.

Неконтрацептивні:

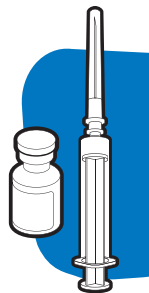
- сприяють зменшенню менструальних виділень (більш короткі й менші за кількістю крововтрати під час менструації);
- зменшують менструальний біль;
- сприяють зниженню анемії;
- знижують ризик розвитку раку яєчників і ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників.

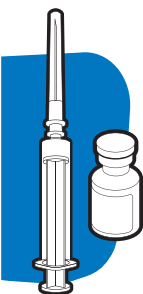
НЕДОЛІКИ

- викликають зміну характеру менструацій у деяких жінок (нерегулярні кров'яністі мажучі виділення на початку застосування контрацептиву);
- можлива незначна нудота, запаморочення, невеликий біль у молочних залозах, головні болі, а також мажучі виділення чи незначні кров'яністі виділення (зазвичай минають після 2-3 ін'єкцій);
- залежать від регулярних ін'єкцій (пацієнтка повинна приходити на ін'єкцію кожні 30 днів);
- ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних препаратів (ламотригін);
- необхідно мати можливість поповнення запасу препарату;
- можлива зміна настрою, маси тіла і лібідо на початку застосування (як правило, проходять через 2-3 місяці);
- не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КІК

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;





- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток;
- жінки з варикозом вен;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, матки, молочних залоз, ендометріозом;
- жінки з порушеннями функції щитовидної залози.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ КІК

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують грудьми до 6 місяців після пологів;
- жінки, які мають невстановлені вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки з активним захворюванням печінки (вірусним гепатитом);
- жінки, віком старші 35 років, які курять;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- жінки, які мають підвищений АТ ($> 140/90$);
- жінки з порушеннями згортання крові або ускладненим перебігом цукрового діабету;
- жінки з мігрєнями та вогнищевими неврологічними симптомами;
- жінки, які мають рак молочної залози.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ КІК

В один з 7 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна, то в будь-який день менструального циклу. Якщо введення КІК проводиться через 7 днів від початку менструальної кровотечі, то рекомендовано утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 3 тижні, якщо вона не годує грудьми.

Після аборту (відразу або в один з 7 наступних днів). При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції. Якщо введення КІК проводиться через 7 днів після аборту, то рекомендовано утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

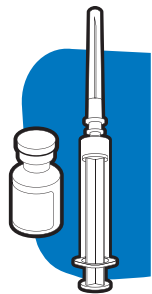
У разі переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на КІК першу ін'єкцію можна вводити без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка послідовно і точно виконувала рекомендації щодо прийому попереднього препарату або за умови впевненості, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступного менструального циклу.

Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення КІК необхідно здійснити у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

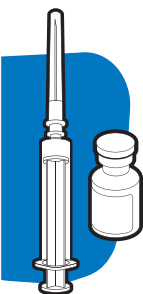
У разі відмови від використання негормональних методів контрацепції (включаючи ВМК) першу ін'єкцію КІК можна зробити негайно після припинення використання методу або в будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.

У разі відмови від ВМК (включаючи ВМК, що містять левоноргестрел) введення КІК можна починати в один з 7 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні якогось іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалена протягом цього періоду. Якщо використання КІК починається у будь-який інший час:

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки і від початку менструації минуло більше 7 днів, то в цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не жила статевим життям, і від початку менструації минуло понад 7 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом наступ-



них 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий засіб, то його потрібно видалити під час наступного менструального циклу.



ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ

Рекомендований інтервал між ін'єкціями КІК становить 4 тижні.

Якщо за якихось обставин дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями КІК неможливе, допускається зробити ін'єкцію на 1-7 днів раніше або на 1-7 днів пізніше графіка. Однак у цьому випадку можливе порушення менструального циклу.

Якщо термін введення перевищує 7 днів, ін'єкція може бути проведена за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому разі рекомендовано протягом подальших 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Приходьте у клініку на ін'єкцію щомісяця.

Якщо у вас не було 2 чи більше менструацій, вам варто звернутися до лікаря для перевірки на вагітність.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- Перевірте пацієнтку на вагітність.
- Якщо вона не вагітна, поясніть, що менструація відсутня швидше за все через зменшення товщини ендометрію. Жодного лікування не потрібно, лише консультування і порада. Порадьте пацієнтці звернутися до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати, або допоможіть їй вибрати інший метод.
- У випадку маткової вагітності поясніть пацієнтці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, припиніть ін'єкції і заспокойте жінку, що невеликі дози естрогену і прогестагену в КІК не завдають шкоди плоду.

Нудота/запаморочення/блювання:

- Поясніть, що симптоми, зазвичай, проходять після перших 3 ін'єкцій.

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Поясніть жінці, що використання КІК може супроводжуватись появою нерегулярних кров'янистих, мажучих виділень, що не є серйозною проблемою і, зазвичай, не потребує лікування. У більшості жінок ці явища стають менш вираженими чи повністю зникають через декілька місяців.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не минає і вона хоче продовжувати використовувати КІК можна призначити ібупрофен (по 800 мг 3 рази на день протягом 5 днів) або інший нестероїдний протизапальний препарат, але не аспірин.

Вагінальна кровотеча (кількість втраченої крові перевищує звичайну в 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):

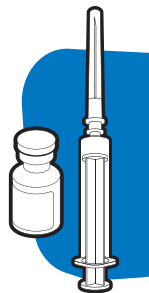
- Поясніть, що збільшення менструальної крововтрати, може бути перші 3 місяці використання КІК, а потім крововтрата зменшується.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не минає і вона хоче продовжувати використовувати КІК можна призначити ібупрофен (по 800 мг 3 рази на день протягом 5 днів) або інший нестероїдний протизапальний препарат, але не аспірин.
- Якщо цей стан турбує жінку, допоможіть вибрати інший метод.
- Якщо подібні кровотечі повторюються або з'являються після серії звичайних менструальних циклів слід проаналізувати можливі причини, не пов'язані із застосуванням КІК.

Підвищення артеріального тиску ($\geq 160/100$):

- У разі появи тривожних симптомів (головні болі, болі у грудях, помутиння зору) або АТ $\geq 160/100$ використання методу повинно бути припинено.
- Допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильний головний біль або помутиння зору.
- Сильний біль у нижніх кінцівках.
- Повна відсутність будь-яких кров'янистих виділень протягом 7 днів перед наступною ін'єкцією, що може бути ознакою вагітності.



ІМПЛАНТАТИ

Імпланти – невеликі пластикові стержні чи капсули, що за розміром нагадують сірник, і які вводяться підшкірно та вивільняють прогестаген.



ТИПИ

Імпланон – один стержень, що містить 68 мг етоногестрелу (активний метаболіт дезогестрелу), довжиною 4 см, діаметром 2 мм, запобігає вагітності протягом 3 років.

Норплант – шість тонких гнучких капсул довжиною 3,4 см і діаметром 2,4 мм, загалом містять 216 мг левоноргестрелу (ЛНГ), імплантуються жінці під шкіру передпліччя. Один набір капсул Норпланта може запобігати вагітності протягом 5 років.

Джадель (у минулому відомий як Норплант-2) – два стержні довжиною 4,3 см і діаметром 2,5 мм, кожен з яких містить по 75 мг левоноргестрелу, загалом - 150 мг левоноргестрелу, запобігає вагітності протягом 5 років.

Сино-Імплант (II), аналог Джадель, імплантат китайського виробництва, також відомий як Фемплант, Траст Імплант або Зарин – два стержні, що загалом містять 150 мг левоноргестрелу, запобігає вагітності протягом 4 років.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- пригнічують овуляцію.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Імпланти не містять естрогенів, що робить їх прийнятними для жінок, які мають протипоказання до використання естрогенів та жінкам, які годують грудьми.

Контрацептивна дія імплантів починається одразу після введення імплантату і продовжується до його вилучення.

Імплантат можна вилучити за бажанням пацієнтки. Фертильність відновлюється одразу після припинення використання методу.

Імпланти не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно поряд з імплантами використовувати презервативи.

Певні лікарські препарати можуть знизити ефективність імплантів, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використання будь-яких нових ліків.

Лікар, який вводить імплантат, повинен видати талончик, на якому будуть вказані дата введення імплантату і назва клініки, де це було здійснено.

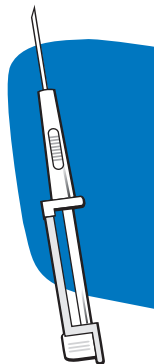
Слід пам'ятати, що у жінок з надлишковою масою тіла проти-заплідний ефект Джадель, Сино-Імпланта (II) і Норпланта починає знижуватися раніше у порівнянні з іншими жінками:

- Жінкам з надлишковою масою тіла рекомендується проводити заміну імплантів раніше, ніж це передбачено номінальними характеристиками цього виду контрацептиву (див. питання та відповіді).
- Якщо жінка важить 80 і більше кг, то протизаплідний ефект Джадель, Сино-Імпланта (II) і Норпланта починає знижуватися через 4 роки.
- Якщо жінка важить від 70 до 79 кг, то протизаплідний ефект Норпланта починає знижуватися через 5 років (ВООЗ, 2011).

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,05 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність (< 24 години);
- тривалий період дії (3-5 років) при зворотності методу;
- не обов'язково проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання методу;
- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодовування. Може використовуватися через 6 тижнів після пологів;
- негайне повернення фертильності після видалення капсул;
- мало побічних ефектів;
- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;
- пацієнтці не потрібно кожного дня приймати таблетки або час-то робити ін'єкції;



- капсули не містять естрогену.

Неконтрацептивні:

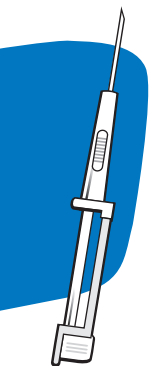
- сприяють зменшенню менструального болю;
- сприяють зменшенню менструальних виділень і як наслідок анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- зменшують ризик ектопічної вагітності.

НЕДОЛІКИ

- жінка повинна звернутися до лікаря для введення нових капсул або видалення старих;
- потрібен спеціально підготовлений медичний спеціаліст для введення та видалення капсул;
- можливі побічні ефекти;
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ІМПЛАНТАТИ

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які потребують довготривалого контрацептивного захисту;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- матері, які годують (6 або більше тижнів після пологів) або не годують грудьми;
- жінки після аборту;
- жінки, які курять (незалежно від віку і кількості сигарет, які вкурюють щодня);
- жінки з АТ < 160/100, порушеннями згортання крові або серповидно-клітинною анемією;
- жінки з варикозом вен;
- жінки з ураженням клапанів серця;
- жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендовано методи контрацепції, що містять естроген;



- жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ІМПЛАНТАТИ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з незрозумілими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не можуть переносити ніяких змін у характері менструальних кровотеч;
- жінки, які мали рак молочної залози у минулому або мають у даний час.

ВИКОРИСТАННЯ ІМПЛАНТАТІВ

У будь-який з 7 днів (5 днів для Імпланону) після початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна, то в будь-який день менструального циклу. Якщо введення імплантату проводиться після 7 днів (5 днів для Імпланону) від початку менструації, то рекомендується утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

Після пологів:

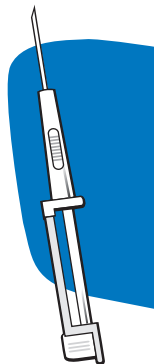
- одразу, якщо не годує грудьми;
- через 6 тижнів, якщо вона годує грудьми, але не використовує МЛА;
- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА.

Після аборту:

Одразу чи в один з наступних 7 днів. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

У разі переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на імплантат введення можна проводити одразу після відміни, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступного менструального циклу.

Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення імплантату необхідно здійснити



у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

У разі відміни використання негормональних методів контрацепції (за виключенням ВМК) введення імплантату можна провести негайно після припинення використання методу або у будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.

У разі відміни використання ВМК (включаючи ВМС, що містять левоноргестрел) введення імплантату проводять в один з 7 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалена протягом цього періоду. Якщо використання імплантату починається у будь-який інший час:

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки, і від початку менструації минуло понад 7 днів, то у цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків, і від початку менструації минуло більше 7 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий засіб, то його потрібно видалити під час наступного менструального циклу.

ВВЕДЕННЯ/ВИДАЛЕННЯ ІМПЛАНТАТІВ

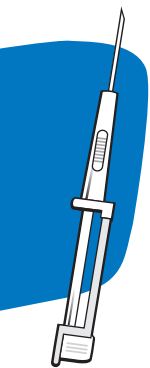
Введення

Перед введенням переконайтесь, що жінка зрозуміла такі моменти:

- можливі зміни характеру менструальної кровотечі;
- побічні ефекти і стани, що вимагають звернення до лікаря;
- важливість видалення імплантату після завершення терміну дії.

Введення імплантатів виконується за допомогою троакара для розміщення імплантатів під шкірою. Імплантати вводять підшкірно через маленькі надрізи. Розташовують як віяло, розкриті в сторону плеча (для Норпланта). Імплантон вводиться за допомогою спеціального аплікатора, що нагадує за формою шприц і потребує надрізів на шкірі.

1. Спеціаліст, який вводить імплантати, дотримується відповідних інструкцій щодо профілактики інфекцій.

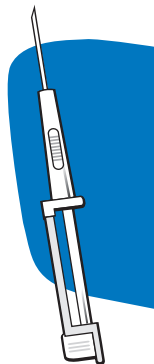


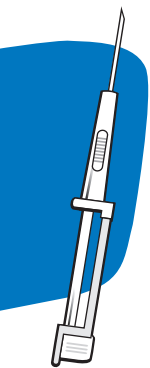
2. Передпліччя пацієнтки обробіть антисептичним розчином, обмежте операційне поле стерильною серветкою.
3. Наберіть в одноразовий шприц 3-4 мл місцевого анестетику. Виконайте знеболення операційної ділянки, спочатку встромивши голку під шкіру і ввівши невелику кількість анестетику. Потім поворотом голки необхідно знеболити ділянку введення імплантату довжиною 4-4,5 см.
4. Відкрийте стерильний пакет імплантату.
5. За допомогою скальпеля зробіть маленький розріз шкіри (довжиною приблизно 2 мм).
6. Візьміть троакар з двома відмітками. Перша позначка – біля центру і вказує на глибину підшкірного розташування троакара до введення імплантату. Друга позначка – біля кінчика і вказує на довжину тієї частини троакара, яка залишається під шкірою після введення кожного імплантату. Введіть кінчик троакара через підшкірний розріз.
7. Після введення троакара його необхідно спрямувати уверх в сторону шкіри для підтримки імплантатів у поверхневих шарах. Обережно просувайте троакар під шкірою до першої позначки біля центру троакара. Зараз кінчик троакара перебуває приблизно на відстані 4-4,5 см від розрізу. Вводьте троакар без зусиль і у випадку опору попробуйте інший напрямок.
8. Коли троакар введено на необхідну відстань, помістіть в нього імплантат за допомогою стерильного пінцета.
9. Обережно проштовхніть імплантат у напрямку до кінчика троакара за допомогою поршня до виникнення опору.
10. Нерухомо утримуйте поршень і витягніть назад троакар уздовж нього до зіткнення з рукояткою поршня.
11. Імплантат розміщено підшкірно, якщо у розрізі видно позначку біля кінчика троакара. Це можна перевірити пальпацією. Важливо нерухомо утримувати поршень і не проштовхувати імплантат глибоко у тканину.
12. Після введення імплантату наблизьте краї рани і закрийте розріз пластиром. Зашивати розріз непотрібно.
13. Накрийте ділянку розрізу стерильною пов'язкою.

Видалення

Показання для видалення імплантата:

- Бажання жінки.





- Вагітність: імплантат видаляється одразу після підтвердження факту вагітності.
 - Медичні:
 - значна кровотеча;
 - сильний головний біль, що повторюється чи мігрень, що виникла;
 - симптоми гострого захворювання печінки;
 - інфекція на місці введення імплантату, що не піддається лікуванню.
 - Завершення терміну дії імплантату.
1. Визначте розташування імплантату за допомогою пальпації, позначаючи місце перебування ручкою. Введіть невелику кількість місцевого анестетику під проксимальний кінець імплантату.
 2. Скальпелем зробіть розріз довжиною 4 мм ближче до кінців імплантатів.
 3. Обережно проштовхніть імплантат до розрізу за допомогою пальців. Під час появи кінчика імплантату у рані захопіть його затискачем. Дуже обережно відкрийте тканинну капсулу навколо імплантату за допомогою скальпеля.
 4. Видаліть імплантат з рани за допомогою іншого затискача.
 5. Видалення імплантатів необхідно проводити дуже обережно, ця процедура займає більше часу, ніж введення. Якщо видалення деяких імплантатів утруднене, і у пацієнтки є можливість прийти іншого разу, то припиніть процедуру. Якщо пацієнтка бажає продовжити застосування методу, то новий набір імплантатів можна ввести через той же розріз, але у протилежну сторону.
 6. Після процедури рану закривають і накладають пов'язку так, як і під час введення.

ХТО МОЖЕ ВВОДИТИ ТА ВИДАЛЯТИ ІМПЛАНТАТИ

Лікарі, які пройшли спеціальну підготовку.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Післяопераційний догляд за раною вдома

Тримайте зону сухою і чистою протягом 4 днів. Через намокання під час миття рана може інфікуватися.

Залишіть тугу пов'язку на 48 годин, а пластр – до загоєння розрізу (зазвичай 5 днів).

Наявність на місці розрізу синця, набряку чи затвердіння протягом перших кількох днів є нормальним явищем.

Можете відразу поновити свою щоденну роботу. Уникайте ударів у зону розрізів, не піднімайте важкого і не тисніть надмірно на рану.

Після загоєння зону можна мити і торкатися зі звичайним натисканням.

Повторний візит

Якщо проблеми відсутні, й пацієнтка не бажає вилучати капсули то, повторний візит має бути після завершення терміну використання імплантату. Водночас усім пацієнткам наполегливо рекомендовано приходити у клініку для регулярного профілактичного гінекологічного огляду.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання. Мають доволі поширений характер, однак у деяких користувачів можуть бути відсутні. У більшості випадків, побічні ефекти стають менш вираженими чи повністю зникають протягом першого року використання імплантату.

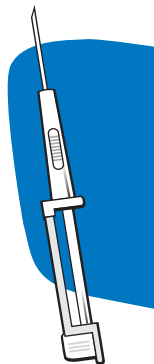
Поява побічних ефектів знижує задоволеність жінки цим методом контрацепції і може призвести до відмови від його подальшого використання. Такі ситуації потребують прийняття відповідних заходів. Якщо жінка повідомляє про виникнення будь-яких побічних ефектів чи проблем при використанні контрацептиву, необхідно уважно її вислухати, допомогти порадою чи призначити лікування.

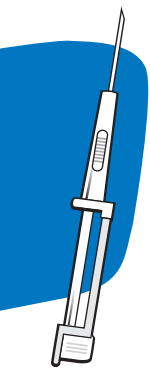
Якщо неможливо усунути побічні ефекти і жінка незадоволена використанням методу, варто запропонувати їй вибрати інший метод контрацепції, використання якого вона може почати одразу.

Побічні ефекти:

Нерегулярні кров'янисті/мажучі виділення:

- Якщо причину не знайдено, і вагітність відсутня, поясніть жінці, що кровотеча/мажучі виділення не є серйозною проблемою і можуть спостерігатись у багатьох жінок, які використовують імплантати, не наносять шкоди здоров'ю і не потребують лікування.





- У більшості жінок нерегулярні кров'янисті/мажучі виділення зазвичай стають менш вираженими чи зникають зовсім через 12 місяців після введення імплантату.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, вона хоче продовжувати використовувати імплантати деяке покращення стану досягається призначенням:
 - ібупрофену (до 800 мг 3 рази на день після прийому їжі протягом 5 днів) чи мефенамінової кислоти (по 500 мг 3 рази на день після прийому їжі протягом 5 днів);
 - циклу монофазних КОК (30-35 мкг ЕЕ) по 1 таблетці в день протягом 21 дня, починаючи з моменту появи кровотечі. Не забудьте попередити пацієнтку, що менструальна кровотеча повинна початися протягом тижня після завершення курсу КОК.
- У випадку значної кровотечі призначте по 2 таблетки монофазних КОК на день до кінця цього циклу (не менше 3-7 днів), а потім ще один цикл монофазних КОК.

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, вимагається тільки консультування. Постійна невелика дія прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних виділень, а у деяких жінок і до повного їхнього припинення. Порадьте жінці знову звернутися до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати.
- Не намагайтеся викликати менструальну кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК), у цьому немає необхідності.
- У випадку маткової вагітності поясніть жінці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, вилучіть імплантати і заспокойте жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.
- При підозрі на ектопічну вагітність терміново направте жінку на повне обстеження.

Головний біль (не мігреноподібний):

- Призначте ібупрофен (200-400 мг), парацетамол (325-1000 мг) чи інший знеболюючий препарат.
- Головний біль, що посилюється чи виникає частіше при використанні імплантатів є показанням для додаткового обстеження жінки відповідним спеціалістом.

Збільшення чи втрата маси тіла (зміна апетиту):

- Поясніть жінці, що коливання маси тіла в 1-2 кг є звичайним явищем під час використання імплантатів.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Причина виникнення таких станів може дійсно полягати у застосуванні методу, але може і не мати до нього ніякого відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології (поява таких кровотеч може вказувати на стан, не пов'язаний з використанням імплантату):

- Оцініть стан жінки за результатами анамнезу та гінекологічного обстеження. У разі необхідності призначте додаткове обстеження та необхідне лікування. Якщо визначити причину кровотечі одразу неможливо, то у цьому випадку варто відмінити метод, щоб виключити побічний ефект та полегшити постановку діагнозу.
- Можна рекомендувати жінці інший метод контрацепції (за виключенням ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду та ВМК), який вона може використовувати до завершення діагностики та лікування.
- Якщо причина кровотечі пов'язана з ІПСШ чи запальним захворюванням органів малого тазу, жінка може продовжити використання імплантату під час лікування.

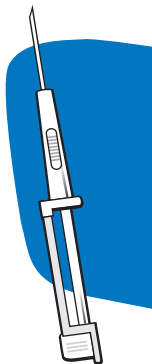
Проблеми:

Частковий вихід капсули:

- Вилучіть частково витіснену(-ні) капсулу(-ли). Перевірте, чи на місці інші капсули (для Норпланта).
- Якщо зона введення не інфікована (немає почервоніння, болю, жару), замініть капсулу(-ли).
- Якщо зону введення інфіковано, вилучіть капсули, що залишилися, і введіть новий комплект на другій руці або допоможіть жінці вибрати інший метод.

Інфекція у місці введення:

- У випадку інфекції (але не абсцесу) обробіть зону введення дезінфікуючим розчином і призначте відповідний антибіотик на 7 днів.



- Не вилучайте капсулу! Запросіть пацієнтку прийти через 1 тиждень. Якщо покращення не буде, вилучіть капсулу і введіть новий імплантат на другій руці або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі у нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша або в 2 рази більша за обсягом, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця введення капсул.
- Відторгнення капсул.
- Мігрєні (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

ІМПЛАНТАТИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

1. Чи потрібний диспансерний нагляд при використанні імплантатів?

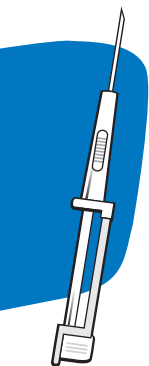
Ні, не потрібний. Хоча щорічні відвідування кабінету спеціаліста з ПС можуть бути корисними для профілактики тих чи інших захворювань. Тим не менше, жінка повинна знати, що вона може у будь-який момент прийти на повторний візит при виникненні у неї тих чи інших питань, пов'язаних із застосуванням методу.

2. Чи дозволяється використання імплантатів протягом невизначено довгого часу?

Використання імплантатів по завершенню визначеного терміну дії не рекомендується. Самі по собі, імплантати не становлять жодної загрози для здоров'я, однак в міру того, як зменшується кількість гормонів, що вивільняються з імплантату, їх контрацептивний ефект також знижується.

3. Чи можуть імплантати викликати розвиток злоякісних пухлин?

Ні. Результати проведених досліджень не дають будь-яких доказів про підвищення ризику розвитку злоякісних пухлин при використанні імплантатів.



4. Як довго відновлюється здатність до зачаття після видалення імплантатів?

Після видалення імплантатів жінка може завагітніти так само швидко, як і жінка, яка використовувала негормональний метод контрацепції. Імплантати не мають залишкового контрацептивного ефекту після їх видалення. Як правило, після відміни методу характер менструальних кровотеч, що спостерігався у жінки до введення імплантатів, відновлюється. У деяких випадках відновлення звичного менструального циклу може зайняти кілька місяців.

5. Чи можуть імплантати викликати порушення внутрішньоутробного розвитку плода? Чи виникає небезпека для плода у випадку настання вагітності у період використання імплантатів?

Ні. Результати досліджень свідчать про те, що імплантати не викликають порушень внутрішньоутробного розвитку плода і не становлять для нього будь-якої небезпеки у випадку, якщо жінка завагітніє у період використання імплантатів або їй випадково буде введено імплантат, коли вона вже буде вагітна.

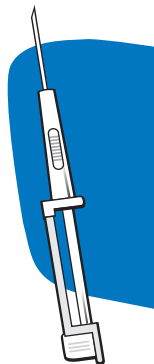
6. Чи можуть імплантати мігрувати всередині тіла жінки чи виходити з місця введення (плеча)?

Імплантати не можуть мігрувати всередині тіла жінки. Імплантати залишаються зафіксованими у місці їх введення до того моменту, коли вони будуть видалені. В рідкісних випадках можливе відторгнення імплантатів (як правило, протягом перших 4 місяців після введення). Зазвичай це відбувається через невдале введення імплантатів чи інфікування місця введення.

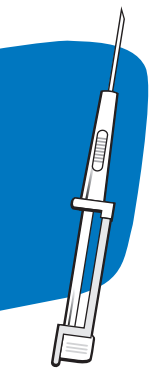
Процес відторгнення фіксується візуально самою жінкою. Інколи виходження імплантатів супроводжується різкою зміною характеру вагінальних кровотеч. При появі ознак відторгнення імплантату жінці слід почати застосування допоміжного методу контрацепції і негайно прийти на прийом до спеціаліста.

7. Чи пов'язане використання імплантатів з підвищеним ризиком настання позаматкової вагітності?

Ні. Навпаки, використання імплантатів значно знижує ризик позаматкової вагітності. Позаматкова вагітність належить до вкрай рідкісних явищ серед жінок, які користуються імплантатами. На 100 тис. користувачів припадає 6 випадків позаматкової вагітності (в рік). У США на кожні 100 тис. жінок, які не користуються жодним методом контрацепції припадає 650 випадків позаматкової вагіт-



ності. У тих рідкісних випадках, коли непланована вагітність все ж таки настає, не дивлячись на використання імплантів, на 100 жінок, які завагітніли, припадає від 10 до 17 випадків позаматкової вагітності. Тим не менше, не слід забувати, що позаматкова вагітність становить безумовну загрозу для життя жінки, і, відповідно, ставитися серйозно до можливості настання позаматкової вагітності у випадку невдачі контрацептивного ефекту при використанні імплантів.



8. Чи слід уникати застосування імплантів при надлишковій масі тіла?

Ні. Тим не менше, слід враховувати, що надлишкова маса тіла потребує заміни імплантів типу Джадель чи Норплант раніше звичайного терміну з метою забезпечення гарантованого захисту від непланованої вагітності. Вивчення тривалості контрацептивного ефекту імплантату Норплант дозволило встановити, що на шостому році застосування цього засобу у жінок вагою 70-79 кг непланована вагітність наставала у 2 випадках із 100. Відповідно, при такій масі тіла рекомендується поновлювати імпланти по завершенню 5 років після їх введення.

Серед користувачів Норплант та Джадель, які мають масу тіла 80 і більше кг, непланована вагітність на 5-му році використання імплантів наступала у 6 випадках із 100. Відповідно, при такій масі тіла рекомендується замінювати імпланти по завершенню 4 років після їх введення. У випадку із засобом Імпланон, зниження контрацептивного ефекту під впливом надлишкової маси тіла в межах номінального терміну служби не встановлено.

9. Що слід робити у випадку виявлення оваріальної кісти у жінки, яка використовує імпланти?

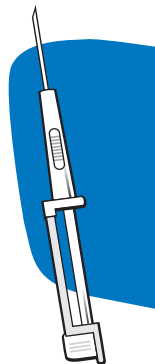
Переважаюча більшість кіст належить до типу несправжніх оваріальних кіст і фактично є наповненими рідиною утвореннями в тілі яєчників (фолікули), які збільшуються до незвичайно великих розмірів у процесі звичайного менструального циклу. Збільшені фолікулярні утворення яєчників можуть бути причиною незначного болю у животі і потребувати лікування лише у випадку надмірного збільшення, перекручування ніжки чи розриву. Як правило, фолікули піддаються самостійній інволюції без спеціального лікування.

10. Чи може жінка приступати до своїх щоденних обов'язків невдовзі після введення імплантатів?

Так, жінка може приступити до виконання своїх щоденних обов'язків, при умові, що вона буде оберегати місце введення від пошкоджень чи попадання води.

11. Чи необхідно проводити гінекологічний огляд перед введенням імплантатів?

Ні. Достатньо поставити ряд відповідних запитань, які допоможуть встановити з переконливим ступенем вірогідності, що жінка не вагітна. Жоден із медичних станів, який може бути діагностований шляхом гінекологічного огляду, не виключає можливості використання імплантатів.

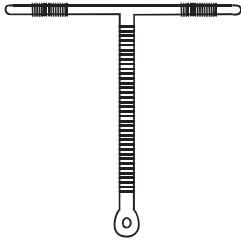
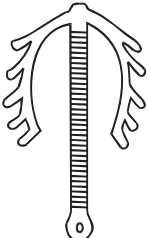


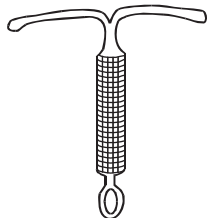
ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

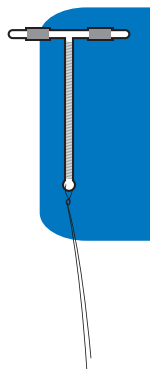
Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) – представляє собою невелику гнучку рамку із пластику з мідними гільзами чи обмоткою з мідного дроту або з визначеною кількістю прогестагену (левоноргестрелу), що вивільняється щоденно у порожнину матки.

Пристрій виготовляється з поліетилену з додаванням сульфату барію, що забезпечує можливість отримати зображення під час рентгенівського обстеження.

ТИПИ

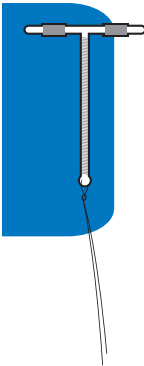
ВМК, які містять мідь (мідні):	
Copper T:	
<i>T Cu-380A</i> <i>T Cu-380Ag</i> <i>T Cu-380S</i> Рекомендований термін використання: T Cu-380A – 10 років T Cu-380Ag – 5 років T Cu-380S – 5 років	
<i>T Cu-200</i> <i>T Cu-200B</i> <i>T Cu-200Ag</i> Рекомендований термін використання: 3 роки	
Multiload:	
<i>ML Cu-250</i> <i>ML Cu -375</i> Рекомендований термін використання: ML Cu-250 – 3 роки ML Cu -375– 5 років	

<i>Nova T</i> Рекомендований термін використання: 3 роки	
ВМК, які містять прогестаген (прогестагенові):	
<i>Progestasert®</i> Містить 38 мг прогестерону, виділяє його зі швидкістю 10 мкг/24 години протягом 1 року. Рекомендований термін використання: до 18 місяців	
<i>Mirena®</i> У порожнину матки щоденно виділяється невелика кількість левоноргестрелу (20 мкг на добу). Рекомендований термін використання: 5 років	



ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЩО МІСТЯТЬ МІДЬ

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- 
- впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки;
 - впливають на перистальтику маткових труб;
 - викликають відповідну реакцію ендометрію на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Контрацептивна дія ВМК починається негайно.

Можлива самовільна експульсія ВМК з матки, особливо у перші кілька місяців після введення.

У перші кілька днів після введення можливі кров'яністі виділення або невелика кровотеча.

Менструації зазвичай стають більш тривалими та значними (під час використання мідних ВМК) або більш короткими та мізерними (під час використання прогестагенових ВМК).

Вилучення ВМК можливе у будь-який час за бажанням пацієнтки.

Лікар повинен сказати пацієнтці, який тип ВМК їй встановлено і коли його потрібно вилучити, а також дати їй картку з цією інформацією.

ВМК не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хто-небудь з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи разом з ВМК.

Термін використання ВМК визначається типом ВМК і зазначається виробником на вкладиші всередині упаковки.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,6 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання ВМК, що містять мідь);
- метод ефективний відразу після введення;
- довготривале попередження непланованої вагітності;
- метод не пов'язаний безпосередньо зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодовування;

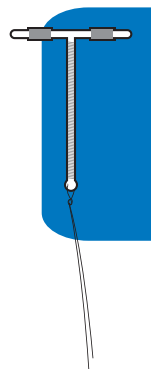
- негайне повернення фертильності після вилучення ВМК;
- мало побічних ефектів;
- ВМК не взаємодіють з будь-якими медикаментами;
- крім візиту після введення ВМК, пацієнтці потрібно звертатися до лікаря тільки у разі виникнення проблем та для щорічних оглядів на загальних підставах;
- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;
- недороговартісний метод (ВМК Correg T 380 A).

НЕДОЛІКИ

- перед введенням ВМК необхідно провести гінекологічний огляд пацієнтки та рекомендовано оцінити ризик зараження ІПСШ;
- обов'язкова наявність підготовленого медичного спеціаліста для введення і вилучення ВМК;
- жінка повинна перевіряти нитки ВМК після менструації, якщо вона супроводжувалася болями та спазмами;
- жінка не може сама припинити використання методу;
- посилення менструальних кровотеч і болів у перші кілька місяців (лише для мідних ВМК);
- можлива спонтанна експульсія ВМК;
- дуже рідко (< 1/1000 випадків) трапляється перфорація матки під час введення ВМК;
- можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку ЗЗОМТ з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІПСШ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які бажають мати вискоєфективний довготривалий захист від вагітності;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після абортів, які не мають ознак інфекції органів малого тазу;



- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання контрацептивних таблеток;
- жінки старші 35 років, які курять;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігренями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з незрозумілими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з інфекцією статевих шляхів (вагініт, цервіцит);
- жінки, які нещодавно (протягом 3 місяців) перенесли ЗЗОМТ чи септичний аборт;
- жінки з вродженими аномаліями матки або доброякісними пухлинами (фіброміомами) матки, які значно деформують її порожнину;
- жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі;
- жінки, у яких діагностовано злоякісну трофобластичну пухлину;
- жінки із діагностованим тазовим туберкульозом;
- жінки, які мають рак статевих органів (ендометрію, яєчників, шийки матки);
- жінки, які мають ризик зараження ІПСШ (мають більше одного статевого партнера або їх партнер має більше одного статевого партнера).

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ ІПСШ

Наявність гонореї і хламідіозу є протипоказанням до введення ВМК. Введення ВМК при наявності однієї з цих інфекцій підвищує ризик розвитку ЗЗОМТ. При відсутності клінічних ознак та симптомів і без попереднього лабораторного обстеження, єдиною вказівкою на можливе носійство ІПСШ може бути характерна модель поведінки конкретної жінки чи обставини її особистого життя, що відносять її до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ. Якщо ця жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, то введення ВМК протипоказане.

Навпаки, якщо обставини життя жінки, яка використовує ВМК, раптово змінюються, і жінка попадає до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, то у цьому випадку вона може продовжити використовувати ВМК з одночасним лікуванням у разі необхідності.

Спеціаліст може проаналізувати разом із жінкою її сексуальну поведінку і обставини, які можуть піддавати жінок підвищеному ризику зараження ІПСШ.

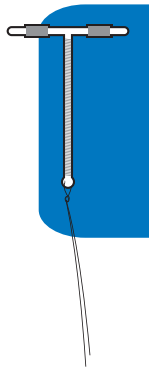
Етапи бесіди:

- Повідомте жінці, що приналежність до групи підвищеного ризику щодо деяких ІПСШ є протипоказанням до використання ВМК.
- Запропонуйте жінці самостійно визначити рівень ризику щодо ІПСШ, якому вона піддається на основі визначених обставин.

Обставини, які можуть вказувати на приналежність цієї жінки до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, такі:

- у жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевго партнера жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевго партнера жінки спостерігаються симптоми ІПСШ, включаючи гнійні виділення з уретри, болючість чи печіння під час сечовипускання чи відкриті виразки на шкірі статевих органів;
- жінці чи її статевому партнеру нещодавно поставили діагноз ІПСШ.
- Якщо жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, допоможіть їй обрати альтернативний метод контрацепції.

Якщо жінка, яка входить до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, наполягає на встановленні ВМК, і є умови



для проведення достовірних лабораторних тестів, ВМК може бути введений на основі негативних результатів лабораторних аналізів. При отриманні позитивних результатів лабораторного обстеження ВМК може бути введений по завершенню відповідного курсу лікування, при умові, що жінка не піддається ризику повторного інфікування на момент введення ВМК.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВМК

ВМК, що містять мідь

Якщо менструальний цикл регулярний, введення ВМК можливе **протягом 12 днів після початку менструації** у будь-який зручний для жінки час (не лише у період менструальної кровотечі). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

Введення ВМК можливе **у будь-який час менструального циклу**, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.

Після пологів введення ВМК допускається якщо:

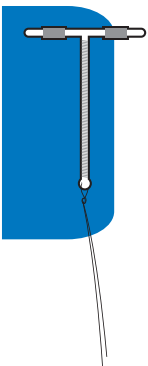
- після пологів минуло менше 48 годин;
- після пологів минуло 4 і більше тижнів;

Якщо після пологів пройшло від 48 годин до 4 тижнів, то введення ВМК не рекомендується, за виключенням тих випадків, коли застосування більш прийнятних засобів контрацепції з тих чи інших причин є неможливим або неприйнятним.

Після аборту ВМК може вводитися одразу, якщо введення проводиться протягом 12 днів після здійснення аборту в 1 чи 2 триместрі, і якщо немає ознак інфекції. Потреби у додатковому методі контрацепції немає. Якщо пройшло більше 12 днів після аборту і ознаки інфекції відсутні, введення можна проводити у будь-який час за умови, що точно відомо, що жінка не вагітна. Потреби у додатковому методі контрацепції немає. Введення ВМК після переривання вагітності у 2-му триместрі потребує спеціальних навичок. Якщо лікар не має цих навичок, то введення ВМК потрібно відкласти коли після аборту чи викидня мине 4 і більше тижнів.

У разі відмови від іншого методу контрацепції:

ВМК може вводитися відразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструальної кровотечі та використовувати допоміжний метод контрацепції. Якщо використовувались ін'єкційні контрацептиви,



то ВМК можна ввести у день ін'єкції. При цьому немає необхідності використовувати допоміжний метод контрацепції.

КОК, ПТП, ін'єкційні контрацептиви, гормональний пластир, вагінальне кільце, імпланти:

Якщо жінка починає використовувати інший метод у перші 7 днів менструального циклу (перші 5 днів для КОК і ПТП), можна видалити ВМК одразу після прийому першої дози гормонального контрацептиву. При цьому немає необхідності у застосуванні допоміжного методу контрацепції.

Якщо жінка починає використовувати інший метод після перших 7 днів від початку менструального циклу (після перших 5 днів для КОК і ПТП), і вона мала статевий контакт у період після закінчення менструації, рекомендовано продовжити використання ВМК до початку наступного менструального циклу.

Якщо жінка починає використовувати інший метод після перших 7 днів від початку менструального циклу (після перших 5 днів для КОК і ПТП), і у період після закінчення менструації у неї не було статевого контакту, ВМК може бути залишений до початку наступного менструального циклу або видалений – у цьому разі рекомендовано використовувати допоміжний метод контрацепції протягом наступних 7 днів (2 дні для ПТП).

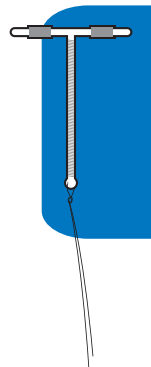
Жіноча ДХС:

У разі проведення ДХС у перші 7 днів від початку менструального циклу, необхідно видалити ВМК перед операцією. При цьому немає необхідності у застосуванні допоміжного методу контрацепції.

ВВЕДЕННЯ / ВИДАЛЕННЯ ВМК

Підготовка до введення ВМК

1. Розкажіть пацієнтці, як буде здійснюватися маніпуляція, і дайте відповідь на запитання, які у неї виникли.
2. Забезпечте освітлення, достатнє для того, щоб бачити шийку матки.
3. Ретельно вимийте руки водою з милом і витріть їх одноразовим паперовим рушником.
4. Проведіть пальпацію живота для виявлення болючості або утворень, особливо у надлобковій області.
5. Огляньте зовнішні статеві органи.
6. Надягніть на обидві руки нові одноразові рукавички.



7. Підготуйте інструменти й матеріали на стерильній поверхні чи у контейнері.
8. Введіть гінекологічне дзеркало.
9. Огляд пацієнтки за допомогою гінекологічного дзеркала:
 - визначте, чи є якісь ушкодження піхви або патологічні піхвові виділення;
 - огляньте шийку матки й уретру.
10. Обережно виведіть дзеркало й покладіть його на піднос або в контейнер з інструментами.
11. Проведіть бімануальне обстеження:
 - визначте, чи є болючість під час руху шийки матки;
 - визначте розмір, форму й положення матки;
 - перевірте на наявність вагітності;
 - пропальпуйте додатки на наявність болючості, запального процесу або пухлинних утворень.
12. Проведіть ректопіхвове обстеження (якщо є показання):
 - визначіть розмір матки у ретроверзії (відхиленої назад),
 - перевірте на наявність будь-якої патології.
13. Поінформуйте жінку, що буде зроблено, і спонукайте її ставити запитання та давати відповіді на них.

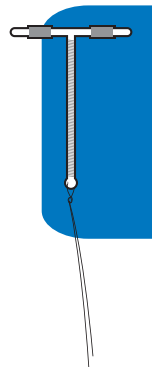
Безконтактний спосіб введення ВМК

Підготуйте ВМК до введення у стерильному пакеті:

- частково відкрийте вільну від ВМК частину пакета й відгорніть його кінці у різні боки;
- введіть білий стержень (плунжер) в аплікатор;
- покладіть пакет на плоску поверхню;
- підсуньте ідентифікаційну картку під плічка (горизонтальні частини) Т-подібного ВМК;
- притримуючи кінці плічок ВМК пальцями, що знаходяться ззовні пакета, просувajte аплікатор уперед так, щоб ці плічка стали згинатися донизу;
- коли складені плічка ВМК торкнуться стінок аплікатора, ледве висуньте його з-під їхніх кінців, продовжуючи притримувати плічка пальцями ззовні пакета;
- підніміть кінець аплікатора й захопіть ним кінці плічок спіралі, для цього обережно повертаючи й просуваючи його вперед.

Введення ВМК (Copper T 380A)

1. Надягніть нові одноразові рукавички на обидві руки.
2. Уведіть гінекологічне дзеркало для візуалізації шийки матки.
3. Протріть шийку (особливо вічко) і піхву антисептиком два рази.
4. Обережно захопіть шийку матки пульовими щипцями.
5. Не торкаючись бокових стінок піхви або дзеркала, одним рухом обережно введіть матковий зонд через цервікальний канал у порожнину матки.
6. Визначте довжину порожнини матки й положення матки; витягніть зонд.
7. Візьміть пакет із заправленим ВМК і встановіть глибинний обмежувач на необхідну довжину, не виймаючи при цьому ВМК зі стерильного пакета, а потім повністю відкрийте пакет.
8. Вийміть аплікатор із заправленим у нього ВМК зі стерильного пакету, не торкаючись нестерильних поверхонь; будьте обережні, щоб випадково не виштовхнути ВМК білим стержнем.
9. Обережно введіть завантажений аплікатор через цервікальний канал, тримаючи його так, щоб глибинний обмежувач перебував у горизонтальному положенні; введіть його до тих пір, поки він не торкнеться шийки матки або не відчується опір.
10. Візьміть пульові щипці й білий стержень твердо однією рукою, іншою рукою потягніть аплікатор на себе, поки він не торкнеться великого пальця руки, що тримає білий стержень, цим самим визволяючи плічка ВМК (технологія „витягування”).
11. Витягніть білий стержень і обережно просуньте аплікатор вперед, поки не відчуєте легкий опір.
12. Частково витягніть аплікатор і обріжте нитки ВМК, залишивши їх довжиною 3-4 см.
13. Повністю витягніть аплікатор.
14. Обережно зніміть пульові щипці.
15. Огляньте шийку матки; якщо є кровотеча у місці накладання щипців, прикладіть стерильний шматочок вати або марлі на місце, що кровоточить, і злегка натисніть та потримайте протягом 30-60 секунд.
16. Обережно витягніть дзеркало.
17. Ретельно вимийте руки водою з милом.
18. Зробіть запис у медичній документації пацієнтки.



19. Утилізуйте відходи після введення та видалення ВМК (використані марля, вата, одноразові рукавички тощо) відповідно до вимог чинних нормативних документів. Використані інструменти складають у лоток і віддають акушерці. Інструменти замочують у ємкості з дезрозчином 60 хв., після чого промивають кожний інструмент під проточною водою і перекладають у лоток для передачі у центральне стерилізаційне відділення.

Видалення

1. Зазвичай видалення ВМК – проста процедура.
2. Медичний спеціаліст дотримується відповідних вимог щодо профілактики інфекцій, зазвичай ця маніпуляція відбувається в амбулаторних умовах.
3. ВМК повільно видаляється потягуванням за нитки за допомогою хірургічного затискача або пінцета.
4. **Протипоказане проведення вишкрібання стінок порожнини матки після видалення ВМК.**

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Прийдіть на огляд до лікаря після закінчення першої менструації після введення ВМК (через 3-6 тижнів після введення).

Перші дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями. Можна прийняти ібупрофен, парацетамол чи інший знеболювальний препарат.

Після введення ВМК можуть з'явитись мажучі кров'яністі виділення, що можуть тривати від 3 до 6 місяців.

Через місяць потрібно перевіряти наявність ниток після менструації лише у тому разі, якщо ви відчували:

- переймоподібні болі у нижній частині живота;
- виділення між менструаціями або після статевого акту;
- біль після статевого акту (якщо ваш партнер відчуває дискомфорт під час статевого акту).

ВМК необхідно вилучити через той період часу, який вказаний в інструкції з його використання, але це можна зробити й раніше, якщо ви побажаєте.

Зверніться до лікаря, якщо:

- не можете знайти нитки спіралі;
- помітили, що ВМК випав;
- не було менструації.

Повторний візит

Якщо будь-які проблеми відсутні, й пацієнтка не бажає достроково вилучити ВМК, то, за винятком огляду через 3-6 тижнів після введення ВМК, жодних медичних показань для подальших додаткових візитів до лікаря немає.

Разом з тим, всім пацієнткам рекомендується приходити до лікаря для регулярного профілактичного огляду.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти:

Зміна характеру менструальних кровотеч:

- Можливі більш тривалі і значні, нерегулярні менструальні кровотечі, більш інтенсивні менструальні спазми та болі.
- Ці побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання і не потребують лікування.
- Побічні ефекти стають менш вираженими чи повністю зникають через 3-6 місяців після введення ВМК.

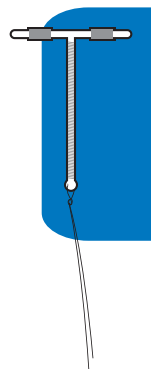
Проблеми:

Значні чи тривалі менструальні кровотечі (кількість втраченої крові перевищує звичайну у 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):

- Заспокойте пацієнтку, поясніть, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проведіть консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначте ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом 5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).
- Якщо значні та тривалі менструальні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Нерегулярні кровотечі:

- Заспокойте пацієнтку, поясніть, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, можна призначити ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом



5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).

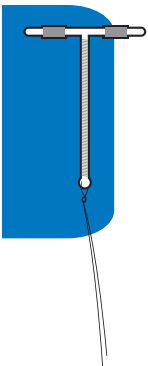
- Якщо нерегулярні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Анемія:

- ВМК, що містять мідь можуть сприяти виникненню і прогресуванню анемії, якщо на момент введення ВМК рівень гемоглобіну був невисокий і використання ВМК супроводжується більш значними і тривалими менструальними кровотечами.
- Особливу увагу варто звертати на такі ознаки і симптоми:
 - блідість шкіри, швидка стомлюваність і слабкість, запаморочення, дратівливість, головні болі, дзвін у вухах, запалення слизової язика, підвищена ламкість нігтів;
 - рівень гемоглобіну 90г/л, гематокрит менше 30.
- Необхідно призначити препарати заліза і порекомендувати жінці збільшити у раціоні харчування продукти, що містять залізо.
- Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому, й у жінки дуже виражена анемія (гемоглобін < 70 г/л), порекомендуйте вилучити ВМК і допоможіть пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Спазми і болі:

- Перші 2 дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями.
- Поясніть жінці, що спазми та болі є поширеним явищем у перші 3-6 місяців після введення ВМК, особливо під час менструальних кровотеч. Як правило, ці прояви не наносять шкоди здоров'ю жінки і стають менш вираженими через певний час.
- Призначте ібупрофен або парацетамол для зменшення дискомфорту.
- Якщо спазми і болі приймають хронічний характер і виникають без зв'язку з менструальними кровотечами, то у цьому випадку:
 - визначіть причину і призначте лікування
 - якщо причину встановити не вдається та інтенсивність спазмів висока, розгляньте варіант видалення ВМК.

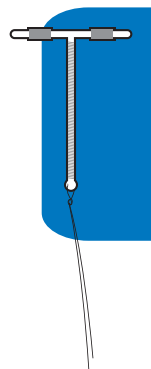


Сильні болі внизу живота (підозра на ЗЗОМТ):

- Провести гінекологічне обстеження органів малого тазу.
- Якщо провести гінекологічне обстеження з тієї чи іншої причини неможливо, і крім болів спостерігається те чи інше поєднання нижченаведених симптомів, то це може вказувати на наявність ЗЗОМТ:
 - вагінальні виділення;
 - лихоманка, озноб;
 - болі під час статевого контакту чи сечовипусканні;
 - поява кров'янистих мажучих виділень під час статевого контакту чи без зв'язку з менструальним циклом
 - нудота, блювота;
 - болі при пальпації живота.
- Враховуючи серйозність наслідків нелікованих ЗЗОМТ, лікар повинен призначати відповідне лікування у всіх підозрілих випадках, що супроводжуються тим чи іншим поєднанням перерахованих вище симптомів і ознак. Лікування повинно починатися якомога раніше після постановки діагнозу. Раннє застосування антибіотиків відповідного спектру дії забезпечить більш ефективну профілактику хронічних ускладнень ЗЗОМТ.
- Лікування має (включати препарати, активні по відношенню до гонококової, хламідійної і анаеробної інфекцій), передбачати боротьбу з гонореєю, хламідіозом і анаеробної флорою. На час лікування запропонуйте жінці/парі користуватися презервативами.
- Якщо жінка хоче продовжувати використовувати ВМК, то немає необхідності його видаляти. Якщо жінка більше не хоче використовувати ВМК, то його можна видалити після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОМТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс антибіотикотерапії.

Партнер відчуває нитки ВМК під час статевого акту:

- Поясніть, що така проблема може іноді виникати через надмірну довжину обрізаних ниток ВМК.
- Якщо нитки ВМК викликають неприємні відчуття у партнера, можливі варіанти вирішення проблеми:



- нитки ВМК можуть бути обрізані додатково таким чином, що вони не будуть виходити за межі цервікального каналу. Це вирішить проблему для партнера, проте жінка більше не зможе перевіряти наявність ВМК у порожнині матки по нитках у піхві.

Часткова експульсія (часткове випадіння) ВМК:

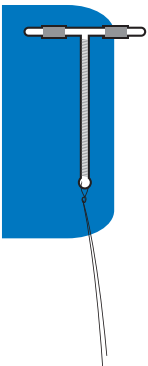
- Часткова експульсія є показанням для видалення ВМК.
- З'ясуйте, чи хоче жінка продовжити використовувати ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції.
- Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.
- Якщо жінка відмовляється від подальшого використання ВМК, допоможіть їй вибрати інший метод контрацепції.

Повна експульсія (повне випадіння) ВМК:

- При повній експульсії ВМК слід з'ясувати, чи хоче жінка продовжити використання ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції. Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.
- При підозрі на експульсію ВМК і відсутності повної впевненості у тому, що експульсія ВМК дійсно відбулась, слід направити жінку на рентгенологічне або ультразвукове обстеження. Запропонуйте допоміжний метод контрацепції, яким жінка зможе користуватися до завершення обстеження і встановлення факту експульсії.

Відсутність ниток ВМК:

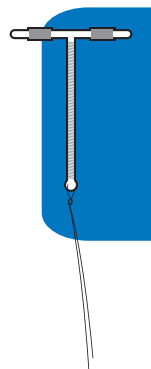
- Необхідно встановити:
 - чи помітила жінка випадіння ВМК, і якщо так, то коли це відбулось;
 - коли жінка перевіряла наявність ниток останній раз;
 - коли у жінки була остання менструація;
 - чи є у жінки ознаки вагітності;
 - чи використовувала жінка інший метод контрацепції з того часу, як помітила відсутність ниток.
- Спробуйте відшукати нитки ВМК у цервікальному каналі за допомогою спеціального затискача. Приблизно у половині випадків «зниклі» нитки знаходяться.



- Якщо нитки ВМК у цервікальному каналі відсутні, це означає, що нитки виявилися втягнутими у порожнину матки, або відбулась експульсія, яку жінка не помітила. Направте на рентгенологічне чи ультразвукове дослідження.
- Необхідно виключити вагітність.
- Якщо жінка не вагітна і ВМК не виявлено, введіть новий ВМК або допоможіть пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Підозра на перфорацію матки:

- Якщо під час введення ВМК виникає підозра на перфорацію матки, слід негайно припинити всі дії (і видалити ВМК, якщо він був вже введений) і госпіталізувати жінку з метою спостереження за її станом в умовах стаціонару:
 - протягом першої години жінка повинна дотримуватися суворого постільного режиму;
 - через кожні 5-10 хвилин слід перевіряти основні показники стану організму (кров'яний тиск, пульс, частоту дихання і температуру).
- Якщо стан жінки залишається стабільним після однієї години спостереження, рекомендується обстежити її на предмет виявлення ознак внутрішньої кровотечі (низький гематокрит, низький рівень гемоглобіну); також слід продовжити регулярну перевірку основних показників стану організму.
- Жінка повинна перебувати під спостереженням у такому режимі протягом кількох годин. Якщо ознаки або симптоми погіршення стану відсутні, жінка може бути виписана додому з рекомендацією утриматися від статевих контактів протягом двох тижнів. Допоможіть жінці вибрати альтернативний метод контрацепції.
- Частий пульс і зниження кров'яного тиску, поява нових болів або посилення болю в області матки є показанням для додаткового обстеження і прийняття рішення щодо подальшого лікування.
- Якщо підозра на перфорацію матки виникає протягом 6 тижнів після введення ВМК або пізніше, і спостерігається відповідна клінічна картина, слід направити жінку у стаціонар для обстеження і визначення тактики лікування. ВМК слід видалити в умовах стаціонару.



Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Причина виникнення таких станів може дійсно полягати у застосуванні методу, але може і не мати до нього ніякого відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології (поява таких кровотеч може вказувати на стан, не пов'язаний з використанням ВМК):

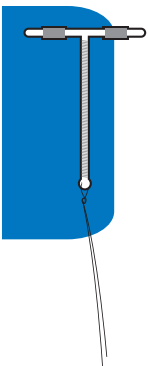
- Оцініть стан жінки за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження. За необхідності проведіть додаткову діагностику і призначте відповідне лікування.
- Якщо причина кровотечі пов'язана з ІПСШ чи ЗЗОМТ, жінка може продовжити використовувати ВМК під час лікування.

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- Перевірте пацієнтку на наявність вагітності.
- Якщо вона **не вагітна**, не вилучайте ВМК. Проведіть консультування і заспокойте пацієнтку. Направте на обстеження для встановлення причини аменореї, якщо пацієнтка залишається стурбованою.
- У разі **вагітності** поясніть пацієнтці наявні у неї можливості. Порадьте вилучити ВМК, якщо видно нитки спіралі і вагітність терміном менше 13 тижнів. Якщо ниток не видно, чи термін вагітності більше 13 тижнів, не вилучайте ВМК. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучати ВМК, поясніть їй, що у цьому разі збільшується ризик викидня та інфекції, й вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації із симптомами вагітності (нудота, біль у молочних залозах тощо).
- Тривалі чи переймоподібні болі у нижній частині живота, особливо коли вони супроводжуються поганим самопочуттям, лихоманкою (ці симптоми вказують на можливу інфекцію органів малого тазу).
- Нитки спіралі відсутні або під час перевірки із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК.
- У вас або у вашого партнера з'явився інший партнер, ВМК не захищає від ІПСШ, ВІЛ.



ВМК і ВІЛ-інфекція

Підвищений ризик ВІЛ-інфікування чи носійство ВІЛ не перешкоджають безпечному використанню ВМК.

Жінки, хворі на СНІД, які отримують антиретровірусне лікування і клінічно знаходяться у задовільному стані можуть безпечно використовувати ВМК.

Введення ВМК протипоказане, якщо жінка хворіє на СНІД, але не отримує антиретровірусне лікування чи клінічно знаходиться у незадовільному стані.

Якщо СНІД розвивається у жінки в період використання ВМК, то у цьому випадку видаляти ВМК необов'язково.

Користувачі ВМК, хворі на СНІД, повинні спостерігатися у лікаря з приводу можливого розвитку ЗЗОМТ.

Рекомендуйте ВІЛ-інфікованим жінкам використовувати ВМК у поєднанні з презервативами. При ретельному і правильному використанні, презервативи є дієвим засобом профілактики ВІЛ-інфекції та інших.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

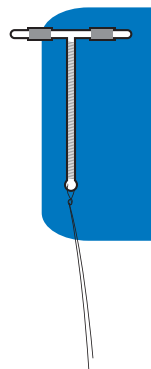
1. Чи можуть ВМК викликати ЗЗОМТ?

Самі по собі, ВМК не можуть бути причиною ЗЗОМТ. Основними етіологічними факторами ЗЗОМТ є гонорея і хламідіоз. Тим не менше, введення ВМК у період, коли жінка хворіє на гонорею чи хламідіоз, може призводити до ЗЗОМТ, що, однак, відбувається рідко. В тих випадках, коли ЗЗОМТ дійсно виникає, це зазвичай відбувається протягом 20 днів після введення ВМК. Було розраховано, що у групі жінок з високою поширеністю ІПСШ, де скринінгові запитання виявляють половину випадків ІПСШ, на 666 випадків введення ВМК припадає 1 випадок розвитку ЗЗОМТ (чи менше 2 випадків на 1 тис. жінок).

Виникнення ЗЗОМТ через 20 днів після введення ВМК не пов'язане з наявністю ВМК у порожнині матки.

2. Чи дозволяється використання ВМК у підлітковому та старшому віці?

Так. Будь-які нижні чи верхні вікові обмеження для використання ВМК відсутні. ВМК повинен бути видаленим після настання менопаузи – через 12 місяців після останньої менструальної кровотечі.



3. Чи слід видаляти ВМК у випадку, якщо жінка захворіє ІПСШ, чи попадає у групу підвищеного ризику щодо ІПСШ у період використання ВМК?

Ні. Якщо жінка захворіє ІПСШ після введення ВМК, то у цьому випадку ризик розвитку ЗЗОМТ через присутність ВМК у порожнині матки невисокий. Жінка може продовжити використання ВМК у період лікування ІПСШ. Видалення ВМК не дає жодних відчутних переваг і може призводити до настання непланованої вагітності. Порекомендуйте жінці/парі користуватися презервативами і також застосовувати інші методи профілактики ІПСШ.

4. Чи можуть ВМК викликати безпліддя у жінок?

Ні. Після видалення ВМК жінка може завагітніти так само швидко, як і жінка, яка ніколи раніше не використовувала цей метод (при цьому слід враховувати вікове згасання фертильності). Результати досліджень свідчать про те, що жінки, які використовували ВМК (включаючи молодих дівчат і бездітних жінок), не входять до групи підвищеного ризику щодо безпліддя. Тим не менше, певна загроза розвитку безпліддя створюється при наявності нелікового ЗЗОМТ незалежно від того, використовує ця жінка ВМК чи ні.

5. Чи дозволяється використання ВМК жінками, які не народжували?

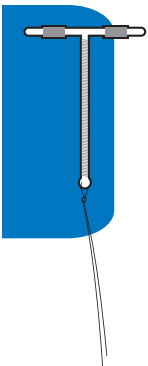
Так. Як правило, жодних протипоказань до використання ВМК жінками, які не народжували, не існує, однак слід враховувати, що ймовірність виштовхування ВМК у таких випадках дещо вища через те, що порожнина матки жінки, яка не народжувала, менша у порівнянні з маткою жінки, яка народжувала.

6. Чи потребує жінка відновної паузи після декількох років безперервного використання ВМК чи після завершення номінального терміну служби ВМК?

Ні. Ця практика нічим не обґрунтована. Видалення ВМК, який відпрацював свій термін, із наступним введенням нового ВМК пов'язано з меншим ризиком інфікування, аніж роздільне виконання цих двох процедур. Крім того, слід враховувати ризик настання непланованої вагітності у проміжку між видаленням ВМК, який відпрацював свій термін, і встановленням нового ВМК.

7. Чи обов'язково проводити курс антибіотикотерапії перед введенням ВМК?

Як правило, ні. Результати досліджень, що проводилися серед жінок, які не входять до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ,



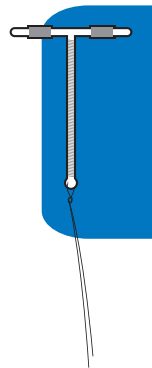
свідчать про те, що ймовірність розвитку ЗЗОМТ у таких жінок є низькою незалежно від того, призначається курс профілактичної антибіотикотерапії чи ні. При умові кваліфікованого скринінгового опитування щодо ІПСШ і введення ВМК з дотриманням відповідних антисептичних заходів (включаючи використання методики безконтактного введення), ризик інфікування при введенні ВМК є достатньо низьким. Однак призначення курсу антибіотикотерапії може бути необхідним у регіонах з високою поширеністю ІПСШ і обмеженими можливостями для скринінгу щодо ІПСШ.

8. Чи повинне введення ВМК проводитися лише у період менструальної кровотечі?

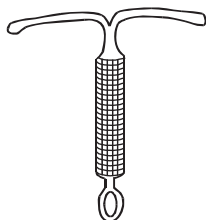
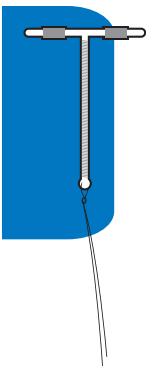
Ні. При наявності менструальних циклів введення ВМК може бути проведене у будь-який день циклу, якщо є достатня впевненість у тому, що жінка не вагітна. Період менструальної кровотечі є більш прийнятним для введення ВМК через те, що жінка точно не вагітна, і процедура введення може бути виконана з більшою легкістю. Однак слід враховувати, що ознаки інфекції важче визначити у період менструальної кровотечі.

9. Чи підвищує використання ВМК ризик настання позаматкової вагітності?

Ні. Навпаки, використання ВМК значно знижує ризик позаматкової вагітності. Позаматкова вагітність належить до досить рідкісних явищ серед користувачів ВМК. На 10 тис. жінок, які використовують ВМК, припадає 12 випадків позаматкової вагітності в рік. У тих випадках, коли на фоні використання ВМК непланована вагітність все ж таки настає, на 100 вагітностей припадає 6-8 випадків позаматкової. Тим не менше, оскільки такий стан становить серйозну загрозу для життя жінки, слід пам'ятати про ризик настання позаматкової вагітності на фоні використання ВМК.



ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ



Систему Мірена вводять лікар у матку на 5 років, і вона виділяє прогестин ЛНГ безпосередньо у порожнину матки (20 мкг на добу).

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Контрацептивний ефект досягається за допомогою комбінації трьох механізмів:

- вплив на ендометрій, що зменшує вірогідність імплантації;
- згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів;
- зменшення рухливості сперматозоїдів.

При цьому спостерігається мінімальний вплив на функцію яєчників (у більшості жінок після періоду адаптації зберігається овуляція).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

У багатьох жінок, крім звичайних менструацій, у перші 3-6 місяців після введення системи з левоноргестрелом спостерігаються кровомазання чи слабкі кровотечі у міжменструальному періоді. Деякі жінки протягом цього терміну можуть мати більш сильні чи більш тривалі менструації. Якщо такі симптоми продовжуються – про це потрібно повідомити лікаря.

Загалом, швидше за все, поступово скоротиться кількість днів менструації і щомісячна крововтрата. У деяких жінок менструації згодом зовсім припиняються.

Після видалення системи менструальний цикл відновлюється.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна контрацептивна ефективність;

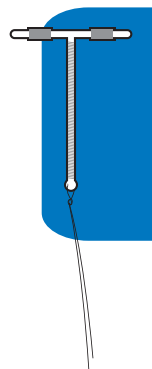
- використання методу не залежить від користувача (немає потреби вживати препарат за схемою або регулярно);
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- незначні побічні ефекти, добра переносимість;
- метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років);
- можливість застосування при наявності протипоказань до естрогенного компоненту.
- мінімальний системний вплив (прогестаген виділяється локально у порожнину матки) дозволяє використовувати систему з ЛНГ під час вигодовування грудьми та інших станів, за яких системний вплив гормонів є небажаним;
- негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення ендометрію (30 днів) та відсутність загального впливу на фертильність;
- відсутність впливу на кров'яний тиск.

Неконтрацептивні:

- суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації (ідіопатична меноррагія – одне із зареєстрованих показань до застосування);
- має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок з певною патологією ендометрію (наприклад, під час аденоміозу, гіперплазії ендометрію тощо);
- позитивно впливає під час альгодисменореї;
- сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та ферритину);
- зменшує ризик ектопічної вагітності (особливо порівняно з негормональними внутрішньоматковими засобами).

НЕДОЛІКИ

- можливі такі небажані ефекти, як кров'янисті мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (звичайно минають після періоду адаптації);
- може бути необхідною спеціальна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу;



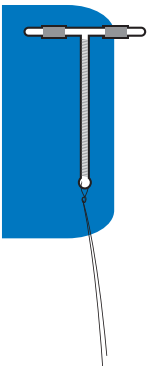
- вимагається певна кваліфікація лікаря для правильної підготовки пацієнтки та введення системи, що дає змогу уникнути небажаних ефектів (наприклад, експульсії);
- не рекомендується за невеликих розмірів матки, під час деформації порожнини матки, не є методом першого вибору для молодих жінок, які ще не народжували;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- жінки репродуктивного віку, які народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі;
- жінки, які бажають мати дуже надійну контрацепцію;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після аборту (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які мають нез'ясовані вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки із запальними захворюваннями органів малого тазу у даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфікованим абортom протягом останніх трьох місяців;
- жінки із цервіцитами та дисплазіями шийки матки;
- жінки із злоякісними пухлинами молочної залози, ендометрію, яєчників, шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- жінки з тромбозом глибоких вен та легеневою тромбоемболією;
- жінки з аномаліями матки, включаючи фіброміому у разі деформації порожнини матки;



- жінки зі станами, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- жінки з гіперчутливістю до компонентів препарату.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ

ВМС, що містять левоноргестрел

Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе **протягом 7 днів після початку менструації** у будь-який зручний для жінки час (не тільки у період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

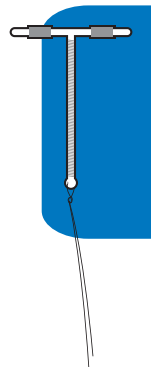
Введення ВМС можливе **у будь-який час менструального циклу**, якщо є можливість точно встановити, що жінка невагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

Після пологів рекомендується введення ВМС після 4-х і більше тижнів.

Після аборту ВМС може вводитися одразу, якщо введення проводиться протягом 7 днів після здійснення аборту в 1 чи 2 триместрі за відсутності ознак інфекції. Потреби у додатковому методі контрацепції немає. Якщо пройшло більше 7 днів після аборту і ознаки інфекції відсутні, введення можна проводити у будь-який час за умови, що точно відомо, що жінка не вагітна. Жінка повинна користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів після введення.

У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМС може вводитися одразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструації:

- якщо після початку менструації пройшло не більше 7 днів, то немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції;
- якщо після початку менструації минуло більше 7 днів, жінці рекомендується утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів;
- якщо попередній контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення ВМС повинно проводитися у день можливої наступної ін'єкції попереднього контрацептиву. Жінка повинна користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів після введення.



ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Після введення системи належить приходити на перевірку внутрішньоматкового протизаплідного засобу через 4-12 тижнів і потім регулярно, щонайменше, раз на рік. Також варто звернутися до лікаря у разі, якщо:

- ви не можете знайти нитки у піхві;
- ви відчуваєте нижній кінець системи;
- ви підозрюєте, що вагітні;
- у вас постійний біль у животі, лихоманка або незвичні виділення з піхви;
- ви чи ваш партнер відчуваєте біль або дискомфорт під час статевого акту;

У вас сталися раптові зміни менструального циклу (наприклад, були несильні менструальні кровотечі або була відсутня менструація і потім почалися постійні кровотечі, біль або сильні кровотечі);

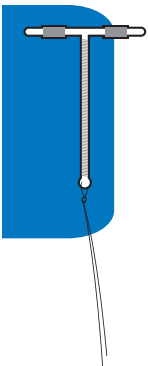
У вас проблеми зі здоров'ям, наприклад, мігрені або постійні сильні головні болі, раптово виникли проблеми із зором, жовтяниця або високий артеріальний тиск.

Профілактика інфікування та пов'язані з цим стани

Трубка для введення системи охороняє систему від контакту з флорою піхви у процесі введення. Механізм введення також сконструйований так, щоб мінімізувати ризик виникнення інфекції. Незважаючи на це, існує ризик розвитку інфекції органів малого тазу безпосередньо після введення системи або у перший місяць після її введення. Інфекції органів малого тазу під час застосування внутрішньоматкових контрацептивів часто пов'язані із захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Ризик розвитку інфекції зростає, якщо у жінки або її партнера кілька статевих партнерів. Необхідно належним чином лікувати інфекції органів малого тазу. Інфекційні захворювання органів малого тазу можуть вплинути на дітородну функцію і підвищити ризик виникнення позаматкової вагітності.

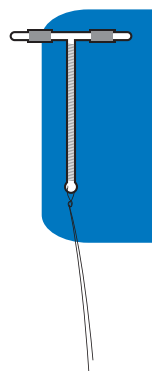
Якщо виникла рецидивуюча інфекція, або гостра інфекція не піддалася лікуванню протягом декількох днів, варто видалити систему.

Негайно проконсультуйтеся з лікарем у разі постійного болю внизу живота, підвищеної температури, болю під час статевого акту чи патологічної кровотечі.



Експульсія (виштовхування)

Скорочення матки під час менструації можуть іноді змістити внутрішньоматковий протизаплідний засіб або виштовхнути його. Можливі симптоми: біль і патологічна кровотеча. Якщо внутрішньоматковий протизаплідний засіб змістився, ефективність його дії зменшується. Якщо Ви відмічаєте ознаки, які вказують на те, що засіб змістився (збільшилась довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо не можете відчувати нитки, потрібно уникати статевого акту або застосовувати інші контрацептиви і проконсультуватися з лікарем. Оскільки система з левоноргестрелом зменшує кількість менструальних виділень, збільшення менструальних виділень може бути ознакою експульсії.



БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА СПЕРМІЦИДИ

Кожний метод контрацепції має свої переваги і недоліки. Жодний із тих, що запропоновані у даний час методів не може вважатися ідеальним для всіх життєвих ситуацій; жоден не може вважатися прийнятним для всіх культур, віросповідань і соціальних умов. Із всього розмаїття запропонованих методів контрацепції лише презервативи і сперміциди можуть бути оптимальним засобом контрацепції для певної пари, у певних обставинах, у той чи інший період життя.

Бар'єрні методи контрацепції можна визначити як запобігання непланованій вагітності через перешкоду потрапляння сперми у піхву або шийку матки хімічним чи механічним способом або поєднанням того й іншого.

Бар'єрні контрацептиви:

- презервативи:
 - чоловічий;
 - жіночий.
- діафрагми;
- ковпачки;
- сперміциди.

Незважаючи на те, що у даний час існує ціла низка більш ефективних сучасних засобів контрацепції, використання презервативів залишається дуже важливим, враховуючи, що вони є єдиним контрацептивним засобом, спроможним запобігти передачі ІПСШ, ВІЛ.

ЧОЛОВІЧІ ПРЕЗЕРВАТИВИ

Презерватив – це тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу), який може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Презерватив одягається на статевий орган у стані ерекції.

Саме користування презервативом, як засобом запобігання непланованій вагітності, дозволяє активно залучати чоловіків до планування сім'ї та бережливого ставлення до жінки.

ТИПИ

Презервативи відрізняються за формою, кольором, змазкою, товщиною, добавкою сперміциду.

Найбільш поширені презервативи довжиною близько 19 см і діаметром майже 2,5 см, вкриті спеціальною змазкою.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- запобігають потраплянню сперми у жіночі статеві органи;
- запобігають передачі мікроорганізмів (що викликають ІПСШ, включаючи ВІЛ) від одного партнера до іншого (лише латексні презервативи).

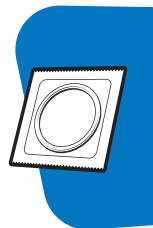
ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Найбільш поширені презервативи довжиною близько 19 см і діаметром майже 2,5 см, вкриті спеціальною змазкою.

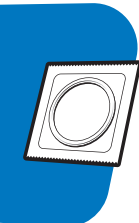
Певні типи презервативів містять сперміцид. Найчастіше сперміцид додають до змащувальної речовини. Він розподіляється разом зі змащувальною речовиною як по внутрішній, так і по зовнішній поверхні презерватива, полегшуючи його одягання і перешкоджаючи підвищеному тертю та розриву під час коїтусу.

Основними критеріями якості та надійності, за оцінками ВООЗ, вважаються міцність на розрив та розміри мікропор матеріалу, з якого виготовлено презерватив.

Ефективність контрацептивного захисту презерватива залежить, в основному, від правильності його застосування та складає 98% при правильному використанні та 85% при звичайному.



Порівняльна шкала розмірів мікропор латексного презерватива, голівки сперматозоїда та збудників специфічних інфекцій



Об'єкти порівняння	Розміри
Мікропори презерватива	5 мікрон
Діаметр голівки сперматозоїда	25 мкм
Хламідії	0,3 мкм
Мікоплазмоз (<i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>M. Hominis</i>)	125-250 нм
Сифіліс (<i>Treponema pallidum</i>)	0,2-0,5 мкм на 10-20 мкм
Трихомоноз (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	10-20 мкм
Збудники уrogenітальних кандидозів (<i>Candida albicans</i> , <i>C. Krusei</i> , <i>C. tropicalis</i> та інш.)	2-5 мкм
Гонорея (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	1,25 мкм на 1,7 мкм
Вірусний гепатит В	42-45 нм
Вірус простого герпесу (<i>Herpes simplex virus</i>)	120-150 нм
Папіломавіруси людини (<i>Papovaviridae</i>)	40-50 нм

Примітка: мікрон=1 мкм
 1 мкм= 10^{-6} м
 1 нм= 10^{-9} м

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне вигодовування;
- можуть використовуватися як додатковий метод разом з іншими контрацептивами;
- відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу;
- відсутні системні побічні ефекти;
- широкодоступні (в аптеках та немедичних закладах);
- продаються без рецепта;

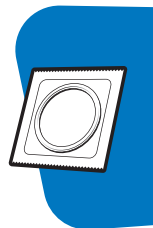
- не потребує медичного огляду перед початком використання.

Неконтрацептивні:

- єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ІПСШ;
- сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї;
- можуть продовжити період до еякуляції;
- можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки у жінок;
- можуть використовуватися у випадку розвитку у жінки алергічних реакцій на сім'яну рідину і/або сперматозоїди;
- можуть використовуватися для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кілець презерватива виконує роль слабкого джгута);
- можуть використовуватись під час лікування імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву.

НЕДОЛІКИ

- ефективність (2 вагітності на 100 жінок за правильного застосування протягом першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання пари дотримуватися інструкцій;
- метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберегатись (мотивація) і використання під час кожного статевого акту);
- можуть знизити чутливість статевого органу, ускладнюючи тим самим підтримку ерекції;
- необхідні відповідні умови зберігання;
- необхідно мати презервативи до початку статевого акту;
- необхідна постійна наявність презервативів у продажу;
- можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом.



ХТО МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРЕЗЕРВАТИВИ

- чоловіки, які бажають брати участь у плануванні сім'ї;
- пари, яким негайно необхідний метод контрацепції;

- пари, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу;
- пари, яким необхідний додатковий страхувальний метод;
- пари, які мають нечасті статеві стосунки;
- пари, в яких будь-хто з партнерів має більше одного статевого партнера (група підвищеного ризику зараження ІПСШ), навіть якщо при цьому вони використовують інший метод контрацепції (подвійний “голландський” метод).

ХТО НЕ МОЖЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПРЕЗЕРВАТИВИ

- пари, для яких вагітність є серйозною загрозою для здоров'я жінки і які потребують високоефективного методу контрацепції;
- пари, в яких один із партнерів (чи обидва) страждає на алергію на матеріали, з яких виготовляються презервативи;
- пари, які бажають мати тривалий метод контрацепції;
- пари, які хочуть використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом;
- пари, які не бажають постійно і правильно використовувати презервативи під час кожного статевого акту.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

Використовуйте презерватив під час кожного статевого акту.

Презерватив одягають на статевий орган у стані ерекції до його введення у піхву жінки, враховуючи, що прееякуляторна сперма містить активні сперматозоїди.

Якщо презерватив не має розширення (резервуару), потрібно залишити на кінці 1-2 см для сперми.

Після еякуляції, тримаючи за основу (кільце) презерватива, витягніть статевий орган із піхви, поки він ще перебуває в стані ерекції. Це попереджає зісковзування презерватива і пролиття сперми на статеві органи партнерші.

Кожен презерватив може використовуватися лише один раз.

Завжди майте у наявності запас презервативів. Не тримайте їх у теплому місці, тому що це руйнує матеріал, з якого їх виготовлено, що може призвести до порушення цілісності презерватива під час використання.

Не використовуйте презерватив, якщо його упаковку розірвано або презерватив виглядає пошкодженим чи ламким.

Не користуйтеся мінеральною олією, харчовим жиром, дитячим кремом або вазеліном для змазки презерватива. Це пошкоджує його матеріал.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Презерватив розірвано або підозрюється його пошкодження (до статевого акту):

- Перевірте презерватив на наявність пошкоджень.
- Викиньте і візьміть інший презерватив або використайте сперміцид у поєднанні з іншим презервативом.

Презерватив розірвався або зісковзнув (під час статевого акту):

- Під час розриву презерватива або підозрі на пошкодження використайте метод невідкладної контрацепції (див. розділ “Невідкладна контрацепція”).

Підозрювана алергічна реакція (на презерватив):

- Виключіть наявність інфекції або механічне подразнення.
- Якщо це алергія, допоможіть пацієнтам вибрати інший метод.

Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид):

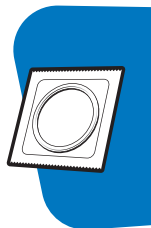
- Виключіть наявність інфекції або механічне подразнення.
- Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними.
- Якщо після статевого акту симптоми не минають, і немає ніяких ознак ІПСШ, порекомендуйте інший сперміцид або презерватив без сперміциду чи допоможіть вибрати інший метод.

Зменшення відчуття статевого задоволення:

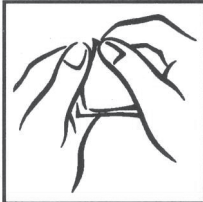
- Якщо спостерігається зниження чутливості навіть за використання тонших презервативів, допоможіть обрати інший метод.

Жінка отримує лікування з приводу вагінальної інфекції із застосуванням міконазолу або еконазолу:

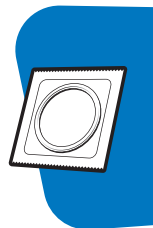
- Користуватися латексними презервативами у період вагінального застосування міконазолу або еконазолу не рекомендується через негативний вплив цих медикаментів на латекс (ці препарати не впливають на властивості латексу при прийомі всередину).
- Парі слід користуватися жіночими презервативами, іншим методом контрацепції або практикувати статеве утримання до закінчення курсу лікування.



Методика використання презерватива

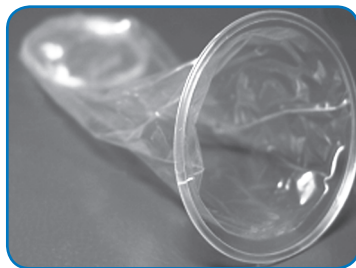
 1. Презерватив одягається на статевий член у стані ерекції і до контакту статевого члена з тілом партнерки. Виділення із статевого члена на початковій стадії ерекції можуть містити сперму й інфекції, що передаються статевим шляхом.	
2. Надірвіть одну сторону упаковки так, щоб не пошкодити презерватив, що перебуває всередині.	
3. Повітря, що потрапило всередину презерватива, може викликати його ушкодження. Тому стисніть соскоподібний кінчик презерватива великим і вказівним пальцями й помістіть презерватив на статевий член, що перебуває у стані ерекції. Якщо презерватив не має розширення або резервуару для сперми, потрібно залишити на кінці 1-2 см.	
4. Стискаючи соскоподібний кінчик, іншою рукою обережно розгорніть презерватив на статевому члені по всій його довжині. Стежте за тим, щоб презерватив залишався на статевому члені під час усього статевого акту. Під час скочування догори поверніть його негайно до основи статевого члена. Якщо презерватив повністю зісковзнув, ви-йміть статевий член і надягніть новий презерватив, перш ніж продовжити статевий акт.	

5. Після сім'явиверження вивільніть статевий член, що ще перебуває у стані ерекції, міцно притримуючи презерватив на місці. Знімайте презерватив лише після того, як статевий член повністю вивільнено. Стежте за відсутністю контакту статевого члена й презерватива з тілом партнерки.	
6. Акуратно викидайте використаний презерватив: загорніть презерватив у серветку й помістіть його у сміттевий ящик (не спускайте презерватив в унітаз).	



ЖІНОЧІ ПРЕЗЕРВАТИВИ

Жіночий презерватив – це чохол з тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець – це гнучке кільце великого діаметру, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметру для зручності введення у піхву.



МЕХАНІЗМ ДІЇ

- запобігання потраплянню сперми до внутрішніх статевих органів;
- запобігання ІПСШ.

Ефективність – за умови правильного регулярного використання – 5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання. За звичайного використання – 21 вагітність на 100 жінок.

Частка жінок, які використовують жіночий презерватив, складає 49% на кінець першого року його застосування.

ПЕРЕВАГИ

- метод контролюється жінкою;
- відсутність протипоказань;
- немає алергічних реакцій.

НЕДОЛІКИ

- ефективність (5 вагітностей на 100 жінок за умови правильного застосування протягом першого року використання);
- дороговартісні;
- потрібна згода партнера;
- потрібен постійний запас.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Використовуйте новий презерватив під час кожного статевого акту.

Жіночий презерватив може бути введено за 8 годин до статевого акту.

Перш ніж уводити презерватив, вимийте руки водою з милом.

Вийміть презерватив з пакета (не відкривайте пакет зубами, ножем, ножицями або іншими гострими інструментами).

Тримайте презерватив відкритим кінцем униз.

Великим і середнім пальцями стисніть гнучке кільце на закритому кінці у вузький овал.

Другою рукою розведіть губи піхви.

Уведіть кільце й чохол презерватива у піхву. Вказівним пальцем проштовхніть кільце якнайглибше в піхву.

Уведіть палець у презерватив доти, поки він торкнеться дна кільця.

Заведіть кільце за лобкову кістку.

Переконайтеся, що зовнішнє кільце й частина чохла перебувають поза піхвою, поверх вульви.

Варто переконатися, що статевий орган чоловіка увійшов у чохол презерватива й залишається усередині протягом усього статевого акту.

Не застосовуйте жіночий презерватив одночасно із чоловічим презервативом.

По закінченні статевого акту закрутіть зовнішнє кільце й обережно вийміть презерватив. Варто витягнути презерватив перш, ніж жінка підніметься.

Кожен презерватив можна використати лише один раз.

Знищуйте використані презервативи, викидаючи їх у сміттєвий ящик. Не викидайте презерватив в унітаз.

Тримаєте додатковий запас презервативів. Не зберігайте їх у теплому місці, оскільки вони можуть пошкоджуватися й втратити цілісність під час використання.

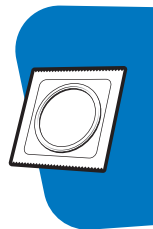
Звертайте увагу на дату придатності на упаковці презерватива, аби переконатися, що термін придатності не минув.

Не використовуйте презерватив, якщо упаковку пошкоджено або презерватив виглядає зіпсованим чи ламким.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Внутрішній обідок презерватива викликає дискомфорт або біль:

- Запропонуйте витягти презерватив і ввести його повторно або змінити його положення таким чином, щоб внутрішній обідок



док знаходився за лобкової кісткою і не заважав при статевому акті.

Презерватив зісковзує або використовується неправильно:

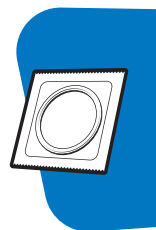
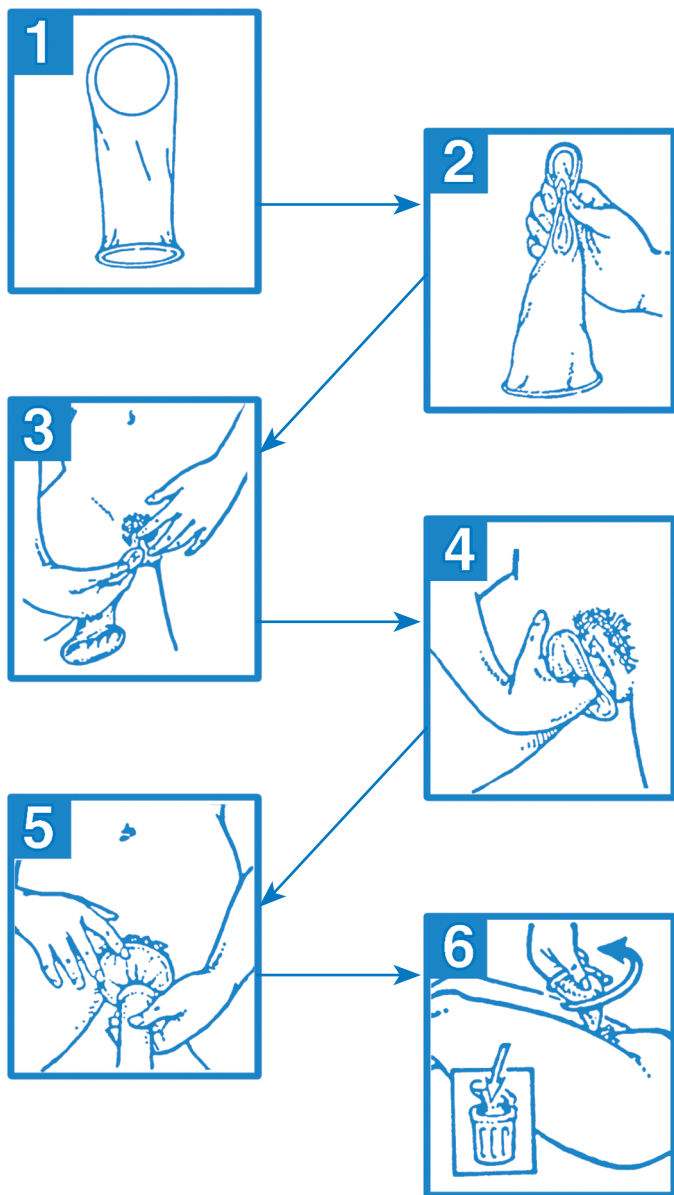
- Якщо жінка скаржиться на часті випадки зісковзування презерватива, то вона, ймовірно, вводить презерватив неправильно.
- Ще раз проконсультуйте жінку щодо порядку введення презерватива.

Слабке подразнення слизової піхви або статевого члена (свербіж, почервоніння або висипання):

- Виключіть наявність інфекції, алергічну реакцію.
- Якщо після статевого акту симптоми не минають і немає ніяких ознак ІПСШ, допоможіть вибрати інший метод.



Жіночий презерватив (схема використання)



ДІАФРАГМИ І ШИЙКОВІ КОВПАЧКИ

Історія застосування діафрагми починається з 80-х років XVII століття, коли в Німеччині вперше було описано цей бар'єрний метод контрацепції. Найбільшу популярність діафрагма мала в Голландії, завдяки чому її називали "голландським ковпачком". Подальшого розвитку метод одержав наприкінці XX століття, коли було запропоновано нову модифікацію діафрагми з м'якою облямівкою із латексу для кращого контакту зі стінками піхви. Уже розроблено і продаються у деяких країнах діафрагми одноразового використання з вже нанесеним на них сперміцидом. Цей вид запобігання вагітності менш ефективний, ніж використання презерватива, що пояснюється більш високою вірогідністю помилок під час використання діафрагми. У той же час поєднання застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ІПСШ. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу.



ТИПИ ДІАФРАГМ

Діафрагми відрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка у міліметрах і буває чотирьох основних видів, залежно від особливостей будови обідка:

- діафрагма з обідком з плоскою пружиною;
- діафрагма із спіральною пружиною;
- діафрагма з дугоподібною пружиною;
- діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Діафрагми з обідком з плоскою пружиною застосовуються для жінок, які не народжували, з добрим тонусом піхвових м'язів, і мають різні розміри – від 50 до 90 мм. Вони зручні для користувача, тому що можуть вводитися за допомогою спеціального інструменту.

Діафрагма з обідком зі спіралеподібною пружиною зручна для більшості жінок з помірним тонусом піхвових м'язів. Вона також зручна для введення і може вводитися з використанням спеціального інструменту. Розрізняють розміри від 50 до 95 мм.

Діафрагми з дугоподібною пружиною характеризуються наявністю міцного обідка з пружинною силою, що дозволяє рекомендувати їх більшості жінок. Для введення виріб складається в дугу. Завдяки щільності обідка цей вид контрацептиву може вико-

ристовуватися жінками зі зниженим тонусом піхвових м'язів, при ректо- і цистоцеле. Діафрагми мають розміри від 55 до 95 мм.

Діафрагма з обідком з широкою перетинкою має гнучку облямівку до 1,5 см, яка з'єднується з внутрішнім краєм обідка. Облямівка призначається для підтримки сперміциду і кращого контакту з піхвовими стінками.

Підбір виду діафрагми, навчання пацієнток повинно проводитися медичним спеціалістом з урахуванням анатомічних особливостей кожної конкретної жінки.

Ефективність застосування різних модифікацій діафрагм коливається і залежить від користувача. У разі правильного і систематичного використання 6 вагітностей припадає на 100 жінок, у разі звичайного використання - 16 випадків вагітності на 100 жінок протягом першого року застосування.

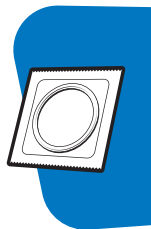
ТИПИ КОВПАЧКІВ

На даний час існують три типи протизаплідних ковпачків: заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називається просто "шийковим ковпачком"), ковпачок Vimule і куполоподібний ковпачок. Їх виготовляють із латексної гуми. Вони не мають широкого застосування у більшості країн.

М'який гумовий **ковпачок Прентифа**, заглиблений з обідком, має наперсткоподібну форму і щільно охоплює шийку матки. Його випускають чотирьох розмірів з внутрішнім діаметром 22, 25, 28 і 31 мм відповідно. Цей ковпачок покриває шийку матки на всю її довжину. Із трьох згаданих типів ковпачків цей найбільш поширений.

Ковпачок Vimule (Вімуля) має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем. Його випускають трьох розмірів: із зовнішнім діаметром 42, 48 і 52 мм відповідно. Цей ковпачок також безпосередньо охоплює шийку матки, але його відкритий кінець покриває також частину склепіння піхви. Ковпачок Vimule більш зручний, ніж заглиблений порожнистий ковпачок з обідком, у тих випадках, коли шийка матки має неправильну форму – надто коротка чи надто велика для того, щоб до неї можна було щільно підігнати найбільший заглиблений порожнистий ковпачок з обідком. За поширеністю ковпачок Vimule посідає друге місце.

Куполовидний ковпачок – порівняно неглибокий, випускається п'яти розмірів – від 50 до 70 мм (зовнішній діаметр), причому кожен наступний розмір на 5 мм більший від попереднього. Він має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму. Його



виготовляють з важчого матеріалу, ніж діафрагму, і в його обідку немає пружин. Коли він встановлений, то покриває верхній кінець піхви, включаючи шийку матки і склепіння. Він утримується на місці в основному стінками піхви, а не завдяки прилипанню до шийки матки. Це найбільш поширений з трьох типів шийкових протизаплідних ковпачків.

Ефективність використання ковпачків залежить від користувача.

У жінок, які не народжували дітей, – при правильному використанні 9 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання і при звичайному використанні 16 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання.

У жінок, які мали пологи – при правильному використанні 26 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання і при звичайному використанні 32 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- визначається бар'єрною функцією, що виявляється у перешкодженні потрапляння сперми у шийку матки;
- присутність сперміцидного засобу має важливе значення для досягнення максимальної контрацептивної дії.

ПЕРЕВАГИ ДІАФРАГМ І КОВПАЧКІВ

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне вигодовування;
- метод не пов'язаний зі статевим актом (вводиться за 6 годин до статевого акту);
- відсутність ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних ефектів.

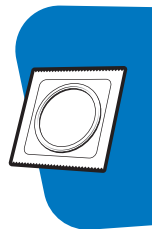
НЕДОЛІКИ ДІАФРАГМ І КОВПАЧКІВ

- контрацептивна ефективність залежить від дотримання жінкою інструкцій;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися, мотивація) і використання під час кожного статевого акту;

- необхідно проведення гінекологічного огляду кваліфікованим медичним спеціалістом (допускається проведення огляду медсестрою або акушеркою) для первинної і післяпологової примірки;
- не рекомендовано вилучати протягом 6 годин після статевого акту;
- необхідно мати ці засоби до початку статевого акту;
- потрібна постійна наявність цих засобів у продажу (сперміцид необхідний під час кожного використання);
- маніпуляції у піхві можуть виявитися неприйнятними для деяких жінок;
- деякі жінки мають складності під час вилучення;
- може зміститися під час статевого акту;
- необхідно мити і зберігати з дотриманням усіх умов, інакше погіршуються властивості гуми;
- необхідно навчити жінку визначенню терміну придатності діафрагми або ковпачка для їхньої заміни.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ДІАФРАГМУ І КОВПАЧОК

- жінки, які не бажають або не можуть використовувати гормональні методи (наприклад, жінки, які курять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- жінки, які потребують тимчасового методу на період підбору іншого контрацептиву;
- жінки, яким необхідний додатковий метод;
- жінки, які мають нечасті статеві стосунки;
- пари, в яких хтось із партнерів має більше одного статевого партнера (підлягають підвищеному ризику зараження ІПСШ, навіть якщо при цьому використовується інший метод контрацепції).



ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ДІАФРАГМУ І КОВПАЧОК:

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною (потрібно допомогти вибрати високоефективний метод);
- жінки з повторними інфекціями сечовивідних шляхів (ІПСШ);

- жінки, які зазнають труднощів у застосуванні цього методу;
- жінки, які мають пролапс матки (опущення матки у піхву);
- жінки із серйозним cystocele і rectocele (вип'ячування стінки сечового міхура або прямої кишки у піхву);
- жінки із синдромом токсичного шоку в анамнезі;
- жінки з вагінальним стенозом (звуження вагінального каналу) чи перегородками;
- жінки з аномаліями статевих органів (шийки, піхви);
- жінки з дисплазіями шийки матки, ендоцервіцитами і кольпітами;
- жінки, які бажають використовувати високоефективний метод контрацепції;
- пари, які не бажають під час кожного статевого акту правильно використовувати метод.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Використання діафрагми:

Використовуйте діафрагму під час кожного статевого акту.

Діафрагма вводиться у піхву так, щоб задня частина обідка перебувала у задньому склепінні піхви, а передня щільно покривала шийку матки безпосередньо за лобковою кісткою.

Купол діафрагми повинен покривати шийку матки, а сперміцидна паста чи гель, закладені у середину купола перед введенням діафрагми, повинні контактувати із поверхнею шийки матки.

Введення діафрагми:

1. Спочатку випорожніть сечовий міхур і вимийте руки.
2. Перевірте, чи нема у діафрагмі отворів, натягнувши гуму і оглянувши її на світло або наповнивши водою.
3. Видавіть невелику кількість сперміцидного крему у чашечку діафрагми (для полегшення введення невелику кількість крему можна нанести на ведучий кінець діафрагми або на зовнішній край піхви.). Зведіть краї діафрагми разом.

Введіть діафрагму в одній з таких позицій:

- одна нога піднята на стілець або сидіння унітазу;
- лежачи на спині;
- навпочіпки.

Введіть діафрагму з кремом/желе глибоко у піхву і проштовпніть передній край за лобкову кістку.

Введіть палець у піхву і прощупайте шийку крізь гуму, щоб переконатися, що шийка повністю закрита.

Діафрагму треба вводити у піхву не раніше ніж за 6 годин до статевого акту. Якщо статевий акт відбувається більше ніж через 6 годин, необхідно ввести додаткову дозу сперміциду у піхву. Перед кожним повторним статевим актом потрібно вводити додаткову дозу крему або желе.

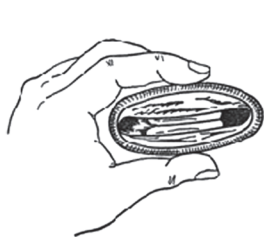
Залиште діафрагму на місці щонайменше на 6 годин після останнього статевого контакту, але не більше ніж на 24 години (ні на якому етапі не рекомендовано проводити спринцювання. Якщо спринцювання все ж проводиться, то робити це потрібно через 6 годин після статевого акту).

Вилучіть діафрагму, зачепивши її пальцем за передній край. Якщо необхідно, перед витягуванням введіть палець між діафрагмою і лобковою кісткою, щоб порушити вакуумне присмоктування.

Після використання вимийте діафрагму водою з милом і ретельно висушіть перед тим, як покласти у коробку.

Потоншення, поява розривів чи зниження еластичності є показанням для заміни діафрагми.

Заміна діафрагми повинна проводитися приблизно один раз на 2 роки.



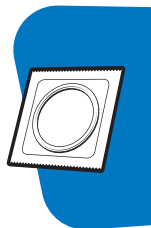
Піхвова діафрагма



Вигляд перед введенням діафрагми



Техніка введення
піхвової діафрагми





**Правильно введена
півхова діафрагма**



**Неправильно введена
півхова діафрагма**



**Техніка вилучення
півхової діафрагми**

Використання ковпачка:

Техніка використання шийкового ковпачка багато в чому аналогічна використанню діафрагмами. Різниця полягає в такому:

Надягання ковпачка:

Ковпачок наповнюється на одну третину сперміцидним кремом, гелем або піною.

Ковпачок одягається на шийку матки до її повного обхоплення, з наступним м'яким натисканням на дно ковпачка з метою створення вакууму і забезпечення щільного контакту між ковпачком і шийкою.

Ковпачок допускається надягати у будь-який час за 42 години до передбачуваного статевого акту.

Зняття ковпачка:

Ковпачок повинен залишатися на місці не менше 6 годин після останньої еякуляції, але ні в якому разі не більше 48 годин після того, як він був одягнутий.

Залишення ковпачка на місці довше рекомендованого часу (максимум 48 годин) може призводити до розвитку синдрому токсичного шоку і появи неприємного запаху і виділень з піхви.

Нахиліть ковпачок в сторону з тим, щоб послабити герметичний контакт між його внутрішньою поверхнею і шийкою. Обережно зніміть ковпачок з шийки і витягніть його з піхви.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Однакові для діафрагми та шийкового ковпачка. Діафрагма і ковпачок – безпечні протизаплідні засоби. Разом з тим, під час їхнього використання можуть виникнути певні проблеми.

Алергічні реакції на гуму або на сперміцидну речовину:

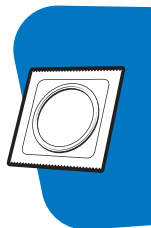
- Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними.
- Якщо підозра підтвердилася, допоможіть пацієнтці обрати інший метод.

Дискомфорт чи біль при використанні:

- Діафрагма чи ковпачок занадто великого розміру може викликати у жінки дискомфорт при використанні. У результаті надавлювання обідка діафрагми на сечовивідний канал може розвинутися рецидивуючий цистит.
- Оцініть правильність підбору розміру. Якщо розмір надто великий, підберіть діафрагму чи ковпачок меншого розміру.
- Якщо розмір підібраний правильно, ще раз проконсультуйте пацієнтку щодо установки і видалення.
- Огляньте пацієнтку на предмет виявлення пошкоджень піхви. При виявленні пошкоджень, запропонуйте жінці тимчасово перейти на інший метод контрацепції (презервативи або таблетки). Незначні пошкодження піхви повинні загоїться самостійно після того, як жінка змінить метод контрацепції.
- При виявленні ознак вагінальної інфекції або ІПСШ, призначте лікування.

Інфекційні захворювання сечовивідних шляхів (біль при сечовипусканні, часті позиви до сечовипускання):

- Призначте лікування бісептолом (480 мг один раз на добу протягом 3 днів) або нітрофурантоїном (по 50 мг всередину два рази на добу протягом 3 днів).



- У разі рецидиву інфекції, спробуйте підібрати діафрагму чи ковпачок меншого розміру.

Патологічні виділення з піхви:

- Якщо діафрагма або ковпачок залишаються у піхві надто довго, то з'являються значні виділення.
- Якщо діафрагма була погано промита і просушена перед повторним використанням.
- У таких випадках лікування призначається після лабораторного обстеження та встановлення діагнозу.



СПЕРМІЦИДИ

Сперміциди – це хімічні речовини, які інактивують або руйнують сперматозоїди у піхві до того, як вони встигають проникнути у верхні відділи статевих шляхів.

До складу сучасних сперміцидів входять, як правило, два компоненти: спермопошкоджувальні хімічні речовини і основа (носій).

Роль носія, що входить у сперміцидні засоби, забезпечити дисперсію хімічного агента у піхві через огортання шийки матки і утримання його на місці так, щоб жоден сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом.

Сперміциди розрізняються, в основному, за типом носія, що входить до їх складу, і випускаються у вигляді:

- аерозолів (піни);
- паст;
- гелів (крему);
- желе;
- вагінальних пінистих таблеток;
- вагінальних пінистих супозиторіїв;
- розчинних супозиторіїв;
- розчинних плівок;
- речовин, що застосовуються для змащення презервативів.

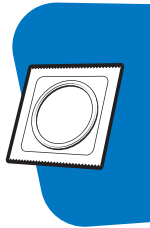
Як основні активні інгредієнти у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконію хлорид, октоксинол, менфегол. Згідно даних ВООЗ, ноноксинол-9 сприяє поширенню ІПСШ через ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів, тому не рекомендується до застосування.

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо).

При використанні кремів і желе передбачається як самостійне їхнє застосування, так і в поєднанні з піхвовою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- викликають руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їхню рухомість і здатність запліднювати яйцеклітину.



ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ

Аерозолі (піни) ефективні відразу після введення. Аерозолі рекомендуються у тому разі, якщо сперміцид застосовується ізольовано (без іншого методу контрацепції).

Крем: Вводиться не більше, ніж за 60 хвилин до статевого акту.

Таблетки, супозиторії, гелі зручні у збереженні і транспортуванні, але вимагають 10-60-хвилинного очікування після їх введення до статевого акту. Час очікування залежить від типу сперміциду.

Сперміцидні желе, зазвичай, використовуються лише у поєднанні з діафрагмою.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- ефективні негайно (піна та крем);
- не впливають на грудне вигодовування;
- можуть використовуватись як додатковий метод при застосуванні інших методів;
- відсутній ризик для здоров'я;
- відсутні системні побічні явища;
- прості у застосуванні;
- додаткове зволоження (змазка) під час статевого акту;
- продаються без рецепта і не вимагають медичного огляду перед застосуванням;
- можливість використання без участі партнера.

НЕДОЛІКИ

- ефективність (18 вагітностей на 100 жінок при правильному використанні, а при звичайному використанні – 29 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання і можливості жінки виконувати інструкції;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися (мотивація) і використання засобу під час кожного статевого акту);
- жінка повинна ввести контрацептив за 10-60 хвилин до статевого акту (вагінальні пінисті таблетки, супозиторії і плівка);

- кожне введення ефективне лише протягом 1-2 годин;
- необхідно мати засіб у наявності до початку статевого акту;
- вимагається постійна наявність засобу у продажу.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СПЕРМІЦИДИ

- жінки, які не хочуть або яким не показано гормональні методи (наприклад, жінки, які курять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують грудьми і потребують контрацепції;
- жінки, які бажають захисту від ІПСШ, чиї партнери не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу;
- жінки, які потребують додаткового методу;
- жінки, які мають нечасті статеві стосунки.

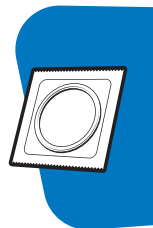
ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СПЕРМІЦИДИ

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки, які мають труднощі із застосуванням цього методу;
- жінки, які страждають на алергію на сперміциди;
- жінки з генітальними та іншими аномаліями;
- жінки, які потребують високоефективного методу контрацепції;
- пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом;
- жінки, які не бажають виконувати інструкції і використовувати контрацептив під час кожного статевого акту.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Необхідно вводити сперміцид до початку кожного статевого акту.

Після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки необхідно почекати певний проміжок часу до ймовірного статевого контакту залежно від типу сперміциду та відповідно до інструкції виробника.



Дуже важливо виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату (наприклад, струсіть контейнер з аерозольною піною перед тим, як витиснути її в аплікатор).

Введіть додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1-2 годин після першого введення.

Введіть додаткову дозу сперміциду перед кожним повторним статевим актом.

Дуже важливо ввести сперміцид глибоко у піхву, щоб шийка матки виявилася повністю закритою.

Гігієнічні процедури можливі не раніше, ніж через 2 години, а спринцювання через 6 годин після статевого контакту.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ

Аерозоль (піна)

Струсіть контейнер перед використанням.

Поставте контейнер вертикально і надягніть на клапан аплікатор. Відведіть аплікатор вбік, щоб він заповнився піною.

У положенні лежачи на спині введіть аплікатор у піхву так, щоб його кінець перебував поряд або торкався шийки. Натисніть на спуск і введіть піну. Чекати початку дії не потрібно (ефект настає негайно).

Після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, сполоснути і висушити. Для зручності миття його можна розібрати.

Аплікатор повинен бути індивідуальним.

Завжди майте під рукою запас аерозолю, особливо якщо контейнери не дозволяють побачити, коли їхній вміст закінчився.

Вагінальні таблетки, супозиторії (свічки) чи плівка

Вийміть вагінальну таблетку, свічку чи плівку з упаковки.

Введіть вагінальну таблетку, свічку чи плівку глибоко у піхву (якщо в упаковку сперміциду входить аплікатор, введіть його в піхву так, щоб його кінець перебував поряд або торкався шийки матки).

Після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, сполоснути і висушити. Для зручності миття його можна розібрати.

Аплікатор повинен бути індивідуальним.

Завжди майте під рукою запас вагінальних таблеток, свічок чи плівок.

Примітка: деякі пінисті вагінальні таблетки можуть викликати відчуття печіння в піхві. Це може бути як нормальним явищем, так і наслідком запалення слизової піхви.

Крем

Для введення контрацептивного крему витисніть його в аплікатор до заповнення. Введіть аплікатор у піхву так, щоб його кінець містився поряд чи торкався шийки матки. Натисніть на спуск і випустіть крем. Чекати початку дії не потрібно (ефект настає негайно).

Після використання аплікатор необхідно вимити теплою водою з милом, прополоскати і висушити. Для зручності миття його можна розібрати.

Аплікатор повинен бути індивідуальним.

Завжди майте під рукою запас крему, особливо якщо контейнери не дозволяють побачити, коли їхній вміст закінчується.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Вагінальне подразнення:

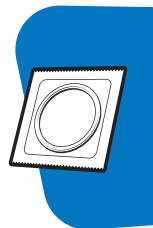
- Якщо подразнення викликане сперміцидом, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

Подразнення пеніса та дискомфорт:

- Якщо подразнення викликане сперміцидом, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть вибрати інший метод.

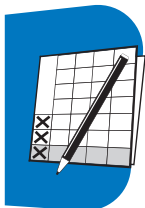
Занепокоєння відчуттям печіння у піхві:

- Заспокойте, пояснивши, що відчуття печіння є нормальним явищем. Якщо пацієнтка стурбована, порадьте перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допоможіть їй вибрати інший метод.



МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

(ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї)



Методи розпізнавання фертильності (природні методи планування сім'ї - (назва походить з перекладу англомовного визначення "natural family planning") ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (можливість запліднення) та нефертильності (коли запліднення найменш вірогідне) протягом фаз менструального циклу.

За визначенням ВООЗ, ці методи контролю фертильності є засобом планування або запобігання вагітності за допомогою визначення фертильних днів менструального циклу, в період яких жінка покладається на періодичне утримання або інші способи запобігання вагітності. Саме тому ВООЗ рекомендує замінити термін «методи природного планування сім'ї» на той, що більш точно відображає суть, а саме – «методи розпізнавання фертильності» (fertility awareness method). У фертильний період методи розпізнавання фертильності можуть використовуватися у поєднанні з утриманням або бар'єрними методами.

Під час використання цих методів з метою контрацепції пара добровільно утримується від статевого акту під час фертильної фази менструального циклу жінки. Для того, щоб жінка могла завагітніти, пара повинна мати статеві стосунки під час фертильної фази.

З позиції методів розпізнавання фертильності, кожний місячний цикл починається менструацією, закінчується останнім днем перед наступною менструацією і його можна умовно поділити на три періоди.

I період – відносної неможливості зачаття, коли відбувається зростання фолікула і дозрівання яйцеклітини. У цей період неможливість зачаття відносна у зв'язку з різною тривалістю менструальних циклів. У разі коротких циклів (20-25 днів) дозрівання яйцеклітини і овуляція може наступити так рано, що відразу після закінчення менструації починається період високої вірогідності зачаття.

II період – найбільшої вірогідності зачаття, коли яйцеклітина дозріває і виходить з яєчника – відбувається овуляція. Лише у цей час може бути зачата дитина.

III період – абсолютної неможливості зачаття, від загибелі яйцеклітини до наступної менструації.

Таким чином, метод розпізнавання фертильності не є безпосередньо контрацептивним методом. Завдяки тому, що період найбільшої вірогідності зачаття можна безпомилково визначити, кожна подружня пара може свідомо контролювати зачаття дитини.

Історія свідчить про використання методу цервікального слизу ще з середини XIX ст. У 1876 році Марія Путнам встановила, що базальна температура тіла змінюється протягом менструального циклу. У 1904 році Ван де Вельде виявив, що гормон жовтого тіла прогестерон підвищує базальну температуру тіла. Проте перше практичне використання коливання температури тіла для визначення безплідних днів циклу застосував у 1935 р. німецький пастор Вільгельм Гілебранд. Ґрунтовні наукові роботи про взаємозв'язок між коливаннями базальної температури і менструальним циклом опублікував у 1940 р. швейцарець Рудольф Фольман. У німецькомовному середовищі температурний метод став відомий широким колам у 1954 р. завдяки гінекологу Герхарду Дюрингу. У тридцятих роках XX сторіччя два лікарі, незалежно один від одного, Огіно в Японії і Кнаус в Німеччині, дійшли висновку, що жінка може завагітніти лише протягом декількох днів циклу, і що ці дні можна визначити. Вони вважали, що, якщо овуляція настає за 14 днів перед менструацією, то можна передбачати час овуляції у наступному циклі, і, беручи до уваги тривалість життя яйцеклітини і сперматозоїдів, додавали ще по 4-5 днів до і після передбачуваного дня овуляції. Це відкриття призвело до створення календарного, або ритмічного, методу Огіно-Кнауса. У 1945 р. англійка Бертон дійшла висновку, що подружня близькість на 3-й або 4-й день після підвищення температури не призводить до зачаття. У 1947 році Ферін запропонував правила практичного використання термічного тесту для планування сім'ї. У 1963 році Джон Маршалл з'єднав календарний метод з температурним. Новий метод одержав назву температурно-календарний.

У 60-х роках XX століття було виявлено, що життєдіяльність сперматозоїдів в організмі становить кілька днів. Приблизно у цей же період Джон і Евелін Біллінгси розробили метод визначення фертильності жінки за допомогою спостережень за змінами цервікального слизу. Прості та легкі у виконанні тести функціональної діагностики для визначення функціонального стану репродуктивної системи не втратили свого значення і в наш час.



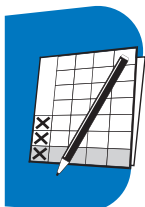
Використовуючи зміни шийкового слизу і базальної температури, австрійський доктор Рьотцер в 1968 р. вперше запропонував і описав симптотермальний метод.

У 1977 р. у Королівській Клініці Акушерства і Гінекології у м. Бірмінгемі (Великобританія) було розроблено модифікацію симптотермального методу, в якій використовується три головні показники фертильності жінки: зміни стану шийкового слизу, базальної температури і стану шийки матки протягом циклу. Метод у бірмінгемській модифікації одержав назву багатofакторного, оскільки об'єднує ці три ознаки і пропонує спостерігати за ними одночасно. Його також називають методом подвійного підтвердження, оскільки про початок і про завершення фертильного періоду жінки повинні сигналізувати не менше двох показників. Систематизація всіх показників фертильності у доведеному до простоти викладі разом з чіткими правилами застосування дає можливість кожній подружній парі репродуктивного віку використовувати цей метод як для зачаття дитини у найбільш сприятливий для нього час, так і утриматися від статевіої близькості, якщо зачаття не планується.

Дослідження на багaточисельній вибірці користувачів у Великобританії, проведені Roystone (1982) показали, що вірогідність зачаття у перiovуляторний період (3 дні до і 1 день після овуляції) складає 0,2-0,4 і знижується практично до нуля за тиждень до і через 3 дні після овуляції, що є обґрунтуванням розрахункового визначення фертильної фази жінки й алгоритму роботи над картою фертильності.

Варто зазначити, що для встановлення фертильного та інфертильного періоду менструального циклу визначення овуляції недостатньо. Також необхідно знати час, протягом якого яйцеклітина може бути запліднена після овуляції, і тривалість життя сперматозоїдів до овуляції у статевих шляхах жінки. Тривалість життя яйцеклітини – від 12 до 24 годин. Отже, щоб жінка завагітніла, запліднення повинно відбутись протягом кількох годин після овуляції. Як показують дослідження, іноді буває і друга овуляція, результатом якої є багатоплідна вагітність (близнюки), у такому випадку друга овуляція, зазвичай відбувається протягом 24 годин після першої овуляції.

Тривалість життя сперматозоїдів також різна і залежить від середовища. У статевих шляхах жінки виживання сперматозоїдів залежить від наявності і якості слизових виділень шийки матки, що виробляються секреторними клітинами її поверхні. Щойно виділені сперматозоїди не здатні запліднити яйцеклітину. Спочатку вони повинні зазнати низки змін, які включають у себе виділення



ферментів з голівки сперматозоїда. Для цих змін потрібен час і наявність ряду факторів, які забезпечуються слизовими виділеннями шийки матки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ

Показник “контрацептивної невдачі” (частота настання вагітності під час регулярного використання методу) залежить від методу та правильності використання і досягає від 3 до 25 випадків на 100 жінок протягом першого року використання.

Ефективність природного планування сім’ї як методу контрацепції визначають такі фактори:

- бажання пари застосувати цей метод контрацепції;
- правильне використання методу періодичного утримання або інших засобів контрацепції у дні фертильного періоду;
- відповідне навчання і знання цього методу контрацепції;
- регулярність менструального циклу.

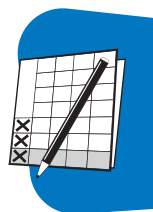
ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- можна використовувати як для запобігання непланованої вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності;
- відсутність ризику для здоров'я;
- не мають побічних ефектів;
- не потребують грошових витрат;
- не впливають на грудне вигодовування;
- негайне відновлення фертильності.

Неконтрацептивні:

- дають жінці можливість глибшого розуміння фізіології свого організму, репродуктивної системи і закономірностей менструального циклу;
- сприяють залученню чоловіка до планування сім’ї та відповідального батьківства;
- сприяють встановленню ближчих подружніх стосунків;
- використовуються для діагностики і лікування неплідності та передменструального синдрому.



НЕДОЛІКИ

- необхідне детальне навчання для правильного використання;

- необхідні консультації підготовленого спеціаліста;
- вимушене утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення;
- вимагається щоденне ведення записів;
- вагінальні інфекції та прийом медикаментів можуть ускладнити інтерпретацію цервікального слизу;
- відсутність захисту від ІПСШ, ВІЛ.

ПАРИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЕТОДИ

- жінки в усі періоди репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, в тому числі ті, які не народжували.
- пари, релігійні чи філософські переконання яких не дозволяють використовувати інші методи;
- жінки, які не можуть користуватися іншими методами;
- пари, які здатні уникати статевих стосунків протягом більше одного тижня у кожному циклі;
- пари, які здатні і бажають щоденно спостерігати, записувати, інтерпретувати ознаки фертильної фази.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЕТОДИ

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я яких роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки без достатніх знань про ефективне користування ППС;
- жінки, партнери яких не бажають утримуватись від статевих стосунків у певні дні циклу;
- жінки, які не бажають використовувати цей метод з особистих мотивів;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

Методи є оптимальними для пар, які не бажають застосовувати інші методи планування сім'ї з релігійних чи інших міркувань. Не існує медичних станів, які б могли погіршитися внаслідок застосування цих методів. У цілому, ці методи можуть бути рекомендовані без будь-яких застережень відносно того, що вони будуть

мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів, які віддають перевагу саме таким методам.

У той же час подружжя має бути поінформованим про можливість вагітності за неправильного застосування ППС.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Для деяких жінок визначення і моніторинг симптомів, пов'язаних з менструальним циклом, викликає труднощі. До можливих проблем під час застосування ППС належить:

- застосування інших методів контрацепції;
- період лактації;
- період перименопаузи;
- захворювання, які впливають на виявлення відповідних симптомів, пов'язаних з менструальним циклом;
- застосування лікарських препаратів.

МЕТОДИ

Існує кілька різних методів розпізнавання фертильності. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи базуються на двох або більше індикаторах фертильності.

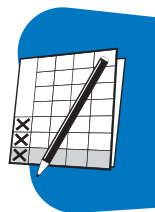
Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу тощо) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

У даний час найчастіше застосовуються такі методи розпізнавання фертильності:

- календарний (або ритмічний);
- метод базальної температури тіла;
- метод цервікального слизу;
- симптотермальний.

Календарний метод

Календарний, або ритмічний метод контрацепції є найдавнішим засобом запобігання вагітності. Він базується на визначенні фертильних днів розрахунковим методом за спеціальною таблицею, при цьому береться до уваги знання про настання овуляції за 14 днів до передбачуваної менструації під час 28-денного менструального циклу, тривалість життєздатності сперматозоїдів у жіночому організмі приблизно 8 днів і яйцеклітини після овуляції



(24 години). В даний час майже не використовується через невисоку ефективність.

Метод базальної температури тіла

Метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не дозволяє сказати, коли відбудеться наступна овуляція. Базальна температура знижується за 12-24 години до овуляції, після овуляції підвищується на 0,2-0,5°C. Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3 днів підряд. Температурний метод надійний у разі його використання для уникнення зачаття, але вимагає досить довгого часу утримання від статевого життя до періоду неможливості зачаття після овуляції.

Після овуляції основна температура тіла утримується на вищому рівні приблизно 14 днів, потім знижується, і з першим днем менструації починається новий цикл. Якщо ж базальна температура тіла утримується на високому рівні 20 і більше днів, жінка може вважати це першою ознакою вагітності.

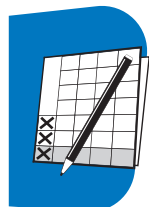
Для уникнення будь-яких неточностей і для виявлення навіть незначного підвищення температури жінка повинна користуватися точним термометром. Оскільки на зміну базальної температури впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну тощо), інтерпретація результатів вимірів вимагає особливої уваги.

Як і календарний, цей метод також майже не використовується самостійного з контрацептивною метою.

Метод цервікального слизу

Характер шийкового слизу змінюється протягом менструального циклу, а особливо у період овуляції. Це й допомагає у визначенні фертильних днів жінки. Спосіб контролю цервікального слизу протягом менструального циклу відомий як овуляторний метод Біллінга. Цей метод включає характерні зміни цервікального слизу протягом нормального менструального циклу.

Під час менструального циклу шийка матки виробляє різні типи слизу. На кількість і консистенцію цервікального слизу впливають естрогени та прогестерон. Різні типи слизу також перешкоджають або сприяють просуванню сперматозоїдів, що визначає рівень фертильності. На початку циклу, відразу після менструації, коли рівень естрогенів низький, цервікального слизу мало, він густий і липкий.



Цей густий і липкий слиз формує волокнисту сітку, яка закупорює шийку матки і створює ефективний бар'єр для проникнення сперматозоїдів. До того ж кисле середовище піхви швидко руйнує сперматозоїди.

Підвищений рівень естрогенів поступово змінює цервікальний слиз, який стає більш прозорим і рідким. У складі слизу з'являються поживні речовини для підтримки життєдіяльності сперматозоїдів, а реакція його стає лужною. Цей слиз потрапляє у піхву, нейтралізуючи кислотність і створюючи середовище, сприятливе для сперматозоїдів. Ці рідкі секрети називаються фертильними. Кількість слизу такого типу, викликана збільшенням вмісту води, зростає за 24 години до овуляції.

Сперматозоїди можуть легше рухатися у такому фертильному слизі, деякі з них рухаються у напрямку до матки і фаллопієвих труб, деякі сперматозоїди залишаються у криптах до того, як досягають матки.

Після овуляції під дією прогестерону цервікальний слиз формує щільну і липку пробку, яка перешкоджає руху сперматозоїдів. Середовище піхви знову стає кислим, сперматозоїди втрачають свою рухливість і руйнуються.

У період до настання овуляції шийковий слиз відсутній або спостерігається у незначній кількості з білим або жовтуватим відтінком. З наближенням овуляторного періоду, слиз стає більш світлим, більшим за кількістю і еластичним, при цьому натягування слизу (під час його розтягування між вказівним та великим пальцями) іноді досягає 8-10 см. Під час висушування й подальшому дослідженні під мікроскопом краплі шийкового слизу виходить малюнок, який нагадує листки папороті („феномен папороті”). Останній день значної вологості називається „днем пік”, який відповідає найвищому рівню естрогенів в організмі.

Зазвичай, овуляція спостерігається через день після зникнення значних виділень, світлого й еластичного слизу. Тому жінка, яка користується методом цервікального слизу, повинна припускати, що овуляція почалася за 2 дні до появи „пікових ознак” шийкового слизу. Після „дня пік” виділення різко змінюються під впливом прогестерону – вони стають густими або припиняються. Жінка знову відчуває сухість у піхві.

Фертильний період продовжується протягом ще 4 днів після зникнення значних світлих і еластичних слизових виділень. Постовуляторна, або пізня інфертильна фаза циклу починається на 4-й день після максимальних виділень і продовжується до 1-го дня чергової менструації.



Симптоматермальний метод

Цей найбільш поширений метод у даний час. Правила методу — це синтез підходів, які якнайкраще зарекомендували себе в усьому світі.

Симптоматермальний метод передбачає контроль базальної температури тіла, змін цервікального слизу, положення та щільності шийки матки, а також враховує інші фізіологічні показники овуляції (чутливість молочних залоз, кров'янисті виділення з піхви, відчуття важкості у нижній частині живота тощо). Порівняно з іншими методами, симптоматермальний метод є найбільш точним та ефективним за умови точного виконання всіх правил та методів, з яких він складається.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Календарний метод

Ви можете приблизно визначити свій фертильний період, спостерігаючи за менструальними циклами.

Розрахуйте свій фертильний період. Простежте за тривалістю щонайменше 6 менструальних циклів, протягом яких вам необхідно або утримуватися від статевих стосунків, або користуватися іншим контрацептивним методом. Потім розрахуйте свою фертильну фазу за наведеною нижче формулою:

- від кількості днів у найдовшому з ваших циклів відніміть 11 (цим ви визначите **останній фертильний день** вашого циклу);
- від кількості днів у найкоротшому з ваших циклів відніміть 18 (цим ви визначите **перший фертильний день** вашого циклу).

Наприклад: найдовший цикл: 30 днів – 11 = 19,
найкоротший цикл: 26 днів – 18 = 8.

Згідно з розрахунками, **фертильним** є період з 8 по 19 день циклу (для запобігання вагітності потрібно утримуватись 12 днів). Уникайте статевих актів під час фертильних днів.

Метод базальної температури тіла (БТТ)

Ви можете визначити свою фертильну фазу, акуратно вимірюючи температуру спеціальним термометром, який зафіксує навіть незначне її підвищення.

Використовуйте **правило зміни температури**:

Вимірюйте температуру в один і той же час щоранку до того, як встанете з ліжка, записуйте її в карту. (Див. приклад **заповненої карти самоспостережень жінки** нижче).

Приклад заповненої картки самоспостережень жінки, яка користується симптотермальним методом ППС

МІСЯЦЬ		Жовтень																											
ЧИСЛО		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
37.1																													
37.0																													
36.9																													
36.8																													
36.7																	3		•		•								
36.6																2	•	•									•		
36.5															1	•			•										
36.4		температурна лінія																											
36.3						•		•				•		•														•	
36.2			•				•			•	•	3	•	1															
36.1				•		•			•	5	4		2															•	
36.0		•							6																				
День циклу		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	1	
Слиз		*	*	*	*	*	С	С	С	С	М	М	М	М	М	М	М	М	С	С	С	С	С	С	М	С	*		
		відносно нефертильний період														фертильний період										абсолютно нефертильний період			

Примітки:

- * – кровотеча; М – липкий, білий, мутний, нефертильний слиз;
- С – сухі дні; М – вологий, прозорий, слизький фертильний слиз.



Використовуючи записи у карті за перші 10 днів менструального циклу, визначте найвищу з “нормальних низьких” температур (тобто щоденних температур, записаних у звичайному порядку і без виняткових умов). Не беріть до уваги аномально високі температури через лихоманку або інші стани.

Проведіть лінію дещо вище (на 0,05°) найвищої з цих 10 температур. Ця лінія називається **температурною**.

Нефертильна фаза починається увечері третього дня **поспіль** (тобто 18 жовтня), коли температура залишається вище температурної лінії (**правило зміни температури**).

З метою контрацепції утримайтеся від статевих стосунків з початку менструації до вечора третього дня поспіль, коли температура залишається вище температурної лінії.

Примітка:

- якщо протягом трьох днів одна з трьох температур впаде до температурної лінії або нижче неї, це може означати, що овуляція ще не відбулась. Для уникнення вагітності дочекайтеся 3 днів поспіль з температурою вище температурної лінії до того, як поновити статеві стосунки;
- після початку нефертильної фази більше немає необхідності реєструвати температуру. Ви можете припинити це робити до початку наступного менструального циклу або мати статеві стосунки до першого дня наступної менструації.

Метод цервікального слизу

Ви можете визначити свою фертильну фазу, стежачи за цервікальним слизом.

Простий та акуратний запис – запорука успіху.

Для ведення записів використовується ціла низка кодів. Ці коди повинні бути не лише прийнятні у вашому регіоні, але й доступні користувачам ППС. У деяких країнах використовуються кольорові наклейки або чорнильні штампи; в інших розроблено умовні позначення; в третій використовується комбінація попередніх двох, у результаті чого символи виводяться різними кольорами. Нижче наведені приклади двох таких систем.

Приклади кодів, які використовуються для ведення записів про зміни фертильності



або *

Використайте символ * або червоний колір для позначення кровотечі.



або С

Використайте літеру С або зелений колір для позначення „сухих” днів.



або М

Використайте велику літеру М або білий колір для позначення вологого, прозорого, слизького фертильного слизу (мукусу).



або м

Використайте малу літеру м або жовтий колір для позначення липкого, білого, мутного, нефертильного слизу (мукусу).

Визначення:

„Сухі дні”: після закінчення менструації у більшості жінок протягом одного чи кількох днів спостерігається відсутність слизу і зона піхви на дотик суха. Це так звані **„сухі дні”**.

Фертильні дні: якщо перед овуляцією спостерігається **будь-який** тип слизу, жінка вважається фертильною. За наявності будь-якого слизу, навіть якщо він липкий і пастоподібний, у шийці матки може також бути присутнім вологий фертильний слиз, що свідчить про початок **фертильних днів**.

День пік: останній день слизького і вологого слизу називається **„днем пік”**. Це означає, що овуляція близька або тільки що відбулася.

З метою контрацепції

Оскільки протягом дня слиз може змінювати свою консистенцію, простежте за нею кілька разів на день. Щовечора перед сном визначте свій найвищий рівень фертильності і зробіть у карті відповідну позначку.

Утримайтеся від статевих стосунків щонайменше протягом одного циклу, щоб визначити дні зі слизом.

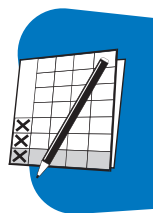
Після закінчення менструації під час „сухих днів” можна без побоювань мати статеві стосунки кожен другу ніч (**правило чергування статевих днів**). Це дозволить не сплутати слиз зі спермою.

Під час появи **будь-якого** слизу або відчуття вологості у піхві потрібно уникати статевих стосунків. Слизові дні, особливо дні фертильного слизу, небезпечні (**правило раннього слизу**).

Позначте останній день прозорого, слизького, тягучого слизу знаком Х. Це „день пік” – найбільш фертильний період.

Після „дня пік” уникайте статевих стосунків протягом наступних 3 сухих днів і ночей. Цей час небезпечний (**правило „дня пік”**).

Починаючи з ранку 4 „сухого дня” і до початку менструації можна мати статеві стосунки, не побоюючись завагітніти.



Симптомтермальний метод

Вам будуть потрібні інструкції для методів **цервікального слизу і базальної температури тіла**.

Ви можете визначити свої фертильні дні, стежачи одночасно за температурою і цервікальним слизом.

Після закінчення менструації ви можете мати статеві стосунки ввечері кожного другого „сухого дня” протягом нефертильного періоду до овуляції. **Правило чергування сухих днів** – те ж правило, яке використовується й у методі цервікального слизу.

Фертильна фаза починається з появою будь-якого слизу або відчуття вологи у піхві. Це **правило раннього слизу** – те ж правило, яке використовується й у методі цервікального слизу. Утримайтеся від статевих стосунків до закінчення фертильної фази.

Утримуйтеся від статевих стосунків до того часу, поки не будуть застосовані **правила „дня пік” і зміни температури**.

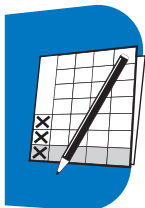
У випадках, коли ці правила по-різному визначають кінець фертильної фази, завжди дотримуйтеся найбільш консервативного правила, тобто того, яке визначає **найбільшу тривалу фертильну фазу**.

Наступний приклад ґрунтується на аналізі **заповненої карти базальної температури тіла**.

Дотримуючись **правила зміни температури**, жінка нефертильна після 16 дня. У той же час, якщо дотримуватися правила „дня пік”, вона фертильна до 18 дня. Тому жінка повинна дотримуватися більш консервативного **правила „дня пік”** і не мати статевих стосунків до 18 дня.

Примітка:

- якщо протягом попереднього циклу застосовувалися правила „дня пік” і зміни температури, ви можете мати статеві стосунки в перші 5 днів менструального циклу, починаючи з першого дня кровотечі. Це називається правилом менструації, яке гарантує, що ця кровотеча справді менструальна, а не зумовлена якимись іншими причинами.



МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

Методом лактаційної аменореї (МЛА) називається використання грудного годування як тимчасового методу запобігання вагітності. Він базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції завдяки смоктанню дитиною грудей матері.

Тривалість ановуляції варіює від 4 до 6 місяців після пологів, хоча у деяких жінок овуляція поновлюється на другому місяці післяпологового періоду. Якщо грудне вигодовування не є основним методом годування дитини, то жінка може завагітніти на 4-6 тижні після пологів. Якщо грудне вигодовування є основним методом годування дитини, то жінка може завагітніти на 6 місяці після пологів.

Під час лактації розвивається тимчасова фізіологічна неможливість завагітніти. Частота і тривалість грудного годування визначають довготривалість ановуляторного безпліддя внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропін-рилізінг-гормону (ГТРГ), що, в свою чергу, призводить до пригнічення секреції лютеогормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчників. Дослідження показали, що під час грудного годування у гіпоталамусі зменшується вміст опіоїдів, що впливають на виділення ГТРГ.

Від частоти і тривалості годування грудьми залежить вироблення пролактину. Смоктання грудей новонародженим викликає два рефлекси, що стимулюють секрецію молока:

- пролактиновий рефлекс: нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються до блукаючого нерва, а потім до гіпоталамуса, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину у гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції;
- рефлекс виділення молока: імпульси від навколососкової зони досягають задньої частки гіпофіза, де у відповідь секретується окситоцин, що зумовлює скорочення молочної залози і виділення молока.

Хоча переваги грудного годування для здоров'я дитини загальновідомі, використання лактаційної аменореї як методу планування сім'ї було визначене не так давно. Міжнародна група вчених, що зібралася у 1988 році в Центрі з досліджень та конференцій в Белладжіо (Італія), розглянула наукові дані про дію грудного годування на фертильність. Учасники групи дійшли висновку, що жінки, які не користуються методом контрацепції, але



повністю або майже повністю годують грудьми, і в яких спостерігається аменорея, мають дуже малий ризик (менше 2%) завагітніти у перші 6 місяців після пологів. Висновки, сформульовані цією групою, стали відомі як „Консенсус в Белладжіо”.

„Консенсус” став науковою базою для визначення станів, за яких грудне годування може безпечно застосовуватися для планування інтервалів між пологами. Було розроблено правила з використання лактаційної аменореї як методу планування сім’ї. Ці правила включають у себе три умови, яких потрібно дотримуватися одночасно для того, щоб був забезпечений захист від непланованої вагітності:

- виключно грудне годування;
- аменорея;
- після пологів минуло не більше 6 місяців.

МЛА забезпечує захист від вагітності більш ніж на 98% протягом перших 6 місяців після пологів за дотримання вищезгаданих умов.

Правила із застосування лактаційної аменореї як методу контрацепції рекомендують жінкам, для яких хоча б одна з цих умов не виконується негайно розпочати застосування іншого методу планування сім’ї.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічує овуляцію.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- ефективний (0,9 вагітностей при правильному використанні, а при звичайному використанні 2 вагітності на 100 жінок **у перші 6 місяців використання**);
- негайна ефективність;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- відсутність побічних ефектів;
- немає необхідності у спеціальному медичному спостереженні;
- не потрібно поповнювати запас контрацептиву;
- не потрібні грошові витрати.

Неконтрацептивні:

Для дитини:

- пасивна імунізація (передача захисних антитіл);

- найкраще джерело поживних речовин;
- зниження ризику інфікування через воду, дитяче харчування, кухонний посуд.

Для матері:

- зменшення післяпологової втрати крові.

НЕДОЛІКИ

- залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного годування);
- може виявитися таким, що важко виконати через соціальні обставини;
- має високу ефективність лише у разі дотримання всіх умов;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЛА

- жінки, які годують виключно грудьми, у яких після пологів пройшло менше 6 місяців, і менструації ще не відновилися.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЛА

- жінки, у яких відновилися менструації;
- жінки, які не годують виключно (чи майже виключно) грудьми;
- жінки, якщо дитині виповнилося 6 або більше місяців.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

Як часто годувати

Годуйте дитину з обох грудей на її вимогу приблизно 8-10 разів на добу.

Годуйте дитину щонайменше один раз вночі (інтервал між годуваннями вночі не повинен перевищувати 6 годин).

Коли починати вводити тверду їжу

Якщо дитина добре росте, додає у вазі, і якщо ваше харчування збалансоване, й ви достатньо відпочиваєте, щоб підтримувати адекватну кількість грудного молока, дитина до 6 місяців не потребує іншого харчування.

Як тільки ви почнете замінювати грудне молоко іншою їжею чи рідиною, дитина буде смоктати менше, і грудне годування **перестане** бути ефективним методом запобігання вагітності.



Менструації

Поновлення менструацій означає, що ваша дітородна функція відновилася, і ви повинні негайно почати використовувати інші методи ПС.

Потрібно використовувати метод контрацепції, якщо у вас відновилися менструації, якщо ви більше не годуєте виключно грудьми або якщо вашій дитині 6 місяців.

Проконсультуйтеся зі своїм лікарем перед тим, як починати використовувати інший метод контрацепції.

Якщо ви або ваш партнер підлягають ризику зараження ІПСШ, ВІЛ вам необхідно використовувати презервативи разом з МЛА.

Що робити, якщо ви не годуєте виключно грудьми або припинили грудне годування

Необхідно мати вдома тимчасовий запас презервативів або інший контрацептивний засіб, щоб почати його використовувати, як тільки ви припините виключно грудне годування своєї дитини.

Зверніться до спеціаліста, який допоможе підібрати і навчить вас правильно використовувати інший метод контрацепції.

Перехід до постійного методу контрацепції

Жінка, яка використовує МЛА, може у будь-який час почати використання іншого методу контрацепції. Якщо чітко дотримуються всі три критерії використання МЛА, і є достатня впевненість у тому, що жінка не вагітна, вона може приступити до застосування нового методу без попереднього обстеження на вагітність або гінекологічного обстеження.

З метою запобігання вагітності, жінці слід в обов'язковому порядку перейти до іншого методу контрацепції відразу ж після того, як перестане задовольнятися той чи інший критерій використання МЛА. Новий метод контрацепції повинен бути підібраний до того, як виникне необхідність у його використанні (бажано проконсультувати жінку щодо зміни методу на 5-му тижні після пологів).

Якщо жінка планує продовжувати грудне вигодовування дитини, вона може вибрати один з існуючих гормональних і негормональних методів контрацепції, залежно від тривалості післяпологового періоду.



ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ

На сучасному етапі добровільна хірургічна стерилізація, (ДХС) є одним із поширених методів планування сім'ї як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються. ДХС - незворотний і ефективний метод запобігання вагітності як для жінок, так і для чоловіків, і в той же час це безпечний і економічний засіб контрацепції.

Враховуючи важливість добровільності і вільного вибору методу контрацепції, особлива увага надається консультуванню, так як рішення про проведення стерилізації повинне базуватися на бажанні пацієнтів більше не мати дітей, повній поінформованості і можливості виважено обдумати свій вибір. Передусім пацієнтам треба сказати, що процедури ДХС, як для чоловіків, так і для жінок, повинні розглядатися як постійні і незворотні. Парам, які можуть побажати мати дітей у майбутньому, потрібно порадити інші методи планування сім'ї.

Під час проведення консультування пацієнтам необхідно надати можливість ставити всі запитання, що хвилюють їх; лише таким чином можна зробити правильний вибір методу планування сім'ї і усунути сумніви.

Пацієнтам необхідно пояснити переваги ДХС; одноразове рішення і застосування забезпечить постійне і найбільш ефективне запобігання вагітності.

Спеціаліст повинен пояснити детально всі етапи операції хірургічної стерилізації та її можливі побічні явища й ускладнення.

Пацієнт повинен добровільно письмово погодитися на проведення ДХС.

Шість основних елементів інформованої згоди, про які повинні бути попереджені пацієнти, які вибрали метод добровільної хірургічної стерилізації:

1. Жінка та її партнер можуть використовувати тимчасові (зворотні) методи контрацепції. Пацієнт/пацієнтка має право на вибір.
2. Перев'язка труб і вазектомія є хірургічною операцією.
3. Наявний ризик, пов'язаний з оперативним втручанням.
4. Пацієнт/пацієнтка більше не зможе мати дітей.



5. Передбачається, що ефект від цієї процедури буде постійним (незворотним).
6. Пацієнт/пацієнтка має право відмовитися від цієї процедури, що ніяк не вплине на його право одержувати інші послуги. Пацієнт/пацієнтка може змінити своє рішення у будь-який момент до операції.



ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЖІНОК

Немає медичних передумов, за якими стерилізація була б абсолютно неприйнятна для пацієнта. Можуть існувати стани або обставини, які диктують необхідність дотримуватися деяких застережень чи відкласти процедуру для корекції стану пацієнта.

Процедуру стерилізації повинен проводити досвідчений хірург і медичний персонал; для проведення процедури необхідне відповідне обладнання та медичне забезпечення.

ТРУБНА ОКЛЮЗІЯ

Трубна оклюзія – це хірургічне блокування прохідності маткових труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню.

МЕТОДИ

- міні-лапаротомія;
- лапароскопія.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Блокування фаллопієвих труб (їх перев'язування, перерізування чи використання скобок, кілець або електрокоагуляції), внаслідок чого запліднення яйцеклітини стає неможливим.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Пацієнтка має право змінити своє рішення у будь-який момент до процедури.

Пацієнтку не можна спонукати до згоди на проведення добровільної стерилізації.

Пацієнтка повинна написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції.

Згода чоловіка не є обов'язковою умовою.

Трубна оклюзія ефективна з моменту завершення операції.

Менструації залишаються такими ж, як і раніше. Якщо до операції використовувався гормональний метод, особливо КОК і КІК, то обсяг і тривалість менструацій після операції можуть збільшитися.

Не захищає від ІПСШ та ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи після трубної оклюзії.



ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайна ефективність;
- постійний метод;
- не впливає на грудне вигодовування;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- це хірургічне втручання, яке зазвичай виконується під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками).

Неконтрацептивні:

- може сприяти зниженню ризику розвитку раку ендометрію.

НЕДОЛІКИ

- метод незворотний;
- пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення;
- невисокий ризик ускладнень (ризик зростає у разі використання загальної анестезії);
- короточасний дискомфорт/біль після операції;
- необхідна участь кваліфікованого лікаря, який володіє методикою;
- необхідність спеціального обладнання;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- жінки репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- жінки, які впевнені, що вони досягли бажаної кількості дітей;
- жінки, які хочуть використовувати високоефективний постійний метод запобігання вагітності;

- жінки, для здоров'я яких вагітність є серйозною загрозою;
- жінки після пологів;
- жінки після абортів;
- жінки, які добровільно і свідомо дають згоду на процедуру;
- ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД жінки репродуктивного віку, які виконали репродуктивні плани та жінки, стан здоров'я яких не дозволяє народжувати.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з нез'ясованими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з гострою тазовою або системною інфекцією (до того, як інфекція буде вилікувана);
- жінки, яким протипоказане хірургічне втручання;
- жінки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
- жінки, які не дають добровільної свідомої згоди на процедуру.

ПРОВЕДЕННЯ ДХС

У будь-який день **протягом 7 днів після початку менструального циклу**. При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Якщо **після початку менструального циклу пройшло більше 7 днів**, то операція може бути проведена у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Якщо **жінка приймає гормональні оральні контрацептиви**, то необхідно завершити прийом таблеток із поточної упаковки, щоб уникнути збою менструального циклу.

Після пологів: перші 7 днів або через 6 тижнів.

Після абортів:

- 1-й триместр (аборт до 12 тижнів): Одразу після абортів чи протягом 48 годин (2 днів), якщо немає ознак інфекції органів тазу (міні-лапаротомія або лапароскопія).
- 2-й триместр (аборт після 12 тижнів): відразу або протягом 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів тазу (лише міні-лапаротомія).



МІНІ-ЛАПАРАТОМІЯ

ВИДИ

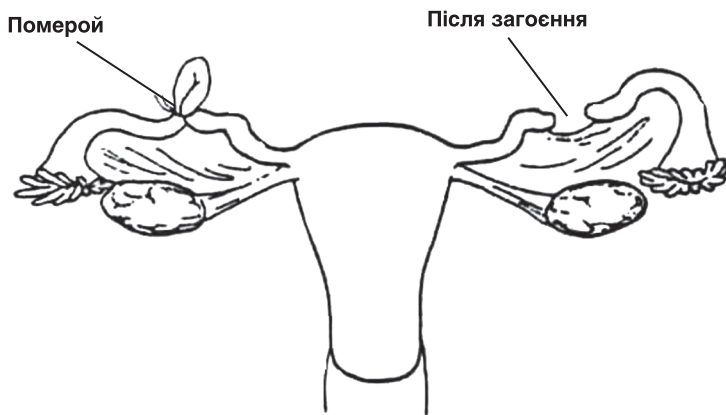
- післяпологова;
- інтервальна.

Післяпологова міні-лапаротомія повинна стати невід'ємною частиною медичних послуг пологових стаціонарів. Операцію можна провести одразу або у будь-який з 7 днів після пологів. Хірургічна стерилізація не має негативного впливу на перебіг післяпологового періоду, лактацію, менструальну функцію, сексуальну поведінку та соматичне здоров'я.

Міні-лапаротомія після пологів виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3 см) нижче пупка, тому що у післяпологовий період матка і фаллопієві труби розташовані високо у черевній порожнині. Операція може виконуватися під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів або анальгетиків.

Для проведення стерилізації під час міні-лапаротомії використовують метод Помероя або Притчарда, а також можуть використовуватись фаллопієві кільця, затискачі Фільші або пружинні затискачі.

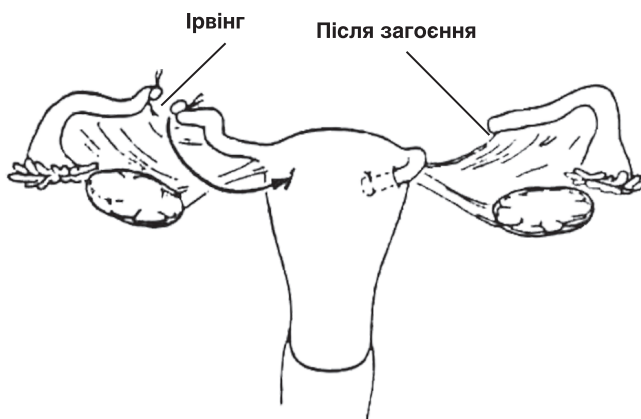
Метод Помероя полягає у перев'язці кетгутом фаллопієвої труби в її середній частині у вигляді петлі, а потім відсіканні петлі, що є достатньо ефективним для проведення ДХС у післяпологовому періоді.



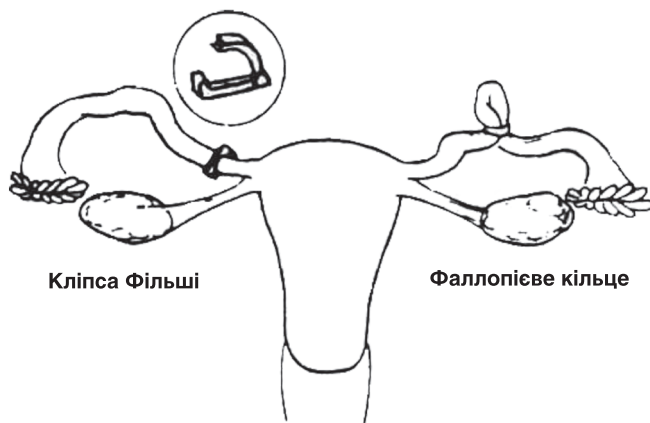
Метод Притчарда дає можливість зберегти більшу частину маткових труб, та запобігає їх реканалізації. Операція полягає у

тому, що брижа кожної маткової труби відсікається у безсудинній ділянці, труба лігується в двох місцях хромованим кетгутом, а відрізок труби між ними відтинається.

Метод Ірвінга зазвичай не використовують при міні-лапаротомії через неможливість підходу до маткових труб. Метод полягає у вшиванні проксимального кінця маткової труби у стінку матки і є одним з найбільш ефективних методів стерилізації у післяпологовому періоді. При використанні цього методу, ймовірність розвитку позаматкової вагітності значно знижується.



Після пологів можна використати затискачі (кліпси) Фільші, які накладають на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.



Використання кілець та пружинних затискачів, а також електрокоагуляції під час післяпологової стерилізації не рекомендується.

Післяпологову стерилізацію також можливо провести під час оперативного розродження шляхом кесаревого розтину.

Лапароскопічна стерилізація не рекомендується у післяпологовому періоді.

Абсолютними протипоказаннями для проведення післяпологової стерилізації є: тривалість безводного проміжку 24 години і більше; гостра інфекція під час пологів та після них.

Відносними протипоказаннями для проведення післяпологової стерилізації є: артеріальна гіпертензія (АТ більше 160/100 мм рт. ст.); кровотеча під час пологів або у післяпологовому періоді, що супроводжується анемією (Hb менше 80 г/л); ожиріння III - IV ступеня.

Ускладнення післяпологової стерилізації можуть бути пов'язані з анестезією і розвитком післяопераційних запальних захворювань органів малого тазу. Ці ускладнення можна звести до мінімуму ретельним обстеженням пацієнтки з метою виявлення протипоказань до стерилізації (післяпологової кровотечі, інфекційних захворювань та запальних процесів).

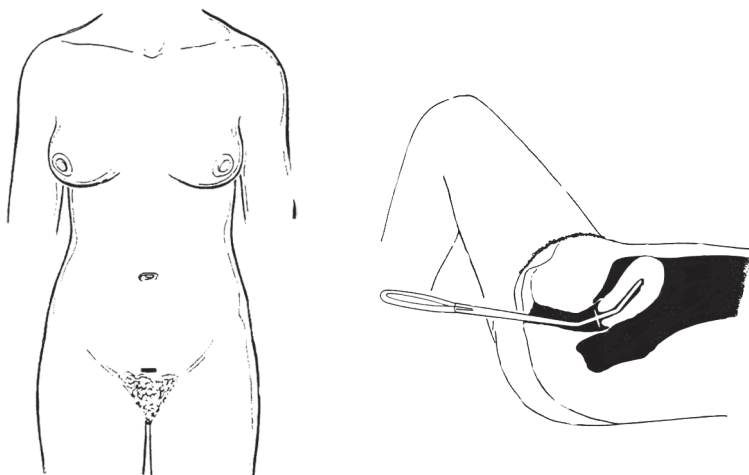
Операцію необхідно виконувати обережно для уникнення травмування кишки. Лігування труб повинно бути надійним для запобігання кровотечі. Операцію не рекомендовано проводити пізніше ніж через 7 днів після пологів через високий ризик післяопераційних ускладнень на фоні неповної інволюції матки.

Якщо міні-лапаротомію не можна здійснити після пологів, операцію можна виконати через 6 тижнів (42 дні).

Інтервальна міні-лапаротомія

Інтервальна (надлобкова) міні-лапаротомія проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або у будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Техніка операції дещо відрізняється: розріз проводиться над лобком довжиною 2-5 см; використовується металевий під'ємник матки, щоб наблизити матку і труби до розрізу. Стерилізація виконується методом Помероя або Паркланда, а також використовуються затискачі, кільця.



Ускладнення після інтервальної міні-лапаротомії можуть виникати у менш ніж 1% випадків. До найбільш частих ускладнень відносяться такі, що пов'язані з анестезією, інфікуванням після-операційної рани, травматизацією сечового міхура, кишківника, перфорацією матки під час її елевації та невдале блокування проходності маткових труб.

Лапароскопія

Під час лапароскопічної стерилізації найчастіше застосовуються фаллопіїв кільця, затискачі або електрокоагуляція. Лапароскопія проводиться у спеціально обладнаній операційній. Техніка виконання залежить від кваліфікації хірурга: черезчеревинна або черезпіхова.

Методика. У черевну порожнину жінки вводиться спеціальна голка і через неї нагнітається певна кількість повітря або газу. Це дозволяє відвести черевну стінку на достатню відстань від органів малого тазу. Біль у верхньому плечовому поясі протягом 12-24 годин після лапароскопії є звичним явищем, яке зумовлюється наявністю газу (CO₂ чи повітря) під діафрагмою (побічне явище пневмоперитонеуму). Потім через невеликий надріз (довжиною близько сантиметра) у межах знеболеної ділянки вводять у черевну порожнину лапароскоп. За допомогою лапароскопа оглядають органи черевної порожнини і визначають місцезнаходження маткових труб. Кожна труба перетискається за допомогою дужки або кільця. Існує також методика блокування просвіту маткових труб



за допомогою електрокоагуляції. Після завершення операції на надріз накладаються хірургічні шви, і область швів закривається пов'язкою.

Трансцервікальна хірургічна стерилізація (гістероскопія) передбачає використання хімічних або інших матеріалів (наприклад, квінакрин, метилціаноакрилат, фенол) для оклюзії маткових труб.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

До оперативного втручання:

- використовувати інший метод контрацепції;
- не приймати їжу за 8 годин до операції;
- не приймати рідину за 2 години до операції;
- припинити прийом медикаментів за 24 години до операції (за виключенням препаратів, призначених лікарем).

Після оперативного втручання:

- тримати місце операції сухим протягом 1-2 днів;
- повертатися до повсякденних занять поступово (відновлення нормальної активності через 7 днів після операції);
- утримуватись від статевих контактів протягом 1 тижня. Якщо після відновлення статевих стосунків виникає дискомфорт, проконсультуйтеся із лікарем.
- повторний огляд лікарем через 7 днів після операції.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ:

- Гематома (підшкірна).
- Поверхнева кровотеча (краї шкіри або підшкірні судини).
- Післяопераційна лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$).
- Поранення сечового міхура, кишківника (рідко).
- Абсцес (інкапсульоване підшкірне гнійне утворення інфекційної етіології).
- Газова емболія при лапароскопії (дуже рідко).

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$).
- Запаморочення з непритомністю.
- Постійний або наростаючий біль у животі.
- Витікання з рани крові.
- Ознаки чи симптоми вагітності.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ

Вазектомія – це чоловіча добровільна хірургічна стерилізація (ДХС), що здійснюється стандартним методом (один або два невеликих розрізи) або безскальпельною технологією (метод, якому надають перевагу).

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- Після блокування сім'явиносної протоки (vas deferens) сперматозоїди в еякуляті відсутні.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Пацієнт має право змінити своє рішення у будь-який момент до початку процедури.

Пацієнта не можна спонукати до згоди на проведення добровільної хірургічної стерилізації.

Пацієнт повинен написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції;

Згода жінки (дружини) не обов'язкова;

Не забезпечує захисту від вагітності партнерки протягом перших 3 місяців після операції або якщо під час аналізу сім'яної рідини під мікроскопом у ній присутні сперматозоїди.

Не впливає на сексуальну діяльність, оскільки яєчка продовжують нормально функціонувати.

Не забезпечує захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи навіть після вазектомії.

ПЕРЕВАГИ

- висока ефективність (0,1 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання);
- постійний метод;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- підходить для пар у тих випадках, коли вагітність або трубна оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки;
- хірургічне втручання, яке проводиться під місцевою анестезією;
- відсутність побічних ефектів;



- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчками).

НЕДОЛІКИ

- метод незворотний;
- пацієнт може згодом шкодувати про своє рішення;
- затримка ефективності (ефект через 3 місяці);
- ризик та побічні ефекти, пов'язані з хірургічним втручанням, особливо при використанні загальної анестезії;
- короточасний біль/дискомфорт після процедури;
- необхідна участь кваліфікованого медичного спеціаліста;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВАЗЕКТОМІЮ

- чоловіки будь-якого репродуктивного віку за поінформованим бажанням;
- чоловіки, які хочуть використовувати високоефективний постійний метод контрацепції;
- чоловіки, для партнерок яких вагітність є серйозною небезпекою для здоров'я через їхній вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям;
- чоловіки, які добровільно та усвідомлено дають згоду на процедуру.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВАЗЕКТОМІЮ:

- чоловіки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
- чоловіки, які не дають добровільної усвідомленої згоди на процедуру.

ТЕХНІКА ВАЗЕКТОМІЇ

При виконанні вазектомії особлива увага приділяється дотриманню правил асептики. Вазектомія зазвичай проводиться під місцевим знеболенням. Сім'явиносні протоки, що розташовані по обидва боки мошонки, фіксуються атравматичним інструментом або пальцями; операційна ділянка разом з перивазальними тканинами інфільтрується 1% розчином лідокаїну. Після фіксування



протоки в області знеболеної ділянки проводиться розріз та петлеподібна частина протоки витягується через рану.

Розріз шкіри та м'язового шару проводиться над сім'явиносними протоками, які ізолюються, перев'язуються та перетинаються. Після цього обидва кінці проток можуть коагулюватися. Вазектомія може проводитись одним або двома розрізами.

Безскальпельна вазектомія (китайський метод)

Методика безскальпельної вазектомії

Цей метод полягає у тому, що для виведення сім'явиносних проток проводиться пункція, а не розріз, що значно зменшує частоту ускладнень, особливо гематом. Після місцевого знеболення спеціальний кільцевидний затискач накладається на сім'явиносну протоку. Другий інструмент – це препарувальний затискач з гострим кінцем, використовується як для пункції, так і для невеликого розрізу шкіри та стінки сім'явиносної протоки. Протока ізолюється та проводиться її оклюзія відповідним способом. Операція проводиться таким же методом на другій стороні. Для закриття рани використовують стерильну пов'язку.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

- Не знімати пов'язку протягом 3 днів і не чіпати рану до її загоєння.
- Через 24 години після операції можна приймати душ, але не давати рані намокнути. Через 3 дні можна мити зону операції водою з милом.
- Носити суспензорій протягом 2-3 днів.
- Уникати важкої роботи протягом 3 днів.
- Можна поновити статеві стосунки через 2-3 дні.
- Необхідно користуватися презервативом або іншим методом контрацепції протягом 3 місяців після операції.
- Альтернативна рекомендація, яка радила зачекати на 20 еякуляцій після операції, виявилася менш надійною, і тому більше не рекомендується.
- Якщо були нескладні неабсорбовані шви, необхідно звернутись до лікаря через 1 тиждень для їхнього видалення. Якщо шви не накладалися або застосовувався абсорбований шовний матеріал, то за відсутності скарг немає необхідності звертатися до лікаря.



МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ

- 
- Больові відчуття (у зоні розрізу). Як правило, дискомфорт у мошонці зберігається протягом 2-3 днів після операції. У разі больових відчуттів можна призначити знеболювальні таблетки (ацетамінофен, ібупрофен чи парацетамол). Призначати аспірин не рекомендується через його здатність сповільнювати згортання крові.
 - Надмірний набряк.
 - Гематома мошонки.
 - Інфекція рани.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Лихоманка ($> 38^{\circ} \text{C}$).
- Витікання з рани крові.
- Мошонка дуже болюча або з набряком.
- У партнерки не було менструації.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна або посткоїтальна контрацепція (НК) – збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних методів контрацепції (спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції (ТНК), КОК, ПТП, ВМК тощо) у перші години після незахищеного статевого акту для того, щоб запобігти настанню непланованої вагітності.

Метод невідкладної контрацепції застосовується для попередження непланованої вагітності у випадку незахищеного (без контрацептиву) статевого акту або за виявлення дефектів бар'єрних протизаплідних засобів (презерватива, діафрагми), під час помилок у застосуванні гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової таблетки), після згвалтування чи в інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна.

Ефективність методу досить висока, якщо з моменту незахищеного статевого акту минуло не більше 72-120 годин (3-5 днів). Чим раніше після статевого акту жінка починає приймати НК, тим вища її ефективність.

Враховуючи вищезазначене, препарати посткоїтальної контрацепції повинні відповідати певним вимогам:

- висока ефективність;
- відсутність побічних ефектів.

Механізм дії стероїдних препаратів різнонаправлений і обумовлений впливом на різні ланки репродуктивної системи: зміну секреції гонадотропінів (впливає на овуляцію), блокування пенетрації сперматозоїдів і пригнічення передменструального стероїдогенезу. Такий широкий спектр дії для посткоїтальних контрацептивів обумовлений тим, що їхнє застосування може припасти на різний період менструального циклу, і тоді проявиться той чи інший ефект введеного гормону.

Варто зазначити, що досить висока ефективність методу невідкладної контрацепції досягається за рахунок введення доз гормонів, які значно перевищують дозу, що міститься у таблетках для циклічного прийому. Так, доза естрогену у препаратах посткоїтальних контрацептивів досягає 0,5 мг, прогестагену – 400-750 мкг. Єдиним механічним методом для посткоїтальної контрацепції є введення ВМК, яке має здійснюватися з дотриманням усіх необхідних правил не пізніше, ніж через 5 діб після незахищеного статевого акту, що забезпечує контрацептивний ефект у 99% випадків. Однак, необхідно зазначити, що цей метод має більше об-



межень, ніж гормональна невідкладна контрацепція. Це пов'язано з тим, що метод неприйнятний за високого ризику інфікування жінок після згвалтувань, у тих, хто не народжував та у підлітків.

Потрібно зазначити, що у спеціальній літературі мало уваги приділяється висвітленню принципів та методів посткоїтальної контрацепції. Це диктує необхідність навчання методу контрацепції медичних спеціалістів, співробітників центрів планування сім'ї, а також жінок – від підліткового до старшого репродуктивного віку. Метод, застосований правильно, з урахуванням показань посткоїтальної контрацепції, може значною мірою сприяти збереженню здоров'я жінок.



ТИПИ НК

- спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції (ТНК) прогестагенового ряду, що містять левоноргестрел:
 - Постинор – 1 таблетка містить 0,75 мг левоноргестрелу, 2 таблетки в блістері;
 - Ескапел – 1 таблетка містить 1,5 мг левоноргестрелу, 1 таблетка в блістері;
- протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (ПТП), що містять левоноргестрел або норгестрел;
- комбіновані естроген-гестагенні (КОК);
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК).

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- впливають на овуляцію;
- сповільнюють рух сперматозоїдів по маткових трубах;
- викликають зміни ендометрію, що запобігають імплантації заплідненої яйцеклітини.

Точний механізм дії невідкладних контрацептивів залежить від того дня менструального циклу жінки, коли вона мала незахищений статевий контакт, та часу прийому таблеток невідкладної контрацепції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТНК

За статистичними даними:

- на 100 жінок, які мали статевий контакт на другому чи третьому тижні після початку менструального циклу без застосуван-

ня протизаплідних засобів, припадає близько 8 непланованих вагітностей;

- на 100 жінок, які використали ТНК прогестагенового ряду, припадає 1 непланована вагітність;
- на 100 жінок, які використали комбіновані ТНК (естроген + прогестаген), припадає 2 неплановані вагітності.

ВІДНОВЛЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

Після використання ТНК фертильність відновлюється практично відразу. Жінка може завагітніти безпосередньо після прийому ТНК. ТНК мають протизаплідний ефект лише щодо незахищеного статевих контакту, що відбувся протягом 5 днів до прийому таблетки. Протизаплідний ефект не поширюється на статеві контакти, що мали місце після прийому ТНК – навіть у тому разі, коли незахищений статевий контакт відбувся на наступний день після прийому таблетки.

ПЕРЕВАГИ

- надають ще одну можливість попередити неплановану вагітність;
- усі типи дуже ефективні (менше 3% жінок вагітніють у цьому циклі);
- жінка може контролювати використання методу контрацепції;
- ВМК забезпечує також тривалий контрацептивний захист.

НЕДОЛІКИ

- КОК ефективні лише у тому разі, якщо перша доза прийнята протягом 120 годин після незахищеного статевих акту;
- КОК можуть викликати нудоту, блювання або біль у молочних залозах;
- перша доза ТНК прогестагенового ряду повинна бути прийнята протягом 72-96 годин після статевих акту, вони меншою мірою викликають нудоту і біль у молочних залозах;
- ВМК ефективний лише тоді, коли вводиться протягом 5 днів після незахищеного статевих акту. Введення ВМК виконується підготовленим медичним спеціалістом і не повинно здійснюватися жінкам, які мають ризик зараження ІПСШ, ВІЛ.
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.



ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ НЕВІДКЛАДНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ

- пацієнтки, яким потрібен негайний захист від вагітності (наприклад, після непланованого, незахищеного статевого акту; якщо презерватив порвався або протік; після зґвалтування);
- може використовуватись практично кожною жінкою, включаючи жінок, які мають протипоказання для регулярного використання гормональних методів контрацепції;
- зважаючи на незначну тривалість контрацептивного ефекту, відсутні будь-які протипоказання до використання ТНК.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ НЕВІДКЛАДНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ

- вагітні жінки або у випадку, коли підозрюється вагітність.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НК

- незахищений (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у разі виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- за умови порушення регулярності у прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 3 і більше таблеток або початок нової упаковки із запізненням на 3 дні);
- запізнення введення чергової ін'єкції ДМПА більше ніж на 4 тижні;
- випадіння ВМК;
- пари, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було небажано;
- у випадку зґвалтування.

РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ

ПТП:	Доза ТНК прогестагенового ряду чи ПТП еквівалентну 1,5 мг левоноргестрелу за один прийом протягом 96 годин після статевого контакту.
або	
	Доза ТНК прогестагенового ряду чи ПТП еквівалентну 0,75 мг левоноргестрелу орально протягом 72 годин після статевого контакту. Приймають додатково дозу ПТП еквівалентну 0,75 мг левоноргестрелу через 12 годин. Усього 2 дози.

КОК:	4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 120 годин після незахищеного статевого акту. Потім ще 4 таблетки через 12 годин. Усього 8 таблеток.
ВМК:	Введення ВМК протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.
Для всіх методів:	Якщо менструація (вагінальна кровотеча) не почнеться протягом трьох тижнів, необхідно виключити наявність вагітності.

Використання довготривалих контрацептивних засобів після НК:

Протизаплідний ефект ТНК не поширюється на статеві контакти, що можуть бути після прийому таблеток – навіть у тому випадку коли статевий контакт відбувається на наступний день після прийому таблеток. Потрібно проконсультувати жінку щодо необхідності використання постійного методу. Якщо жінка не готова вибрати і використовувати постійний метод, необхідно звернути її увагу на використання презервативів як тимчасового методу.

- використання презервативів та сперміцидів може розпочатися відразу після прийому таблеток невідкладної контрацепції;
- КОК: перша таблетка приймається наступного дня після прийому таблеток невідкладної контрацепції, протягом наступних 7 днів необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (презерватив);
- ін'єкційний контрацептив та імплантати: можна розпочинати їх застосування протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі. Додатковий метод контрацепції необхідно використовувати протягом перших 7 днів після введення ін'єкційного контрацептиву. Також, потрібно почати застосовувати додатковий метод наступного дня після припинення прийому ТНК до моменту введення імплантату;
- жінка, яка як довготривалий метод контрацепції обирає ВМК, може ввести його протягом 5 днів від часу незахищеного статевого контакту замість використання інших засобів невідкладної контрацепції. Якщо жінка вирішує використовувати ВМК після прийому ТНК, його можна ввести в той же самий день, коли вона прийняла ТНК. Потреби у додатковому методі контрацепції немає.



МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Нудота і блювання (для ТНК прогестагенового ряду, ПТП і КОК):

Проконсультуйте жінку щодо побічного ефекту. Якщо блювання відбувається у перші 2 годин після прийому першої чи другої дози, пацієнтка може повторно прийняти цю дозу, або доза може бути введена вагінально. Якщо блювання відбувається через 2 години після прийому таблеток, то у цьому випадку повторювати прийом таблеток не потрібно.

Кровотеча/мажучі виділення:

Близько 8% жінок, які використовують КОК як метод невідкладної контрацепції, мають мажучі виділення під час циклу. Приблизно у 50% жінок менструація почнеться вчасно, а для більшості інших - можливий більш ранній початок менструації, ніж очікувалося. Цей побічний ефект не є ознакою того чи іншого розладу здоров'я.

Для ВМК:

Ті самі, що й під час інтервального введення. Див. розділ "ВМК".

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

1. Чи може прийом НК призводити до переривання існуючої вагітності?

Ні. Механізм дії НК не спрацьовує у тих випадках, коли жінка вже вагітна. При попаданні в організм до моменту овуляції ТНК попереджають вихід яйцеклітини з яєчника або затримують вихід яйцеклітини на 5-7 днів. До того часу всі сперматозоїди, що попали у статеві шляхи жінки, гинуть (максимальна тривалість життя сперматозоїда складає близько 5 днів).

2. Чи можуть НК порушувати внутрішньоутробний розвиток плода? Чи піддається небезпеці плід у випадку ненавмисного прийому НК вагітною жінкою?

Ні. Наявні доказові факти однозначно свідчать про те, що прийом НК не викликає порушень внутрішньоутробного розвитку плода і не становить для нього жодної небезпеки у випадку, якщо жінка завагітніє у період прийому НК чи випадково використає таблетку НК під час вагітності.



3. Як довго триває протизаплідний ефект НК?

Жінка, яка приймає НК, повинна розуміти, що вона може завагітніти у результаті чергового статевого акту, якщо вона негайно не почне використовувати інший метод контрацепції після прийому НК. Оскільки НК можуть затримувати настання овуляції, здатність до зачаття може досягати пікового рівня після того, як жінка завершує прийом НК. Якщо жінка бажає попередити вагітність, їй слід негайно почати використовувати інший метод контрацепції.

4. Чи може жінка, яка має ВІЛ-інфекцію/СНІД чи яка отримує антиретровірусне лікування, використовувати НК без шкоди для свого здоров'я?

Так. ВІЛ-інфекція/СНІД чи отримання антиретровірусного лікування не перешкоджають безпечному використанню НК.

5. Чи можливе безпечне використання НК у підлітковому віці?

Так. Дослідження у групі дівчат віком від 13 до 16 років показали, що НК є безпечними для застосування у цьому віці. Більше того, в результаті проведеного дослідження було встановлено, що всі без винятку дівчата правильно використовували НК.

6. Чи зростає ризик позаматкової вагітності у випадку збою контрацептивного ефекту НК?

Ні. На даний час, немає достовірних доказів того, що прийом НК призводить до підвищеного ризику позаматкової вагітності. Дослідження ТНК прогестагенового ряду, проведені у низці країн, не виявили більшої частоти випадків позаматкової вагітності у жінок, у яких мав місце збій контрацептивного ефекту НК, у порівнянні з жінками у загальній популяції.

7. Чи можуть застосовуватися НК в якості постійного методу контрацепції?

Ні. Майже всі інші методи контрацепції мають більш надійний протизаплідний ефект, ніж НК. Ризик настання непланованої вагітності при постійному використанні НК вищий, ніж у тих випадках, коли жінка регулярно користується іншим методом планування сім'ї. Тим не менше, жінки, які застосовують інші засоби контрацепції, повинні знати про існування НК і про те, де можна придбати цей засіб у випадку необхідності (наприклад, розрив презерватива чи пропуск 3-х і більше таблеток комбінованого орального контрацептиву).



ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ

КОНТРАЦЕПЦІЯ ДЛЯ СЕКСУАЛЬНО АКТИВНИХ ОСІБ ДО 18 РОКІВ

Здоров'я жінок репродуктивного віку закладається з перших днів життя. У дитинстві і підлітковому віці відбувається становлення загально соматичного здоров'я, беруть початок органічні і функціональні захворювання жіночих статевих органів, закладається фундамент сексуальної поведінки, формуються репродуктивні установки. Лише вирішивши проблему охорони здоров'я підлітків, які вступають у репродуктивний вік, можна очікувати народження здорового покоління.

Відповідно до українського законодавства використовується така вікова градація: діти – 0-18 років, діти підліткового віку (підлітки) – 14-18 років, молодь – 18-35 років.

Робота з підлітками – важлива частина роботи служби репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Підлітки у майбутньому – працездатне населення, яке забезпечуватиме економічний добробут і формуватиме демографічний потенціал держави.

Одним із ефективних напрямків зі збереження репродуктивного здоров'я підростаючого покоління є комплекс медично-організаційних заходів, направлених на формування у підлітків здорового способу життя, безпечної поведінки, зацікавленості у збереженні і покращенні репродуктивного здоров'я, основ відповідального батьківства, як основних складових системи планування сім'ї. Отримана інформація сприяє формуванню у юнаків та дівчат сексуальної культури і підготовці до створення міцної, здорової сім'ї. У більшості українських сімей статеве виховання неадекватне, тому молоді люди отримують відповідну інформацію від товаришів, яка часто буває неправильною чи недостатньою.

Ранній початок статевого життя, погана поінформованість про методи і засоби контрацепції, а також недостатнє їх використання збільшують ризик настання непланованої вагітності, абортів у підлітків та молоді. Необхідно визнати, що часто підлітки не повністю усвідомлюють зв'язок між сексуальними стосунками і вагітністю, сексуальна активність підлітків поєднується із дефіцитом знань щодо попередження непланованої вагітності та ІПСШ, що

призводить до небажаної вагітності і пологів у ранньому віці чи абортів, запальних захворювань органів малого тазу, і як наслідок до порушень репродуктивного здоров'я.

Вагітність у підлітковому віці завжди небажана. Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних). З одного боку це нелегке випробування для молодої дівчини, яка фізіологічно і психологічно не готова до материнства, з іншого – для її дитини, яка може народитись більш слабкою, ніж у дорослої жінки. Крім того, вагітність серед підлітків та молодих людей є основною причиною, через яку вони залишають навчання.

Дослідження у багатьох країнах показали, що 84% випадків вагітності серед жінок, молодших 20 років, є непланованими. Статистичні дані в Україні свідчать про те, що у кожному десятому випадку на операцію переривання вагітності змушена йти молода жінка.

Отже, пріоритетними напрямками сучасної стратегії роботи з підлітками і молодими людьми повинні бути сексуальна просвіта у поєднанні з доступними, ефективними і недороговартісними контрацептивами. Одним з основних аспектів консультування молоді та підлітків є забезпечення їх інформацією з питань контрацепції.

Для встановлення довірчих відносин з підлітком консультант повинен переконати його у конфіденційності розмови. Делікатним моментом у вирішенні деяких інтимних питань є залучення батьків, тому бажано ставити запитання щодо залучення батьків з обережністю. І навіть у тих випадках коли підліток відвідує медичний заклад з ким-небудь із батьків, консультант має вибрати час для особистої бесіди, щоб взнати, наскільки підлітку зручно обговорювати деякі питання у присутності батьків.

Бесіди з підлітками повинні бути спрямовані на такі важливі аспекти, як здоровий спосіб життя, статеве виховання, психологічні моменти – мораль і поведінка, а також на велику вірогідність зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом. Консультант повинен обговорити з підлітком можливі медичні проблеми, пов'язані з раннім початком статевого життя, такі як ризик виникнення раку шийки матки, а також пряму залежність між кількістю сексуальних партнерів і ризиком виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом.

Для підлітків, які мають статеві стосунки, консультація про методи контрацепції повинна починатися з бесіди про те, що найнадійнішим способом уникнення вагітності є відсутність сексуальних

контактів. Потрібно погодитися з тим, що найкращий засіб контрацепції для більшості молодих людей – це відповісти "ні" і дотримуватись цього. Необхідно пояснити підлітку, що секс означає більше, ніж просто статевий акт, і утримання (відсутність статевих стосунків) – найкращий захист від захворювань, які передаються під час сексуальних контактів.

У той же час консультант повинен бути тактовним, щоб надана інформація не виглядала так, ніби він засуджує статеву активність пацієнта. Осуд і недоброзичливість здатні надовго позбавити хлопця чи дівчину бажання звертатися за допомогою, якої вони так потребують.

Контрацепція для підлітків – дуже делікатна сфера консультування. Враховуючи той факт, що на консультацію з контрацепції приходять підлітки, які вже мають сексуальний досвід, а також беручи до уваги збільшення кількості непланованих вагітностей, лікарі зобов'язані надавати необхідну інформацію про засоби контрацепції.

Під час консультування необхідно детально обговорити сумніви і тривоги щодо використання контрацептивів. Молоді люди часто вірять різним міфам про методи контрацепції, і ці міфи повинен розвіяти консультант. Підлітка потрібно заспокоїти і пояснити, що різні методи контрацепції можуть бути допустимі у тій мірі, в якій вони можуть запобігти вагітності.

Різний вік, соціальні фактори і сексуальний досвід підлітків ускладнюють рекомендації методів контрацепції підліткам, тим більше, що за відсутності ідеального методу контрацепції дуже важко зробити правильний вибір. Для підлітків, які мають статеві стосунки, потрібний доступний метод контрацепції. Важливо, щоб підлітки могли анонімно одержати протизаплідні засоби і використати їх без тривалої підготовки та планування.

Основними задачами контрацепції у підлітків і молоді є:

- попередження непланованої вагітності (аборту і ранніх пологів);
- профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ ("Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції", четверте видання, 2009), "...підлітки можуть використовувати будь-який метод контрацепції і повинні мати велику свободу вибору у цьому плані. Сам собою вік не є достатньою основою для обмеження доступу до того чи іншого методу контрацепції". Тому у підлітків, які мають сексуальні

стосунки, повинна бути свобода вибору при використанні методів контрацепції. Всі види контрацепції є безпечними для підлітків та молоді.

Необхідно зазначити, що до контрацепції для сексуально активних підлітків ставляться більш суворі вимоги. В першу чергу – це висока, близька до 100%, ефективність. Також важливою вимогою є їх добра переносимість і максимальна безпека для здоров'я підлітка. Не менш цінною для юних користувачів є зворотність контрацепції, тобто швидке відновлення фертильності після припинення використання. Певне значення має доступність, конфіденційність, економічна вигода та інші аспекти соціального і особистого характеру.

Неодружені молоді люди можуть мати більшу кількість статевих партнерів у порівнянні з людьми більш зрілого віку і, відповідно, піддаватися більшому ризику інфікування ІПСШ.

У більшості випадків молоді дівчата не так стійко переносять побічні ефекти контрацептивів, як жінки більш зрілого віку. Однак своєчасна консультація спеціаліста часто дозволяє виправити ситуацію, так як у цьому випадку молода жінка починає спокійніше ставитись до побічних ефектів і буде менш схильна відмовитись від використання методу контрацепції.

При консультуванні осіб підліткового віку та молоді варто враховувати певні особливості, пов'язані з використанням конкретного методу контрацепції:

Презерватив

Для більшості підлітків, які як правило, мають нерегулярне статеве життя і можуть мати декілька статевих партнерів, найбільш прийнятним методом контрацепції є презерватив. Він попереджає вагітність і захищає від ІПСШ (подвійний захист). Це особливо важливо, якщо є сексуальні стосунки з декількома чи з одним випадковим партнером. Однак через неправильне одягання і використання презервативів може розірватись чи зісковзнути, через брак коштів і недостатньої поінформованості підлітки можуть використовувати неякісні презервативи. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними (при правильному використанні - 98%, а при звичайному – 85%). Під час консультування необхідно окремо зупинитись на питанні правильного використання презерватива.

Переваги:

- захист від ІПСШ, включаючи ВІЛ;

- відсутність побічних ефектів;
- можливість використання без візиту до лікаря;
- простота використання.

Недоліки:

- залежність від партнера;
- алергічні реакції на латекс;
- дискомфорт.

Перераховані недоліки значною мірою впливають на популяризацію цього методу контрацепції. Однак для підлітків, які мають нечасті статеві контакти, цей метод контрацепції повинен бути переважачим, тому що є надійним засобом профілактики ІПСШ. Використання презервативів підлітками надає впевненості у собі, оскільки як юнака, так і дівчину хвилює вірогідність небажаної вагітності чи ризик заразитися захворюваннями, що передаються під час сексуальних контактів.

КОК

КОК високоефективний метод контрацепції для дівчат молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного партнера.

За останні роки спостерігається значний прогрес у розробці безпечних та ефективних оральних контрацептивів зі зниженими дозами естрогенів, а також у впровадженні прогестагенів нового покоління. Клінічні спостереження і багаторічний досвід дослідників із країн Західної Європи та США довели, що КОК є найбільш ефективним методом контрацепції серед здорових дівчат-підлітків. Однак у цій групі жіночого населення є особливі труднощі в їхньому використанні. Порівняно з більш дорослими жінками, підлітки частіше забувають приймати таблетки або передчасно припиняють застосування таблеток у разі появи побічних ефектів.

Побічні ефекти методу – нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Необхідно зазначити, що такі побічні ефекти, як нудота і головний біль, трапляються не частіше, ніж у 1% пацієнток. Підвищену увагу привертає проблема збільшення маси тіла, що може бути основною причиною відмови від цього методу контрацепції. Підлітки більшою мірою, ніж інші групи населення, стурбовані своїм зовнішнім виглядом, і збільшення маси тіла може сприйматися ними різко негативно. Згідно з дослідженнями, під час використання оральних контрацептивів третього покоління збільшення маси тіла відзначається лише у 1,4% молодих пацієнток. Загалом побічні ефекти трапляються у

4,4% дівчаток-підлітків, що змушує їх відмовитися від застосування цього виду контрацепції.

Оральні контрацептивні таблетки стають все більш популярними серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий контрацептивний ефект. Ефективність оральних контрацептивів у жінок репродуктивного віку складає 99,7% при правильному використанні, а при звичайному – 92%. Показник неефективності у підлітків дещо вищий, що пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні оральних контрацептивів у юному віці.

Переваги:

- висока ефективність при низькій частоті побічних ефектів;
- регулюючий вплив на менструальний цикл;
- зниження частоти міжменструальних болів (альгодисменорея);
- зниження частоти анемії, мастопатії, функціональних кіст яєчників;
- позитивний вплив на акне.

Недоліки:

- потрібно приймати таблетки щодня;
- КОК не захищають від ІПСШ.

Тому підліткам рекомендується використовувати так званий «подвійний голландський метод» (одночасне застосування гормонального орального контрацептиву з презервативом), коли висока ефективність гормонального засобу доповнюється профілактикою ІПСШ, яку забезпечує презерватив.

Сперміциди

Сперміциди доцільно рекомендувати у підлітковому віці як легкий і нешкідливий метод, який майже не має побічних ефектів. Однак незручність цього застосування полягає у досягненні контрацептивної ефективності не раніше ніж за 10-15 хвилин до статевого контакту. Крім цього, ефективність сперміцидів при правильному використанні становить 82%, а при звичайному використанні - 71%, що не є найкращим методом контрацепції для підлітків.

Переваги:

- практично відсутні побічні ефекти;
- у певній мірі - попередження ІПСШ.

Недоліки:

- необхідність введення перед кожним статевим контактом;

- можливі незручності при введенні і вилученні з піхви;
- необхідність спеціального догляду, що обмежує застосування цього методу у підлітків.

ВМК

ВМК високоефективний метод контрацепції для жінок, які мають регулярне статеве життя і одного партнера. Використання ВМК у підлітків та молодих жінок, які не народжували, і рідко мають одного статевого партнера, не рекомендується у зв'язку з ризиком запальних захворювань органів малого тазу.

Цей метод можна рекомендувати дівчатам, які живуть статевим життям з одним статевим партнером, не мають запальних захворювань статевих шляхів і, бажано, вже були вагітні. Але для дівчаток-підлітків існує великий ризик запальних захворювань статевих органів. Він збільшується зі збільшенням кількості статевих партнерів, що часто зустрічається у молодому віці. Експульсія (випадіння) ВМК частіше відбувається у жінок, які не народжували через невеликі розміри порожнини матки.

Переваги:

- високоефективний метод контрацепції;
- не залежить від користувача.

Недоліки:

- не захищає від ІПСШ;
- больовий синдром та збільшення тривалості менструацій і кількості менструальних виділень;
- високий ризик експульсії.

Методи розпізнавання фертильності

Використання методів розпізнавання фертильності складне для підлітків, оскільки для їх правильного використання необхідна спеціальна підготовка. Таке навчання, вірогідно, буде важко здійснити. Але більш важливим є те, що використання цього методу ускладнюється у разі нерегулярного менструального циклу, що не дозволяє визначити фертильний і нефертильний періоди.

Однак, у будь-якому випадку консультант повинен ознайомити дівчину із змінами, які відбуваються у жіночому організмі у зв'язку з менструальними циклами.

Методи розпізнавання фертильності можна рекомендувати дівчатам:

- з регулярним менструальним циклом;
- які мають сильну мотивацію використовувати метод;
- які мають одного постійного партнера;

- дисципліновані і організовані;
- пройшли навчання з використання методу.

На випадок відмови від статевого утримання необхідно мати запас презервативів чи таблетки невідкладної контрацепції.

Невідкладна контрацепція

Підлітки повинні знати про методи невідкладної контрацепції тому, що у них достатньо часто бувають неплановані та незахищені сексуальні контакти. Однак, під час консультування необхідно пояснити, що цей метод не можна використовувати як регулярну контрацепцію. Він ефективний лише протягом 72-120 годин після статевого контакту залежно від типу НК.

Переваги:

- можливість епізодичного використання у пацієнок з нерегулярним статевим життям;
- достатньо висока ефективність;
- відсутність системних побічних ефектів;
- доступність.

Недоліки:

- застосовуються лише в екстрених випадках і не можуть використовуватись для регулярної контрацепції;
- не захищають від ІПСШ.

У разі підозри на інфікування під час статевого контакту необхідно терміново звернутись до лікаря.

Таким чином, існує великий вибір засобів і методів контрацепції для підлітків. Проводячи консультування, необхідно враховувати індивідуальні особливості підлітка: характер, ступінь відповідальності, регулярність статевого життя, наявність чи відсутність постійного статевого партнера, стан соматичного здоров'я і плани стосовно майбутньої вагітності. Здоровий спосіб життя, у тому числі безпечні статеві стосунки і профілактика непланованої вагітності, дають можливість зберегти репродуктивне здоров'я дівчини.

Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що консультування підлітків з питань сексуальної поведінки і контрацепції зменшує ризик порушення стану їхнього здоров'я та небажаної вагітності.

КОНТРАЦЕПЦІЯ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Післяпологова контрацепція – це початок та продовження використання методів ПС після пологів з метою запобігання вагітності протягом перших 2-3 років після народження дитини, коли наступна вагітність може зашкодити здоров'ю матері або дитини.

У післяпологовому періоді можна використовувати низку доступних та безпечних методів планування сім'ї. Тому головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій та клінік/центрів планування сім'ї полягає у тому, щоб пояснити пацієнтам необхідність використання методів планування сім'ї у післяпологовий період для збереження здоров'я жінок та попередження небажаної вагітності. Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження небажаної вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію.

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

Проблема залежності відновлення овуляції від лактації досліджувалась протягом останнього десятиліття. За допомогою математичного моделювання було показано, що для жінок, діти яких перебували на грудному вигодовуванні до 6 місяців, вірогідними факторами прогнозу відновлення менструальної функції були лише рівень пролактину після вигодовування та естріолу. Медіана лактаційної аменореї (у 50% жінок відновились менструації) складає 209 днів. Відновлення менструації до 6 місяців після пологів за даними різних досліджень відбувається в 11,1- 39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Контрацептивна ефективність МЛА знижується у випадках гіпогалакції та початку введення прикормів для дитини, що важливо враховувати.

Висока ефективність – до 6 місяців – за дотримання умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструації (аменорея).

Годування грудьми повинно початися відразу після пологів.

Має значну користь як для здоров'я матері, так і дитини.

Дає час для вибору і підготовки до одержання хірургічного або іншого методу контрацепції.

Варто пам'ятати:

- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним, не менше 8-10 разів на добу;

- за спроби відлучити від грудей або ввести прикорм ефективність методу знижується.

Контрацептиви прогестагенового ряду (імпланти, протизаплідні таблетки прогестагенового ряду або прогестагенові ін'єкційні контрацептиви – ПТП чи ПІК).

Якщо жінка годує грудьми, потрібно уникати використання контрацептивів прогестагенового ряду у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні.

Під час використання МЛА відкласти застосування контрацептивів прогестагенового ряду до 6 місяців після пологів.

Якщо жінка не годує грудьми, їх можна почати застосовувати негайно.

Якщо жінка не годує грудьми, і після пологів минуло більше 6 тижнів або у неї відновилися менструації, їх можна рекомендувати, переконавшись, що жінка не вагітна.

Метод не впливає на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестаген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у жінок, які годують грудьми, під час використання контрацептивів прогестагенового ряду можуть з'явитися нерегулярні кров'яністі виділення.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Можуть вводитися постплацентарно, після кесаревого розтину або у післяпологовий період (протягом 48 годин після пологів).

Якщо ВМК не введено постплацентарно або протягом 48 годин після пологів, введення необхідно відкласти до 4 тижнів після пологів.

Якщо під час годування грудьми у жінки відновилися менструації, ВМК можна ввести будь-якого дня менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.

У разі введення ВМК жінці, яка годує грудьми дитину, побічних явищ (кровотеча, біль) значно менше.

Варто пам'ятати:

- ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції);

- необхідний досвідчений персонал, навчений техніці постплацентарного або післяпологового введення ВМК;
- для постплацентарного введення ВМК пацієнтку необхідно обстежити і проконсультувати у пренатальний період;
- у матерів, які годують грудьми, менша частота випадків вилучення ВМК протягом першого року використання;
- вірогідність експульсії під час введення ВМК у післяпологовий період вища (6-10%), ніж за інтервального введення. Однак найнижчий коефіцієнт експульсії під час введення ВМК високо у порожнину матки у перші 10 хвилин після відходження плаценти;
- за інтервального введення ВМК через 4 тижні після пологів процедура введення звичайна (не вимагається спеціального навчання).

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)

Може бути проведена одразу після пологів під час виконання кесаревого розтину або протягом 7 днів після пологів.

Якщо стерилізацію не проведено протягом 7 днів після пологів, вона повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів.

Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводити під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері і можливе тривале розлучення матері з дитиною;
- вазектомія чоловікові може бути проведена у будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно користуватися тимчасовим методом контрацепції у перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

Бар'єрні методи

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, таблеток, плівок можуть використовуватися у будь-який час після пологів, вони не впливають на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини. Ці методи зручні як проміжні, якщо початок використання іншого методу відкладено.

Варто пам'ятати:

- за умови використання бар'єрних методів, що застосовуються на шийці матки (діафрагма зі сперміцидами), варто зачекати 6 тижнів після пологів перед тим, як застосовувати і використовувати діафрагму.

- використання сперміцидів вирішує проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, які годують грудьми).

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК)

Не рекомендовано для жінок, які годують, у перші 6 місяців після пологів. Відкладіть використання КОК чи КІК до початку відлучення дитини від грудей.

Необхідно уникати застосування для жінок, які годують, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців).

Якщо жінка грудьми не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

Використання КОК чи КІК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців).

У перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення через вміст у них естрогенів.

Варто пам'ятати:

- КОК чи КІК є найменш прийнятними методами для матерів, які годують грудьми;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК чи КІК можуть використовувати жінки, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і здорова.

Методи розпізнавання фертильності

Не рекомендовано починати використання методу до відновлення регулярних менструацій. Пацієнтка може почати вести карту через 6 тижнів після пологів, але при цьому їй варто продовжувати використання МЛА.

Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- цервікальний слиз важко „інтерпретувати” до відновлення регулярних менструацій (овуляцій);
- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного годування. Тому метод дослідження підвищення температури зранку після овуляції може виявитися не зовсім надійними.

КОНТРАЦЕПЦІЯ ПІСЛЯ АБОРТУ

Комплексне обслуговування жінок після абортів повинно включати як медичні, так і профілактичні послуги. Мета післяабортного обслуговування полягає в:

- наданні невідкладної допомоги у випадку неповного аборту і післяабортних ускладнень;
- консультуванні з питань планування сім'ї і наданні обраного методу контрацепції;
- встановленні зв'язків між післяабортним обслуговуванням і системою охорони репродуктивного здоров'я.

Послуги з післяабортного консультування з питань планування сім'ї повинні розглядатися як звичайний елемент акушерсько-гінекологічної допомоги. Консультування з ПС у стаціонарі є одним з основних елементів якісного медичного обслуговування жінок після аборту. Медичні спеціалісти повинні інформувати жінок про швидке відновлення фертильності та наявність безпечних і ефективних методів контрацепції, які допоможуть жінкам запобігти подальшій небажаній вагітності. Крім цього, медичні спеціалісти, які здійснюють процедуру аборту, мають можливість для консультування жінок про методи контрацепції, пояснюючи переваги того або іншого методу, як правильно його використовувати. Однак, існують методи, які не можуть бути використані відразу після аборту. У цьому разі жінкам може бути надано тимчасовий метод (презервативи).

Надання невідкладної допомоги

Невідкладна допомога у разі післяабортних ускладнень включає:

- первинний скринінг (АТ, частота пульсу, частота дихання, температура, об'єм кровотечі) для оцінки стану пацієнтки;
- медичну оцінку (короткий анамнез, фізичний і гінекологічний огляд);
- пояснення жінці її медичного стану і плану лікування;
- ревізію порожнини матки для видалення залишків плідної тканини;
- стабілізацію невідкладного стану (шок, кровотеча, сепсис);
- негайне направлення і доставлення жінки у відповідний ЗОЗ, якщо їй потрібне лікування, яке виходить за межі можливостей того закладу, в якому вона на даний момент перебуває.

Негайне лікування післяабортних ускладнень є важливою частиною гінекологічних послуг, які повинні надаватися у кожному медичному закладі.

Післяабортне планування сім'ї

Послуги з планування сім'ї після аборту повинні включати в себе компоненти, що характерні для якісного обслуговування у сфері планування сім'ї:

- консультування про необхідність використання контрацепції з урахуванням репродуктивних цілей пацієнтки;
- інформація і консультування про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти;
- надання можливості вибору (наприклад, коротко- та довготривалі методи, гормональні і негормональні);
- можливість поповнення запасу контрацептива;
- доступність подальшого спостереження;
- інформація про необхідність захисту від ІПСШ.

Післяабортне планування сім'ї повинно також базуватися на оцінці індивідуальної ситуації кожної жінки:

- характеристиках її особистості;
- клінічному стані;
- можливості одержання медичного обслуговування у тій місцевості, де вона мешкає.

Післяабортне планування сім'ї (ППС) дозволяє перервати замкнуте коло втрати репродуктивного здоров'я та попередження небажаної вагітності.

Медичний спеціаліст повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку і її партнера використовувати цей метод правильно (ефективно). Неправильне використання методу контрацепції може призвести знову до настання небажаної вагітності. Вибір методу контрацепції повинен бути усвідомленим для кожної жінки, а його обговорення повинне дати можливість жінці з'ясувати всі питання й висловити своє ставлення до нього або сумнів. За умови відсутності медичних протипоказань використання будь-якого методу контрацепції варто починати відразу після аборту. Хоча більшість жінок не хочуть завагітніти відразу після аборту, деяким із них важко відразу прийняти рішення про застосування певного методу контрацепції. Жінкам, які не обрали метод контрацепції відразу, можна запропонувати тимчасово використовувати презервативи й порадити звернутися за консультацією (можливо, разом із партнером) до

амбулаторного закладу у зручний для неї час, як тільки рішення буде прийнято.

Коли починати надання послуг з планування сім'ї

Надання послуг з планування сім'ї для жінки після аборту потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після аборту і, як правило, відбувається до першої менструації.

Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного аборт, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборт, що мав місце у другому триместрі вагітності.

З метою профілактики інфекції, жінці слід утримуватися від статевих стосунків до повної зупинки кровотечі - тобто близько 5-7 днів. Якщо жінка одержує лікування з приводу інфекції або пошкодження тканин піхви або шийки матки, їй рекомендується утримуватися від статевих контактів до повного одужання.

Якщо жінка планує знову завагітніти найближчим часом, порекомендуйте їй почекати не менше 6 місяців, що дозволить знизити ризик народження дитини з низькою масою тіла, передчасних пологів і виникнення анемії у матері.

Всі жінки після аборт потребують **консультування** і **детальної інформації**, які гарантуватимуть, що пацієнтки розуміють:

- вони можуть знову завагітніти до початку наступної менструації;
- жінки, які не планують завагітніти найближчим часом, або їх партнери повинні використовувати такий метод контрацепції, що буде ефективним одразу після відновлення статевого життя;
- існують безпечні методи контрацепції для профілактики небажаної вагітності, використання методів контрацепції можна почати безпосередньо у лікувальному закладі, де проведено процедуру аборт;
- де і як вони можуть одержати послуги з планування сім'ї і методи контрацепції;
- існує можливість подальшого спостереження й консультування щодо продовження користування методом контрацепції у медичних закладах.

Всі пацієнти, які обрали якийсь із методів ПС, повинні одержати відповідні рекомендації про подальше спостереження у використанні конкретного методу й розуміти, що у разі потреби вони завжди зможуть звернутися до медичного спеціаліста.

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ, ЯКІ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ

Дослідження засвідчили, що жінки більш ефективно й тривало використовують метод, що був обраний ними, а не призначений медичними спеціалістами. І, навпаки, обмеження вибору може призводити до настання небажаної вагітності тому, що жінки можуть припинити використання методу, який може виявитися неприйнятним для них або для їх партнерів. Тому жінкам необхідно запропонувати широкий вибір методів контрацепції відповідно до їх потреб, клінічної ситуації та бажання.

Після абортів підходять всі методи контрацепції за умови, що медичний спеціаліст:

- перевіряє наявність у жінки будь-яких станів, що вимагають обережності під час вибору чи застосування конкретного методу;
- проводить консультування у достатньому обсязі.

Аборт до 12 тижнів вагітності. Рекомендації із застосування методів контрацепції після переривання вагітності у першому триместрі такі ж, як і для жінок, які застосовують їх у звичайний час. Інволюція матки при цьому відбувається швидко, і навіть бар'єрні методи, такі як шийковий ковпачок або діафрагма, можуть активно використовуватися жінками після абортів, зроблених у першому триместрі вагітності.

Аборт після 12 тижнів вагітності. Існують деякі розходження, пов'язані із розмірами матки, які, зазвичай, повертаються до нормальних розмірів через 4-6 тижнів. Цей фактор є принциповим для використання бар'єрних методів, хірургічної стерилізації та введення ВМК.

Методи контрацепції після неускладненого абортів

Не треба відкладати використання методів контрацепції; більшість методів можуть бути запропоновані негайно.

Оральні гормональні препарати (КОК, ПТП). Перша таблетка КОК чи ПТП може бути вжита у день проведення операції, її контрацептивний ефект настає відразу, немає необхідності у використанні додаткових засобів контрацепції.

Ін'єкційні препарати (комбіновані або прогестагенові). Ін'єкцію можна зробити перед випискою після абортів або в один з 7 днів після абортів.

Імплантат може бути введений протягом першого тижня після абортів, контрацептивна дія його настає негайно.

ВМК (що містять мідь або з левоноргестрелом) можна вводити відразу після абортів або в один з 7 днів за умови відсутності симптомів інфекції. Якщо інфекція підозрюється або очевидна, необхідно відкласти введення ВМК до виліковування інфекції й запропонувати пацієнтці використовувати тимчасовий метод контрацепції. Введення ВМК після абортів має низку переваг порівняно з інтервальним введенням. Відомо, що овуляція відновлюється незабаром після абортів, причому в половини обстежених жінок це відбувається протягом 2-3 тижнів після процедури. Таким чином, введення ВМК безпосередньо після абортів забезпечує негайний контрацептивний захист. Доведено, що хоча ризик експульсії ВМК зростає відповідно до терміну гестації, за якого здійснюється аборт, і може підвищуватися порівняно з інтервальним введенням, надання жінці негайного й високоефективного методу контрацепції у ході однієї процедури може переважати зазначені фактори ризику. Дані доказової медицини свідчать про те, що традиційні побоювання клініцистів щодо високої ймовірності перфорації матки або розвитку запальних змін органів малого тазу не є обґрунтованими.

Використання бар'єрних методів (презервативи, сперміциди) починають під час відновлення сексуальної активності.

Чоловіча або жіноча добровільна хірургічна стерилізація, як метод контрацепції, обмежень не мають. Однак під час консультування жінок після абортів необхідно враховувати психологічний стан жінки, відповідно до якого вони можуть приймати поспішні рішення, про які згодом можуть пошкодувати.

Для використання **методів розпізнавання фертильності** необхідно дочекатися, поки відновиться регулярний менструальний цикл.

Методи контрацепції після ускладненого абортів

Інфекція (підтверджений або попередній діагноз)

Відкласти стерилізацію або введення ВМК до виключення діагнозу інфекції або повного виліковування інфекції (не раніше 3 місяців). Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до виключення або повного виліковування інфекції. У всіх випадках підозрюваної або підтвердженої інфекції необхідно запропонувати пацієнтці відкласти початок статевого життя до вирішення проблеми. Якщо це неможливо, можна запропонувати такі методи: презервативи, імпланти, ін'єкційні методи, гормональні оральні контрацептиви.

Травма (перфорація матки або травми шийки матки, стінок піхви)

Відкласти стерилізацію до повного вилікування травми. Якщо для ліквідації травми необхідна лапаротомія й за відсутності будь-якого додаткового ризику, стерилізацію можна здійснити одночасно з операцією. Відкласти введення ВМК до повного лікування перфорації матки або іншої серйозної травми. Травми піхви й шийки матки можуть ускладнити використання бар'єрних методів і сперміцидів. Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до повного вилікування травми стінок піхви або шийки матки. Можна запропонувати жінкам такі методи: гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, імплантати, презервативи.

Кровотеча і гостра анемія

Надання послуг з планування сім'ї після усунення кровотечі та стабілізації стану жінки. Під час стабілізації стану й за наявності вираженої анемії необхідно уникати використання методів контрацепції, які можуть призводити до додаткової крововтрати. Цими методами є стерилізація та ВМК, що містять мідь. Введення імплантатів та ін'єкції треба відкласти до відновлення нормальних показників гемоглобіну. Таблетки прогестагенового ряду можна застосовувати з обережністю. Кращим методом контрацепції є КОК (особливо показані за низького рівня гемоглобіну). Також можливе застосування презервативів та ВМС, що містять левоноргестрел.

КОНТРАЦЕПЦІЯ ПІСЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТУ

Кожну жінку необхідно поінформувати, що відновлення овуляції після медикаментозного переривання вагітності може відбуватись через 2 тижні після абортів. Тому, для попередження наступної небажаної вагітності, важливо розпочати використання ефективних методів контрацепції.

Використання контрацепції може бути почато лише після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плідного яйця. За умови відсутності ускладнень рекомендовано використання тих же методів контрацепції, що й після неускладненого аборту до 12 тижнів вагітності.

**Контрацепція після медикаментозного аборту
(початок використання)**

Метод контрацепції	Початок прийому	Примітка
КОК, КІК, імплантати, гормональний пластир, контрацептивне вагінальне кільце	Контрацептивне вагінальне кільце – наступного дня після прийому мізопростолу, або, у випадку надмірної кровотечі, через 2–3 дні. Інші методи – у день прийому мізопростолу	У випадку початку використання через 5 днів або пізніше після прийому мізопростолу: • необхідне додат- кове застосування бар'єрних методів протягом 1 тижня
ВМК: (що містять левоноргестрел [LNG] або мідь [Cu])	Після повного вигнання плідного яйця та підтвердження завершення медикаментозного аборту	Введення ВМК од- разу після медика- ментозного аборту є успішним навіть у разі потовщеного ендометрію. Якщо введення ВМК відкладається, у цей період рекоменду- ється використовувати бар'єрні або гормональні методи контрацепції.
Бар'єрні методи і сперміциди	Після відновлення сексуальної активності	Бар'єрні методи можуть використовув- ватись, коли викорис- тання іншого методу відкладається.
Жіноча добровільна хірургічна стерилізація	Після прийняття інформованого вибору	

Методи розпізнавання фертильності	Після відновлення регулярного менструального циклу	До відновлення регулярного менструального циклу – використовувати бар'єрні методи або утримуватись від статевого життя.
Таблетки для невідкладної контрацепції (які містять левоноргестрел або комбінацію естрогену/прогестагену)	Можуть використовуватись у разі незахищеного статевого акту	Не придатні, як метод контрацепції. Необхідно підібрати метод для тривалого використання.

ЖІНКИ, ЯКІ НАБЛИЖАЮТЬСЯ ДО МЕНОПАУЗИ

Вибір методу контрацепції у жінок у віці після 40 років, тобто у так званому «перехідному» періоді, нерідко представляє досить складне завдання у зв'язку з особливостями цього вікового періоду, пов'язаного з процесами поступового згасання функції яєчників, наявністю низки гінекологічних та екстрагенітальних захворювань, появою вегето-судинних симптомів.

Жінка досягає менопаузи тоді, коли її яєчники перестають виробляти яйцеклітини (відсутність овуляцій). Оскільки менструальні кровотечі при цьому перестають з'являтися з щомісячною циклічністю, жінка вважається такою, що втратила фертильність, якщо у неї відсутні будь-які менструальні кровотечі 12 місяців поспіль. Як правило, клімакс настає у віці 45-55 років. Близько половини жінок досягають менопаузи до 50 років, а у 55 років менопауза настає приблизно у 96% жінок.

Перименопауза – це період часу, коли оваріальна функція знизилася, але остаточно не припинилася. Вона включає у себе пременопаузу (2 роки до припинення менструацій) і постменопаузу (2 роки після припинення менструацій). Тривалість перименопаузи варіює, але зазвичай складає 4-6 років. Основна особливість перименопаузи – «гормональний хаос», який у 75,3% жінок характеризується:

- зниженням рівня прогестерону;
- пікоподібними викидами ЛГ і ФСГ;
- відносною гіперестрогенією (у 75% жінок);
- гіпоестрогенією (у 25% жінок).

"Гормональний хаос", характерний для перименопаузи, обумовлює різноманітність клінічних проявів. Відбуваються непередбачувані зміни менструального циклу: у частини жінок зберігається регулярний овуляторний цикл і, відповідно, фертильність. Може також зустрічатися ановуляторний цикл, неповноцінна лютеїнова фаза циклу, мено-і метроррагії, олігоменорея.

У той же час у багатьох жінок у цей період фертильність зберігається: при регулярному ритмі менструацій частота овуляторних циклів складає 95%, при фізіологічній олігоменореї 34% циклів - овуляторні (Wane et al., 1995).

За статистичними даними країн Західної Європи, 50% жінок у віці 44 років і 30% 45-50-річних сексуально активні, мають

збережений менструальний цикл, здатні до зачаття і потребують контрацепції (ВООЗ, 2000 р.).

Аборти у жінок у перименопаузі характеризуються підвищенням частоти ускладнень в 3 рази у порівнянні з жінками репродуктивного віку, частим загостренням гінекологічної і екстрагенітальної патології, більш важким перебігом клімактеричного синдрому у подальшому. Тому метою контрацепції у жінок після 40 років є не тільки попередження непланованої вагітності, але й збереження здоров'я.

З метою попередження непланованої вагітності до настання того моменту, коли є абсолютна впевненість у втраті фертильності, жінка може використовувати будь-який метод контрацепції, що не протипоказаний їй за станом здоров'я. Сам по собі, вік жінки не є обмежуючим фактором у тих випадках, коли мова йде про використання того чи іншого контрацептивного засобу. Вибір методу контрацепції проводиться у першу чергу з урахуванням стану здоров'я жінки та згідно з медичними критеріями прийнятності.

Що слід враховувати при виборі методу контрацепції

Підбір методу контрацепції для жінок, які наближаються до менопаузи, повинен здійснюватись з урахуванням таких факторів:

Комбіновані гормональні методи (комбіновані оральні контрацептиви, комбіновані ін'єкційні контрацептиви, комбіновані пластирі, вагінальні кільця)

Відповідно до рекомендацій ВООЗ для жінок у перименопаузі слід рекомендувати комбіновані мікро- і низькодозовані КОК останнього покоління.

Абсолютні протипоказання для застосування КОК у перименопаузі практично не відрізняються від загальних абсолютних протипоказань для використання КОК:

- тромбофлебіт, тромбоемболічні порушення, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарда (в тому числі в анамнезі);
- гостре захворювання печінки (гепатит);
- маткові кровотечі неясної етіології;
- вроджена гіперліпідемія;
- вагітність.

У перименопаузі, на відміну від репродуктивного віку, куріння є абсолютним протипоказанням для використання КОК.

Використання КОК, протипоказане жінкам, які курять віком 35 років і старше – незалежно від добової кількості викурених сигарет.

Використання комбінованих ін'єкційних контрацептивів проти-показане жінкам віком 35 років і старше, які викурюють 15 і більше сигарет за добу.

Використання КОК, комбінованих ін'єкційних контрацептивів, комбінованих пластирів і вагінальних кілець протипоказане жінкам старше 35 років з мігренозними болями (незалежно від того, чи супроводжуються такі болі мігренозною аурую).

У процесі застосування КОК у перименопаузі повинно проводитися спостереження за пацієнткою, що включає: контроль артеріального тиску, маси тіла, аналіз побічних реакцій.

Контрацептиви прогестагенового ряду (таблетки та ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду, імпланти)

Рекомендуються жінкам, яким протипоказане використання методів контрацепції, що містять естроген.

Тривале використання ДМПА (депо-медроксипрогестерону ацетат) приводить до зниження щільності кісткової тканини. У репродуктивному віці відміна ДМПА супроводжується поступовим відновленням щільності кісткової тканини. У дорослих жінок, які відмовились від подальшого застосування ДМПА, щільність кісткової тканини після 2-3 років перестає відрізнятися від щільності у жінок, які ніколи раніше не використовували ДМПА. Якщо пацієнтка належить до групи ризику виникнення остеопорозу або має його прояви, ДМПА протипоказаний.

Таблетки для невідкладної контрацепції

Можуть використовуватись жінками будь-якого віку, включаючи випадки непереносимості тривалого використання гормональних методів.

Добровільна хірургічна стерилізація (жіноча та чоловіча)

Може рекомендуватись жінкам і їх партнерам за умови абсолютної впевненості, що вони більше не хочуть мати дітей.

У жінок старшого віку частіше виявляються розлади здоров'я, що потребують переносу операції на більший пізній термін, скерування жінки на додаткове обстеження і лікування чи більш виваженого рішення щодо проведення операції.

Бар'єрні методи і сперміциди

Ефективні методи контрацепції для жінок старшого віку, враховуючи фактор зниження фертильності по мірі наближення до менопаузи.

Доступні і зручні методи контрацепції для жінок, які не живуть регулярним статевим життям.

Внутрішньоматкові контрацептиви (що містять мідь і гормональні)

Імовірність випадіння ВМК знижується із віком і найбільш низька у жінок старше 40 років.

Введення ВМК може бути утрудненим через вікове звуження цервікального каналу.

Серед методів внутрішньоматкової контрацепції у перименопаузі перевага надається гормональній ВМС (Мірена), так як, на відміну від ВМК, що містять мідь вона має протективний і лікувальний ефект.

Методи розпізнавання фертильності

Нерегулярний характер менструальних циклів у жінок, які наближаються до менопаузи, знижує надійність цих методів і робить їх неприйнятними.

Коли жінка може припинити використання контрацепції?

Зважаючи на нерегулярні менструальні цикли, що передують настанню менопаузи, визначити момент, коли можна припинити використання протизаплідних засобів жінкою, чиї менструації нібито припинилися, складно. У зв'язку з цим, рекомендується використовувати той чи інший метод контрацепції протягом 12 місяців після останньої менструальної кровотечі.

Оскільки гормональні контрацептиви впливають на характер менструальних кровотеч, дуже важко визначити чи досягла жінка, яка користується такими засобами, менопаузи чи ні. Після відмови від подальшого використання гормональних методів контрацепції жінка може перейти на використання негормонального методу. Жінці більше не потрібно використовувати протизаплідні засоби, якщо протягом 12 місяців поспіль у неї були відсутні менструальні кровотечі. ВМК повинен бути видалений через 12 місяців після останньої менструальної кровотечі.

УЧАСТЬ ЧОЛОВІКІВ У ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї

За останні десятиліття відбулися значні зміни у поглядах на роль чоловіків у плануванні сім'ї та охороні сексуального і репродуктивного здоров'я.

Роль чоловіків у плануванні сім'ї надзвичайно важлива. Їй приділяли недостатню увагу, оскільки багато з ефективних методів контрацепції, розроблених за останні 25 років, були призначені для використання лише жінками. Крім того, оскільки саме жінка переносить тягар вагітності, народжує дитину, годує її і в більшості випадків доглядає за нею, вона більш зацікавлена у контролі своєї репродуктивної функції. В ідеальному випадку, чоловік та жінка повинні разом брати участь у виборі протизаплідного засобу і відчувати спільну відповідальність за його застосування; усвідомлювати можливість розвитку побічних ефектів і бути уважними до свого здоров'я. Процент жінок, які використовують різноманітні методи контрацепції і вимагають сприяння чоловіка, у різних країнах відрізняється і залежить від культурних традицій та, деякою мірою, від віку пари.

Оскільки молоді чоловіки та юнаки рідко відвідують центри/кабінети планування сім'ї, необхідно створювати спеціальні служби і кабінети, які були б доступні для чоловіків, а також організовувати навчання чоловіків-волонтерів, які могли б навчати інших чоловіків питанням чоловічої сексуальності та участі у плануванні сім'ї.

Участь чоловіків у процесі планування сім'ї передбачає:

- відповідальність у прийнятті рішення про метод планування сім'ї з метою збереження здоров'я жінки та свого власного;
- забезпечення безпечної статевої поведінки;
- готовність використовувати паралельний метод контрацепції для більш гарантованого запобігання вагітності та ІПСШ (подвійний голландський метод).

Особливе значення чоловіча контрацепція має у тих випадках, коли жінка не може або не готова використовувати контрацептиви через ситуацію, яка склалася, або за станом здоров'я.

Для досягнення ефективної участі чоловіків у плануванні сім'ї необхідно, щоб вони засвоїли такі позитивні моменти:

- запобігання вагітності дозволяє статевим партнерам насолоджуватися статевим життям вільно і без страху, що статевий акт може призвести до непланованої вагітності;
- контрацепція дозволяє народити дитину у найкращий для пари час;
- свобода вибору має важливе значення для матеріального і соціального добробуту сім'ї;
- подружжя може бути позитивним прикладом застосування методів контрацепції для своїх дітей, що дозволить дітям у майбутньому планувати свою сім'ю і не мати проблем, пов'язаних із непланованою вагітністю, абортами та ІПСШ;
- використання презерватива значно знижує вірогідність зараження ВІЛ та іншими ІПСШ.

Навчаючи чоловіків плануванню сім'ї, спеціалісти повинні враховувати переваги та недоліки контрацепції для чоловіків.

Загальні **переваги** контрацепції для чоловіків:

- повна нешкідливість для організму більшості методів;
- можливість використання у будь-якій ситуації;
- відсутність побічних ефектів;
- більшість методів не вимагає дотримання користувачем інструкцій.

Загальні **недоліки** контрацепції для чоловіків:

- неприйняття чоловіком того чи іншого методу контрацепції (за індивідуальними, психологічними або соціальними мотивами);
- небажання використовувати певний метод;
- необізнаність чоловіків у питаннях планування сім'ї;
- недостатньо високий ступінь ефективності деяких методів.

Методи контрацепції для чоловіків

Пошуки надійного контрацептивного засобу для чоловіків ведуться різними лабораторіями протягом багатьох років, але до цього часу жоден із запропонованих методів не відповідає вимогам, поставленим перед контрацептивними препаратами, а саме:

- високий ступінь надійності;
- нешкідливість для здоров'я;
- зручність у використанні;
- зворотність дії;
- відсутність негативного впливу на сексуальну функцію.

Всі медикаментозні препарати, які пропонуються для чоловічої контрацепції (андрогени, гестагени, анаболічні стероїди, інгі-

бітори ферментів і рослинні препарати), спричиняють негативний вплив або на статеві органи, або на сексуальні функції, при цьому їхня ефективність дуже низька. Тому, на даний момент про ідеальні препарати для чоловічої контрацепції говорити завчасно.

Найбільш поширеними методами контрацепції для чоловіків є:

- механічні (бар'єрні).
- хірургічні – добровільна хірургічна стерилізація (вазектомія);
- поведінкові – утримання від статевих актів.

Презервативи. Презерватив – це тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу), який може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Презерватив одягається на статевий член у стані ерекції (детальніше про презервативи див. у розділі "Бар'єрні методи".)

Вазектомія. Вазектомія – чоловіча хірургічна стерилізація, що виконується стандартним методом (один чи два невеликих розрізи) або безскальпельною технологією (метод, який переважає). Контрацептивний ефект досягається завдяки блокуванню сім'явивідного протоку (детальніше про вазектомію див. у розділі "Добровільна хірургічна стерилізація").

Періодичне утримання. Періодичне утримання – метод контрацепції, за якого подружжя повинне утримуватися від статевих стосунків у той період менструального циклу, коли найбільш висока ймовірність запліднення. Успіх методу багато в чому залежить від вміння пари визначати фертильну фазу кожного менструального циклу, а також від мотивації та дисципліни під час використання (детальніше метод утримання і техніка визначення фертильної фази описані у розділі „Методи розпізнавання фертильності“).

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

У 1982 році ВООЗ ввела термін «інфекції, що передаються статевим шляхом» (ІПСШ). Ця група включає клінічно неоднорідні хвороби, які об'єднує переважно статевий шлях передачі інфекції і соціальна небезпека. Сьогодні відомий 31 збудник, для яких можливий статевий шлях передачі, серед них виявлено 15 видів бактерій, 10 вірусів, 3 види найпростіших, 2 види ектопаразитів, 1 вид грибів.

ІПСШ являють собою серйозну проблему і розповсюджені у світі дуже широко. Щорічно у всьому світі більше 340 млн. чоловіків і жінок у віці 15–49 років хворіють на виліковні ІПСШ: сифілісом, гонококовою, хламідійною і трихомонадною інфекціями. Мільйони людей щорічно інфікуються ВІЛ, вірусами герпесу, папіломи людини, гепатиту В. У світовому масштабі ІПСШ є причиною 17% економічних втрат, обумовлених порушенням стану здоров'я.

Наслідки нелікованих ІПСШ можуть бути дуже серйозними. До них належать:

- позаматкова вагітність (у жінок, які мають ІПСШ в анамнезі, ризик підвищується в 7–10 разів);
- підвищений ризик розвитку раку шийки матки;
- хронічні абдомінальні болі (у 18% жінок, які мають ІПСШ в анамнезі);
- безпліддя:
 - у 20–40% чоловіків з нелікованим хламідіозом або гонореєю;
 - у 55–85% жінок з нелікованими ІПСШ;
 - у 80% жінок з нелікованою гонореєю розвиваються запальні захворювання статевих органів, що призводить до безпліддя;
- підвищений ризик зараження ВІЛ.

Крім цього, інфікування жінок під час вагітності і пологів може призводити до втрати зору, пневмонії, ушкодження центральної нервової системи або навіть загибелі немовлят.

Вивчення закономірностей розповсюдження уrogenітальних інфекцій (УГІ), розробка і втілення методів ранньої діагностики цих інфекцій має важливе медичне і соціальне значення.

ІПСШ і контрацепція: подвійний захист

У той час як розробка міжнародних норм у сфері контрацепції є необхідною передумовою високої якості медичних послуг, робота у цьому напрямку повинна проводитись з врахуванням соціальних, культурних і поведінкових характеристик пацієнта у кожному конкретному випадку. У цьому випадку особливої уваги заслуговує небезпека зараження ІПСШ, включаючи ВІЛ-інфікування. За умови наявності високого ризику зараження ІПСШ/ВІЛ наголошено рекомендується використовувати метод подвійного захисту: або за допомогою використання презерватива у комбінації з іншим методом контрацепції, або шляхом систематичного й правильного використання презерватива як самостійного засобу з метою одночасного попередження вагітності й профілактики інфекції. Як жінкам, так і чоловікам, які звертаються до лікаря за допомогою у виборі методу контрацепції, варто обов'язково нагадувати про ефективність бар'єрного методу контрацепції (презервативів) у попередженні передачі ІПСШ/ВІЛ і всіляко сприяти широкому використанню цього методу. Чоловічі латексні презервативи зарекомендували себе як надійний засіб профілактики ІПСШ/ВІЛ за умови їх регулярного й правильного використання.

Оцінка ризику ІПСШ:

- вид занять та стиль життя пацієнта (деякі заняття можуть мати підвищений ризик захворювання, наприклад, надання сексуальних послуг);
- вид занять та стиль життя партнера;
- більше одного партнера протягом останніх 3-х місяців;
- чи має партнер симптоми ІПСШ і чи проходив він лікування з приводу ІПСШ;
- чи був партнер у від'їзді протягом останніх 3-х місяців;
- чи мав партнер інших сексуальних партнерів протягом останніх 3 місяців.

До основних ланок, що пов'язують венеричні диспансери та служби по плануванню сім'ї, належать:

- профілактика;
- скринінг пацієнтів.

Профілактика

Дуже важливо поінформувати всіх пацієнтів про:

- поведінку підвищеного ризику;
- захисні властивості презерватива (і обмежену ефективність діафрагми та сперміцидів).

Крім цього, якщо у пацієнта виявлено ІПСШ, рекомендується одночасно обстежити та лікувати і його/її партнера.

Обстеження пацієнтів на ІПСШ

При першому відвідуванні медичний спеціаліст повинен пояснити пацієнту, що таке інфекції, які передаються статевим шляхом, їх значення у порушенні репродуктивного здоров'я та виникненні перинатальних ускладнень.

Показання для обстеження:

- зміна характеру піхвових виділень;
- скарги на свербіж і печіння у ділянці статевих органів;
- виявлення або підозра на ІПСШ у статевого партнера.

Скарги: виділення із статевих шляхів.

Анамнез:

- коли з'явилися виділення;
- коли був останній статевий контакт;
- чи використовувалися презервативи;
- число статевих партнерів;
- зв'язок між скаргами і статевим контактом;
- наявність подібних симптомів у партнера;
- наявність подібних симптомів чи ознак ІПСШ в анамнезі (бажано з датою і отриманим лікуванням);
- лікування антибіотиками протягом останніх 3-х місяців;
- алергічні реакції;
- менструальний цикл і вагітності в анамнезі.

Обстеження:

- огляд шкірних покривів;
- огляд порожнини рота на наявність виразок і ерозій;
- огляд долонь і стоп;
- огляд живота, передньої черевної стінки;
- пальпація пахових лімфовузлів (збільшення, болючість).

Огляд зовнішніх статевих органів, промежини, анальної ділянки. Руками у рукавичках розсуньте великі статеві губи й огляньте малі статеві губи і вхід у піхву.

Огляд у дзеркалах: шийка матки і цервікальний канал (відкритий чи закритий), піхвові склепіння, при виведенні дзеркала огляньте стінки піхви.

Зверніть увагу на:

- висипання, розчухи на шкірі;
- лобкові воші і гниди;

- кондиломи, ерозії, виразки;
- колір, кількість і запах виділень із піхви;
- характер виділень із цервікального каналу: прозорі слизові, слизово-гнійні, гнійні, з домішкою крові.

Бімануальне обстеження: пальпація шийки матки, ділянки придатків, склепінь піхви.

При бімануальному обстеженні зверніть увагу на:

- розміри, болючість матки;
- збільшення і болючість придатків матки, наявність пухлиноподібного утворення у ділянці придатків матки, стан склепінь піхви;
- біль при рухах шийки матки може свідчити про наявність ЗЗОМТ.
- Призначте/направте пацієнта на лікування.

Консультування / інформування про ІПСШ/ВІЛ.

Контакти: переконайтеся, що сексуальний партнер одержує лікування.

Презервативи: заохочуйте використання і по можливості надайте презервативи.

Алгоритм клінічного обстеження пацієнтів з ІПСШ



ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Алгоритм лабораторного обстеження жінок з ІПСШ



Піхвові виділення найчастіше спричиняють:

- кандидоз;
- бактеріальний вагіноз;
- трихомоніаз.

У 85 % обстежених, поряд з основним захворюванням (хламідіоз, гонорея або трихомоніаз) виявляється супутній бактеріальний вагіноз або кандидоз.

ОЗНАКИ ВАГІНАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

ІНФЕКЦІЯ	БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ	ТРИХОМОНІАЗ	КАНДИДОЗ
Вагінальні виділення	Рідкі, гомогенні, з «рибним запахом»	Значні, піністі і жовті у 10-30 %	Сироподібні, незначні/значні
Свербіж	—	+	+ і набряк вульви

Стан піхви	Виділення по-кривають стінки піхви	Гіперемія і набряк вульви і слизової піхви	Гіперемія слизової піхви. Сироподібні утворення, що з утрудненням знімаються зі слизової піхви
Ознаки запалення	—	У 5 – 15% анормальні ознаки відсутні. У 2% - цервіцит (крапкова гіперемія слизової шийки матки)	10 – 20% жінок є безсимптомними носіями

ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ

Бактеріальний вагіноз:

- наявність симптомів
- прегравідарна підготовка для жінок з передчасними пологами.

Вагінальний трихомоніаз:

- позитивні діагностичні тести (виявлення трихомонад) незалежно від симптомів
- лікування статевих партнерів.

Вагінальний кандидоз:

- за наявності симптомів при виявленні дріжджеподібних грибів лікування призначається. При відсутності симптомів лікування не призначається.

При кандидозі і бактеріальному вагінозі обстеження і лікування статевих партнерів не показані. Обстеження та лікування партнера призначається за наявності у нього скарг.

Після етіологічного лікування показано застосування препаратів для відновлення мікробіоценозу піхви.

ВАГІНАЛЬНИЙ КАНДИДОЗ

Вульвовагінальний кандидоз у 90 % жінок викликається *Candida albicans* (10% - інші види *Candida*).

Критерії діагностики вагінального кандидозу:

- рН піхвових виділень 4 – 4,5;
- відсутність запаху в амінітесті;
- наявність міцелію (псевдогіфи) дріжджового грибка у вологому препараті піхвових виділень (у фізіологічному розчині);
- наявність міцелію (псевдогіфи) дріжджового грибка при фарбуванні мазка за Грамом;
- позитивний результат при використанні культурального методу.

Класифікація вульвовагінального кандидозу:

Неускладнений:

- Спорадичний;
- Кандидоносійство.

Ускладнений:

- Рецидивуючий вульвовагінальний кандидоз
- Кандидоз, не спричинений *Candida albicans*
- Вульвовагінальний кандидоз при тяжкому цукровому діабеті, імуносупресії

Лікування вагінального кандидозу:

Рекомендується утримання від статевого життя або застосування презервативів.

Гострий вагінальний кандидоз:

- *Препарати для вагінального введення:*
 - Еконазол - по 1 вагінальній свічці (150 мг) інтравагінально на ніч протягом 3 днів;або
 - Ізоконазол - 1 свічка 600 мг одноразово інтравагінально на ніч;або
 - Натаміцин - по 1 вагінальній свічці інтравагінально на ніч протягом 3 – 6 днів;

або

– Клотримазол – по 1 вагінальній таблетці (100 мг) інтравагінально на ніч протягом 3 днів;

або інші рекомендовані препарати

- *Системна терапія:*

– Флуконазол - перорально 150 мг одноразово.

Хронічний рецидивуючий урогенітальний кандидоз:

– Флуконазол перорально 150 мг одноразово, повторний прийом 150 мг одноразово через 10 днів;

або

– Флуконазол перорально по 200 мг кожен третій день (1, 4 і 7 день лікування);

або

– Ітраконазол – перорально по 200 мг двічі протягом 24 годин;

або

– Ітраконазол – перорально по 200 мг двічі 1 раз на добу протягом 3 днів.

Оптимальне лікування для вульвовагінального кандидозу, викликаного не *candida albicans* не визначено. Рекомендуються більш тривалі курси – 7-14 діб протигрибковими препаратами, не флуконазолом.

Критерії вилікування вагінального кандидозу:

- відсутність скарг;
- подальше спостереження проводиться тільки за жінками з персистуючими симптомами і наявністю чотирьох і більше рецидивів протягом року.

БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ

Критерії діагностики бактеріального вагінозу:

Критерії Амсел (необхідна наявність трьох симптомів із нижченаведених):

- рідкі гомогенні кремовидні виділення (інколи піністі);
- рН піхвових виділень $> 4,5$;
- позитивний амінний тест (наявність "рибного запаху" після додавання краплі 10 % розчину КОН);
- наявність "ключових клітин" при прямій мікроскопії мазка (забір матеріалу для дослідження з бічної стінки піхви).

Лікування бактеріального вагінозу:

Рекомендується утримання від статевого життя або застосування презервативів.

- **Рекомендоване лікування:**

- Метронідазол по 500 мг перорально двічі на день протягом 7 днів;

або

- Метронідазол гель 0,75% - один повний аплікатор (5 г) інтравагінально на ніч 5 днів;

або

- Кліндаміцин крем 2 % – один повний аплікатор інтравагінально на ніч протягом 7 днів.

Застереження:

1. Пацієнти мають бути попереджені щодо необхідності припинення прийому алкоголю протягом лікування і доби після його завершення.
2. Кліндаміцин крем може порушувати цілісність латексних презервативів та діафрагм протягом 5 днів після завершення лікування.

- **Альтернативні схеми:**

- Кліндаміцин по 300 мг двічі на добу 7 днів (при наявності протипоказань до застосування метронідазолу);

або

- Тінідазол 2 г один раз на день протягом 2 днів;

або

- Тінідазол 1 г один раз на добу протягом 5 днів;

або

- Кліндаміцин свічки 100 мг інтравагінально на ніч протягом 3 діб.

Критерії вилікування бактеріального вагінозу:

Бактеріальний вагіноз вважається вилікуваним при зникненні клінічних проявів.

ВАГІНАЛЬНИЙ ТРИХОМОНІАЗ

Критерії діагностики вагінального трихомоніазу:

- пряме виявлення трихомонад у вологому мазку;
- виявлення трихомонад у мазках, забарвлених акридиновим помаранчевим барвником;
- позитивний результат культивування на селективному для трихомонад поживному середовищі.

Лікування вагінального трихомоніазу:

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. Рекомендується утримання від статевого життя або застосування презервативів.

- **Рекомендовані схеми:**

- Метронідазол 2,0 г перорально одномоментно одноразово;
- або
- Тінідазол 2,0 г перорально одномоментно одноразово;
- або
- Орнідазол 1,5 г перорально одномоментно одноразово.

- **Альтернативні схеми** (при неефективності лікування та виключенні реінфекції):

- Орнідазол - по 500 мг перорально двічі на добу (через 12 год.) протягом 5 днів;
- або
- Метронідазол по 500 мг перорально двічі на добу (через 12 год.) протягом 7 днів.

Критерії вилікування вагінального трихомоніазу:

Негативні результати лабораторних обстежень через 10-14 днів після завершення лікування, далі за показаннями.

УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ

Критерії діагностики уrogenітального хламідіозу:

Клінічна симптоматика:

- слизові або слизово-гнійні виділення з піхви або цервікального каналу; міжменструальні або посткоїтальні кров'янисті виділення;
- біль внизу живота;
- наявність цервіциту або «фолікулярної ерозії» шийки матки.

Лабораторне обстеження:

- виявлення антигенів *C. trachomatis* у пробах із цервікального каналу або уретри - метод ПЛР, ПІФ, ІФА (подано у порядку зменшення чутливості і специфічності методу).

Серологічні методи (виявлення Ig A, Ig G) мають обмежену діагностичну цінність і не можуть використовуватись для встановлення діагнозу уrogenітального хламідіозу та контролю вилікування.

При обстеженні пацієнток із ЗЗОМТ діагностично значимим є зростання IgG у 4 рази при дослідженні парних сироваток (інтервал між обстеженнями 14 днів).

Лікування неускладненого уrogenітального хламідіозу:

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. Рекомендується утримання від статевого життя.

• **Рекомендовані схеми:**

- Азитроміцин – 1,0 г перорально одномоментно;
або
- Доксициклін - 100 мг перорально двічі на добу протягом 7 днів.

• **Альтернативні схеми:**

- Еритроміцин – по 500 мг перорально 4 рази на добу протягом 7 днів;
або
- Офлоксацин – по 300 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів;
або
- Левофлоксацин 500 мг перорально один раз на добу протягом 7 діб. При поєднаному інфікуванні *C. trachomatis* і *M. genitalium*.

Контроль вилікування уrogenітального хламідіозу:

Рекомендується ПЛР через 4 тижні після завершення лікування.

ГЕНІТАЛЬНИЙ ГЕРПЕС

Діагностика генітального герпесу:

- **Клінічна симптоматика:**

- наявність типових папульозних висипань, що розрішаються у міхурці та виразкування;
- супроводжуються місцевим лімфаденітом при виражених болючості, печінні та свербіжі.

При первинному епізоді тривалість біля 16 днів, при рецидиві генітального герпесу перебіг з менш вираженою симптоматикою до 7 – 9 днів.

- **Лабораторне обстеження:**

- базується на прямому виявленні антигену ВПГ-I або ВПГ-II у матеріалі, взятому з вогнищ ураження методом ПЛР.

Лікування генітального герпесу:

Лікування первинного епізоду:

Проводиться одночасне лікування статевих партнерів. Рекомендується утримання від статевого життя.

Рекомендовані схеми:

- Ацикловір - по 400 мг перорально 3 рази на добу протягом 7 - 10 днів;
- або
- Ацикловір - по 200 мг перорально 5 раз на добу протягом 7 - 10 днів;
- або
- Фамцикловір - по 250 мг перорально 3 рази на добу протягом 5 - 7 днів;
- або
- Валацикловір - по 1,0 г перорально 2 рази на добу протягом 7-10 днів.

Лікування рецидивуючого генітального герпесу:

Рекомендовані схеми:

- Ацикловір - по 400 мг перорально 2 рази на добу протягом 5 днів;
- або
- Фамцикловір - по 250 мг перорально 2 рази на добу протягом 5 днів;

або

- Валацикловір - по 500 мг перорально 2 рази на добу протягом 3 днів;

або

- Валацикловір - по 1,0 г перорально 1 раз на добу протягом 5 днів.

ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

Папіломавірус людини вражає епітелій шкіри і слизові (найбільш ураженою ділянкою є зона переходу багат шарового плоского епітелію у циліндричний). Особливість папіломавірусу (ВПЛ) полягає у тому, що він вражає тільки людей. Відомо близько 120 його видів, причому більше 40 видів вражають аногенітальну область. Серед ВПЛ розрізняють два види: віруси "високого канцерогенного ризику" (вірус існує у клітині в інтросомальній формі, вбудовуючись в її геном) і віруси "низького канцерогенного ризику" (вірус існує у клітині в епісомальній формі - поза хромосомами клітини).

Перші при попаданні в організм істотно збільшують ризик виникнення раку шийки матки; до них відносяться наступні типи: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82 (найбільш часто рак шийки матки або дисплазію шийки матки викликають перші два типи). Ними заражаються до 70% чоловіків і жінок у віці до 30 років, тобто люди, які ведуть активне статеве життя. Віруси "низького канцерогенного ризику" рідко викликають ракові та передракові стани шийки матки, зате часто служать причиною появи генітальних бородавок (кондилом); це типи 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81.

Людина може бути заражена одночасно декількома типами вірусу. Зараження відбувається зазвичай після прямого контакту з ураженими органами, причому тільки від людини до людини. Дорослі можуть бути інфіковані статевим шляхом. Діти можуть заразитися папіломавірусом від хворої матері, новонароджені - під час пологів.

Діагностика папіломавірусної інфекції:

- **Клінічна симптоматика** - візуальний огляд хворого на наявність гострокінцевих кондилом, бородавок;
- **Кольпоскопія** (розширена) шийки матки і піхви;
- **Лабораторна діагностика** базується на прямому виявленні антигену ВПЛ у матеріалі, взятому з вогнищ ураження та слизової цервікального каналу методом ПЛР, цитологічного дослідження цервікальних мазків.

Профілактика:

Основним засобом профілактики, крім своєчасного лікування папіломавірусної інфекції, є застосування засобів бар'єрної контрацепції, перш за все презерватива.

Для профілактики раку шийки матки в осіб жіночої статі від 10 до 25 років, профілактики гострих і хронічних інфекцій ВПЛ, інтраепітеліальних цервікальних неоплазій (CIN), що викликаються онкогенними вірусами папіломи людини в осіб жіночої статі від 10 до 25 років застосовують вакцинацію двовалентною вакциною Cervarix проти штамів ВПЛ 16 і 18 або чотиривалентною вакциною Gardasil проти штамів ВПЛ 6, 11, 16 і 18.

Вакцинація є методом первинної профілактики і не відмінняє необхідність проведення регулярних цитологічних обстежень (вторинна профілактика).

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Організація послуг для людей, які живуть з ВІЛ з питань планування сім'ї

Охорона репродуктивного здоров'я та планування сім'ї – це невід'ємні компоненти допомоги під час ВІЛ-інфекції. В умовах епідемії ВІЛ важливе значення має організація надання послуг для ЛЖВ з питань планування сім'ї та запобігання небажаних вагітностей.

Надання послуг ВІЛ-позитивним пацієнткам та членам їх сімей має свої особливості щодо конфіденційності, виключення елементів стигматизації та дискримінації під час надання медико-консультативної допомоги у відповідності до вимог чинних нормативно-правових актів.

Особливістю сучасної організації системи планування сім'ї для ВІЛ-позитивних осіб є те, що ці послуги надаються спільно з іншими службами, у тому числі соціальними. Поєднання зусиль медичної та соціальних служб сприятиме більш повному доступу до послуг з питань надання медико-соціальних послуг: психологічних, соціально-медичних, соціально-педагогічних, інформаційних, юридичних, соціально-економічних, які організовуються у центрах соціальної служби сім'ї, дітей та молоді.

Питання планування вагітності вирішуються спільно з лікарем Центру профілактики та боротьби зі СНІД. Спеціалісти ЦПС (кабінетів ПС) у наданні послуг з питань планування вагітності враховують рівень вірусного навантаження та стадію розвитку хвороби. Пацієнтка приймає поінформоване рішення про планування народження дитини.

Послуги з питань ПС повинні включати створення спільного плану спостереження за ВІЛ-позитивною жінкою, який включає оцінку імунного статусу жінки, визначення стану соматичного здоров'я та можливих гінекологічних захворювань, діагностику інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Питання щодо запобігання небажаної вагітності вирішуються спільно фахівцями з питань планування сім'ї та спеціалістами центрів профілактики та боротьби зі СНІД відповідно до бажання пацієнтки, її репродуктивних планів з дотриманням принципів конфіденційності.

Рекомендації з методів контрацепції для ВІЛ-позитивних осіб базуються на загальних підходах щодо медичних критеріїв прийнятності методів контрацептивів.

Окрім медичних критеріїв прийнятності методів контрацепції необхідно також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови пацієнтки. Рекомендації щодо застосування контрацептивів повинні бути індивідуальними для кожної жінки й пари, залежно від стадії захворювання і лікування, а також стилю життя і персональних бажань. Кожній жінці необхідно надавати інформацію про ризики та переваги, пов'язані з кожним методом контрацепції. Саме за клієнтом залишається остаточний вибір методу контрацепції.

Для поінформованого вибору контрацептиву жінці необхідна інформація про:

- ефективність методу;
- правильне застосування цього методу;
- ризики та переваги методу;
- типові побічні ефекти;
- ознаки і симптоми, що вимагають звернення до клініки;
- зручність застосування методу;
- вплив методу на передачу ІПСШ і ВІЛ.

Консультування має допомогти людям, які живуть з ВІЛ, у їх рішенні про планування сім'ї. Тому у ході консультування потрібно надавати таку інформацію:

- ефективність контрацептива щодо запобігання вагітності та ІПСШ;
- вплив прогресування ВІЛ-інфекції на здоров'я;
- ефективність та наявність АРВ препаратів;
- служби, що надають АРВ терапію;
- взаємодія між АРВ препаратами та контрацептивами;
- ризик передачі ВІЛ-інфекції у дискордантних парах у разі їх бажання мати дітей;
- вплив ВІЛ-інфекції на вагітність;
- ризик передачі інфекції від матері до дитини, а також ризики та переваги АРВ-профілактики, елективного кесарського розтину, штучного вигодовування;
- можливі вади розвитку плода під час використання деяких АРВ препаратів.

Медичні критерії прийнятності методів контрацепції для людей з ВІЛ-інфекцією

Більшість контрацептивів безпечні та ефективні, і їх можуть використовувати ВІЛ-позитивні жінки. Однак, особливу увагу у ході консультування з питань планування сім'ї необхідно надавати питанням ІПСШ/ВІЛ, оскільки профілактика їх передачі є такою ж важливою, як і профілактика небажаної вагітності. Оскільки презервативи – це єдиний метод контрацепції, який доведено захищає від передачі ІПСШ/ВІЛ, служби планування сім'ї мають заохочувати жінок до регулярного і правильного використання презервативів.

Бар'єрні методи та сперміциди

Подвійний захист

Подвійний захист – це одночасна профілактика ІПСШ та непланованої вагітності. Такий захист забезпечує регулярне використання латексних презервативів, як окремо, так і в поєднанні з іншими методами.

Подвійний захист може бути рекомендовано з метою компенсації недостатньої ефективності гормональних контрацептивів внаслідок їх взаємодії з АРВ препаратами.

Подвійний захист забезпечується використанням посткоїтальної (невідкладної) контрацепції у разі порушення цілісності презерватива.

Стратегії подвійного захисту мають бути частиною консультування і підтримки, яку надають усі служби репродуктивного здоров'я.

Чоловічі латексні презервативи

Основним методом попередження небажаної вагітності та інфікування ІПСШ/ВІЛ є використання чоловічих презервативів.

За умови регулярного й правильного використання чоловічі латексні презервативи надають захист від передачі ВІЛ від жінки до чоловіка, від чоловіка до чоловіка та від чоловіка до жінки, про що свідчать результати досліджень дискордантних пар¹.

ВІЛ-позитивні пари, які використовують презервативи, мають захист від нових штамів ВІЛ.

Лабораторні дослідження довели непроникність латексних презервативів для збудників інфекцій, в тому числі найменших вірусів, які містяться у виділеннях статевих органів. Латексні презервативи є менш ефективними з точки зору захисту від тих ІПСШ, що не передаються разом зі спермою або біологічними рідинами

¹ Дискордантні пари – коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним, а другий – ВІЛ-негативний – потребують особливої підтримки. Використання презервативів такими парами забезпечують захист від передачі ВІЛ неінфікованому партнеру.

(наприклад, герпес, вірус папіломи людини і сифіліс), оскільки інфіковані місця можуть бути незахищені презервативом.

Важливо застосовувати презерватив відповідно до чітких інструкцій. Для забезпечення оптимального захисту від інфекцій презервативи мають бути якісні, і їх необхідно регулярно та правильно використовувати.

Невідкладна контрацепція може застосовуватися у разі розриву або зісковзування презервативу.

У разі розриву або сповзання презервативу дискордантні пари повинні мати інформацію та доступ до пост-контактної (невідкладної) профілактики для неінфікованих партнерів.

Застосування презервативів з метою профілактики ІПСШ/ВІЛ особливо важливо у тих випадках, коли можливість завагітніти не викликає занепокоєння, як-от у випадку самої вагітності або будь-якої форми безпліддя, наприклад, внаслідок стерилізації або менопаузи.

Жіночі презервативи

Правильне і регулярне використання жіночих презервативів, забезпечують захист від ІПСШ і ВІЛ.

Жіночі презервативи дещо менш ефективні, ніж чоловічі з точки зору попередження вагітності. Однак, вони мають кілька переваг, а саме:

- можливість введення презерватива до початку статевого акту;
- відсутність необхідності видалення презервативу відразу після еякуляції;
- більший контроль зі сторони жінки, хоча її партнер має також приймати участь в обговоренні і допомагати їй у використанні презервативу.

Інші бар'єрні методи контрацепції (діафрагми, ковпачки)

Жінки, для яких вагітність є небезпечною з медичних причин, мають використовувати інші методи контрацепції, а не бар'єрні (діафрагми, ковпачки), оскільки останні мають досить велику частоту невдач, якщо вони не використовуються регулярно і правильно. Потрібно підкреслити, що ці методи не забезпечують захист від ВІЛ та інших ІПСШ.

Сперміциди

Оскільки ноноксинол-9 може спричинити певні побічні ефекти, використання презервативів, що мають змазку ноноксинолом-9, не повинне пропагуватися; однак, бажано використовувати навіть презерватив з ноноксинолом-9, аніж зовсім не використовувати презерватив.

Проблеми, пов'язані з безпечністю ноноксинолу-9, також стосуються інших сперміцидних контрацептивів. Жінкам з ВІЛ не варто використовувати сперміциди, окремо чи у поєднанні з бар'єрними методами, такими як діафрагма або ковпачки.

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

Комбіновані оральні контрацептиви (≤35 мкг етинілестрадіолу для жінок з ВІЛ-інфекцією)		
Статус	Категорія	Коментар
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	Немає достовірних свідчень щодо того, чи існує більший ступінь ризику інфікування ВІЛ серед користувачів КОК.
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	Деякі дані свідчать, що немає зв'язку між використанням КОК та змінами рівня РНК чи/або рівня CD4 у ВІЛ-позитивних жінок. Також дані свідчать про відсутність зв'язку між використанням КОК та передачею ВІЛ від жінки до чоловіка, а також дають змішані результати про підвищений ризик ВІЛ-інфікування та виділення вірусу простого герпесу ВІЛ-позитивними жінками, які приймають КОК.
ВІЛ/СНІД + АРВ терапія	2	Щодо жінок, які перебувають на АРТ, див. розділ про взаємодію ліків. Оскільки, може мати місце взаємодія гормональних контрацептивів з АРВ препаратами, таке використання класифікується як категорія 2.
Взаємодія препаратів		
АРВ препарати	2	Варто зауважити, що АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. Взаємодія АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність кожного з них. Жінкам, які почали або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.

Контрацептиви прогестагенового ряду

До контрацептивів, що містять лише прогестаген, належать таблетки з прогестагеном, ін'єкційні препарати прогестагену (Депо-Провера) та норетистерону енантат (НЕТ-ЕН), а також імпланти, що містять прогестаген левоноргестрел (Норплант та Джадель) та імпланти, що містять етоногестрел (Імпланон).

У рамках технічної консультації ВООЗ стосовно використання гормональної контрацепції та зараження і прогресування ВІЛ (що пройшла у лютому 2012 року), було зроблено висновок, що можна продовжувати рекомендувати без обмежень (категорія 1) використання будь-яких гормональних методів контрацепції жінкам, які живуть з ВІЛ або тим, які знаходяться у групі високого ризику зараження ВІЛ.

Також було запропоновано включити додатковий коментар для жінок (категорія 1), які користуються прогестагеновими ін'єкційними контрацептивами та належать до групи високого ризику зараження ВІЛ: за результатами деяких досліджень, жінки, які використовують прогестагенові ін'єкційні контрацептиви можуть мати підвищений ризик зараження ВІЛ, інші дослідження цього зв'язку не доводять. Група експертів ВООЗ переглянула всі можливі доказові дані та погодилась з тим, що дані не є достатньо переконливими для зміни існуючих рекомендацій. Однак, через недостатню кількість доказів щодо можливого підвищеного ризику зараження ВІЛ, жінкам, які користуються прогестагеновими ін'єкційними контрацептивами потрібно рекомендувати постійне використання чоловічих або жіночих презервативів та інших методів профілактики ВІЛ. Вищезгадані рекомендації будуть постійно переглядатися у світлі нових доказів.

Контрацептиви з прогестагеном для жінок, які живуть з ВІЛ				
Стан	Категорія			Коментарі
	Прогестагени	D/NE	LN/ETG	
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	1	1	Загалом, немає достовірних свідчень щодо того, чи існує більший ступінь ризику інфікування ВІЛ серед користувачів прогестагенових контрацептивів.

ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	1	1	Немає достовірних даних про підвищення ризику інфікування ВІЛ та виділення вірусу простого герпесу ВІЛ-позитивними жінками, які застосовують Депо-Провера.
ВІЛ/СНІД + АРВ терапія	2	2	2	Оскільки, є можливість взаємодії гормональних контрацептивів та АРВ препаратів, це класифікується як категорія 2.
Взаємодія препаратів				
АРВ препарати	2	2	2	АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. Невідомо, чи зменшується ефективність ін'єкційних прогестагенових контрацептивів (таких як Депо-Провера та норестерон) оскільки, вони забезпечують більшу наявність гормонів у крові, ніж таблетовані прогестагени та КІК. Зараз вивчається потенційна взаємодія Депо-Провера та окремих протеазних інгібіторів та нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази. Жінкам, які почали або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ, рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.

Комбіновані контрацептиви у формі ін'єкційних препаратів, пластиру та кільця

Для жінок, які живуть з ВІЛ, немає обмежень щодо використання комбінованих ін'єкційних контрацептивів (КІК), комбінованих контрацептивних пластирів або комбінованих протизаплідних вагінальних кілець.

КІК та комбіновані контрацептивні пластирі та кільця для жінок, які живуть з ВІЛ				
Статус	Категорія			Коментар
	КІК	Пластир	Кільце	
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	1	1	—
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	1	1	1	Досить мало інформації про безпечність пластиру та вагінального кільця. Сьогодні, поки що немає обмежень щодо використання КІК, пластиру та вагінальних кілець для жінок з ВІЛ-інфекцією.
ВІЛ/СНІД+ АРВ терапія	2	2	2	Щодо жінок, які проходять АРТ, див. розділ про взаємодію препаратів. Оскільки є можливість взаємодії гормональних контрацептивів та АРВ препаратів, це класифікується як категорія 2.
Взаємодія препаратів				
АРВ препарати	2	2	2	АРВ препарати можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів. За деякими даними взаємодія АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність кожного з них. Жінкам, які почали або продовжують приймати гормональні контрацептиви під час АРТ,

				рекомендоване регулярне використання презервативів для профілактики передачі ВІЛ. Це також може компенсувати будь-яке зменшення ефективності гормонального контрацептиву.
--	--	--	--	---

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Жінки, які мають ВІЛ-інфекцію, можуть безпечно використовувати ВМК, незалежно від того, чи мають вони симптоми хвороби, чи отримують АРВ терапію або мають задовільну клінічну картину. Однак, вони мають проходити обстеження на наявність запальних захворювань органів малого тазу.

Зазвичай, ВМК не рекомендовано жінкам, які мають ВІЛ-інфекцію і не отримують АРВ терапію, якщо є можливість застосування більш прийнятних методів, таких як презервативи або гормональні контрацептиви.

ВМК для жінок, які живуть з ВІЛ					
Стан	Категорія (П-початок, Пр.- продовження)				Коментар
	ВМК, що містять мідь		ВМК, що містять левоноргестрел		
Високий ризик інфікування ВІЛ	2	2	2	2	ВМК, що містить мідь, не підвищує ризик інфікування ВІЛ для жінок уразливих груп.
ВІЛ/СНІД без АРВ терапії	2	2	2	2	За деякими даними, немає підвищеного ризику загальних ускладнень або ускладнень, пов'язаних з інфекцією, серед користувачів ВМК, у порівнянні ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних жінок. Крім того, немає зв'язку між застосуванням ВМК ВІЛ-позитивними жінками та підвищеним ризиком передачі ВІЛ їх статевим партнерам. Жінки з

					ВІЛ-інфекцією, які застосовують ВМК, мають обстежуватися на наявність запальних захворювань органів малого тазу.
ВІЛ/СНІД+ АРВ терапія	3	3	2	2	Жінки з ВІЛ-інфекцією, які застосовують ВМК, мають обстежуватися на наявність запальних захворювань органів малого тазу.
Добре переносять АРТ	2	2	2	2	—
Взаємодія препаратів					
АРВ препарати	2/3	2	2/3	2	Немає даних про взаємодію АРВ препаратів та ВМК. Однак, застосування ВМК хворими на СНІД класифікується як категорія 3 під час введення ВМК та як категорія 2 для тих, хто продовжує користуватися ВМК за винятком жінок, які добре переносять АРТ. В такому разі і введення, й продовження застосування ВМК класифікується як категорія 2.

Невідкладна контрацепція

Невідкладна контрацепція є ефективною у разі:

- незастосування жодного методу;
- невдалого застосування будь-якого методу контрацепції;
- примусового статевого акту.

Препарати для невідкладної контрацепції стримують овуляцію і унеможливають запліднення та імплантацію, а також рух сперматозоїдів/яйцеклітин завдяки змінам в ендометрії.

Під час використання протягом 72-120 годин після статевого акту:

- контрацептиви, що містять лише прогестаген, попереджують 85% випадків непланованої вагітності під час звичайного застосування і 89% за правильного застосування;
- використання КОК запобігає приблизно 74% непланованих вагітностей;
- контрацептиви, що містять лише прогестаген, викликають менше побічних ефектів ніж КОК.

Найбільш поширеними побічними ефектами від застосування невідкладної гормональної контрацепції є нудота та блювота. При застосуванні КОК нудота спостерігається у 42% випадків, а блювота у 16% випадків. Ці проблеми були менш поширені серед тих, хто використовує режим застосування левоноргестрелу – відповідно 23% та 6%.

Прийом таблеток разом з їжею або перед сном може зменшити нудоту.

Якщо блювота спостерігається протягом 2 годин після прийняття таблеток, слід повторити прийом препарату. У разі появи значної блювоти, повторна доза може бути введена вагінальним шляхом.

Одна доза спрощує застосування левоноргестрелу для невідкладної контрацепції без посилення побічних ефектів.

Невідкладна гормональна контрацепція може викликати побічні ефекти у жінок, які живуть з ВІЛ. Виникнення побічних ефектів у жінок, які живуть з ВІЛ (незалежно від того, чи отримують вони АРВ терапію чи ні) не вивчалось. Нудота та блювота є побічними ефектами деяких АРВ препаратів і вони можуть збільшуватися під час прийому препаратів невідкладної контрацепції.

Не варто застосовувати КОК для жінок, які приймають індінавір, атаназавір, ампренавір або іфавіренц, оскільки вони сприяють підвищенню рівнів естрадіолу, що може, в свою чергу, підвищити ризик тромбоемболічної хвороби.

Якщо є затримка менструації більше, ніж на один тиждень, необхідно провести тест на вагітність.

ВМК як засіб невідкладної контрацепції

ВМК, що містять мідь, можуть застосовуватися протягом 5 днів після незахищеного статевого акту, як засіб невідкладної контрацепції. Коли можна визначити час овуляції, ВМК, що містить мідь, може бути введеним більш, як через 5 днів після статевого акту, але не пізніше 5 днів після визначеного початку овуляції.

Добровільна хірургічна стерилізація

Враховуючи, що стерилізація – це хірургічна процедура з незворотнім результатом, необхідно, щоб кожен пацієнт давав на це свою добровільну поінформовану згоду. Всі пацієнти, незалежно від їх ВІЛ-статусу, мають усвідомлювати незворотність стерилізації і мають бути поінформовані про альтернативні методи контрацепції. Показання та протипоказання щодо стерилізації є таким ж самими, як і для ВІЛ-негативних пацієнтів.

Протипоказань до стерилізації немає у ВІЛ-позитивних з ранніми стадіями ВІЛ-інфекції. У жінок з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції хірургічне втручання може бути пов'язане з підвищеним ризиком інфекційних ускладнень (за зниження імунітету), тому питання вирішується індивідуально. У деяких випадках рекомендовано провести хірургічне втручання після початку АРТ.

Перед процедурою ДХС рекомендовано провести ретельну перевірку загального стану здоров'я пацієнта з ВІЛ. Рішення про проведення стерилізації залежить від наявності будь-якого захворювання, пов'язаного зі ВІЛ-інфекцією, що може погіршити стан пацієнта.

Методи розпізнавання фертильності

Ці методи характеризуються високим рівнем невдач у порівнянні з іншими методами контрацепції, тому їх не варто рекомендувати ВІЛ-позитивним жінкам.

Метод лактаційної аменореї

Цей метод не рекомендовано внаслідок необхідності попередження ВІЛ у дискордантних парах та під час грудного вигодовування дітей. Матерям, які мають ВІЛ, потрібно рекомендувати виключення грудного вигодовування як фактору ризику передачі ВІЛ від матері до новонародженого.

Контрацепція для жінок з ВІЛ, які приймають АРВ препарати

Гормональна контрацепція не впливає на безпечність та ефективність АРТ. Однак, ефективність деяких гормональних контрацептивів (особливо естрогеновмісних) на фоні АРТ знижується. Клінічні дані нечисленні, але відомо, що ряд АРТ препаратів (невірапін, інгібітори протеаз) помірно знижують рівень естрогенів у крові та підвищують рівень прогестагенів. Даних про застосування АРТ та прогестагенових ін'єкційних контрацептивів немає.

Тому, деякі спеціалісти радять приймати прогестагенові контрацептиви разом з презервативами.

Даних про взаємодію АРВ препаратів та левоноргестрелу немає. За деякими даними певні АРВ препарати, особливо нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази та інгібітори протеази, можуть знижувати або підвищувати біологічну доступність гормональних контрацептивів.

Взаємодія цих АРВ препаратів та гормональних контрацептивів може впливати на безпечність та ефективність кожного з них. Можлива взаємодія АРВ препаратів та КІК має обговорюватися з пацієнтом з рекомендацією можливих альтернатив.

Взаємодія АРВ препаратів та етинілестрадіолу (ЕЕ)/норетиндрону (NE)		
<i>Інгібітори протеази</i>	<i>Вплив застосування разом з іншими препаратами на рівні ЕЕ, ацетату норетиндрону та АРВ</i>	<i>Рекомендації</i>
Atazanavir (ATV)	ЕЕ ↑ 48%, NE ↑ 110%	Застосовувати найменшу ефективну дозу або альтернативний метод.
Fosamprenavir (FPV)	ЕЕ and NE ↑, FPV ↓ 20%	Не застосовувати разом з іншими препаратами, рекомендовано альтернативні методи контрацепції.
Indinavir (IDV)	ЕЕ ↑ 24%, NE ↑ 26%	Регулювання дози не потрібне.
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	ЕЕ ↓ 42%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Nelfinavir (NFV)	ЕЕ ↓ 47%, NE ↓ 18%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Ritonavir (RTV)	ЕЕ ↓ 40%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.

Saquinavir (SQV)	Даних немає	—
<i>Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази</i>		
Efavirenz (EFV)	EE ↑ 37%	Застосовується альтернативний або додатковий метод.
Nevirapine (NVP)	EE ↓ 20%	Застосовуються альтернативні методи.

Даних про взаємодію АРВ препаратів та ВМК, що містять мідь або левоноргестрел недостатньо.

Прихильність до контрацепції та лікування ВІЛ-інфекції

ВІЛ-позитивним жінкам можливо необхідно приймати кілька таблеток АРВ-препаратів щодня у рамках АРТ, для профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, полегшення симптомів та лікування супутніх хвороб. Окрім можливої взаємодії ліків варто враховувати вплив таблеток на прихильність до контрацепції та лікування ВІЛ. Будь-який метод гормональної контрацепції, що передбачає щоденне використання, буде збільшувати тягар вживання препаратів. Жінкам необхідно враховувати це у виборі методу контрацепції.

Методи контрацепції для жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу

Взаємодія ліків з окремими гормональними контрацептивами може знизити ефективність гормональної контрацепції у жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу.

З причин взаємодії ліків для жінок, які проходять АРТ та лікування туберкульозу, бажаним є застосування негормональних методів контрацепції.

Якщо використання гормональної контрацепції є єдиним можливим варіантом, жінкам, які вживають рифампіцин, як правило, не рекомендовано низькодозовані естрогенні препарати (<35 мкг). Використання оральних контрацептивів, що містять більш високу дозу естрогену (50 мкг) можна розглянути як варіант, якщо пацієнт вживає EFV, IDV, APV або ATV.

Депо-Провера, як правило, може застосовуватися разом з рифампіцином.

Є мала ймовірність, що ефективність левоноргестрелу буде зниженою.

Особливості контрацепції уразливих груп населення

Медичні служби у сфері статевого та репродуктивного здоров'я повинні сприяти створенню сприятливих умов для подолання дискримінації щодо певних груп населення. Через стигматизацію цих груп населення вони відмовляються звертатися до медичних закладів традиційними шляхами. Тому важливо забезпечити доступність послуг для цих груп через роботу з ними у рамках стратегії для всіх програм у сфері статевого та репродуктивного здоров'я.

Працівники секс-бізнесу (чоловіки і жінки)

Працівникам секс-бізнесу рекомендовано регулярно використовувати презервативів зі своїми клієнтами та постійними партнерами для того, щоб попередити передачу ВІЛ неінфікованому партнерові та інфікування ІПСШ.

Поки немає свідчень про повторне використання жіночих презервативів, тому рекомендовано використовувати їх лише один раз.

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Аменорея, що виникає внаслідок дії наркотиків, не є свідченням жіночого безпліддя. Тому важливо консультувати жінок, які регулярно вживають ін'єкційні наркотики, з питань попередження непланованої вагітності.

Загальні рекомендації у застосуванні методів контрацепції

Питання планування сім'ї необхідно обговорювати під час проведення післятестового консультування щодо ВІЛ, а також і після нього на регулярних консультаціях.

Усі працівники закладу повинні усвідомлювати свою професійну відповідальність за забезпечення конфіденційності ВІЛ-статусу пацієнтів.

Окрім медичних критеріїв підбору методів контрацепції варто також враховувати соціальні, культурні та поведінкові умови клієнта, рекомендації про методи контрацепції мають адаптуватися для кожного клієнта, з урахуванням стадії захворювання, режиму лікування, способу життя та індивідуальних побажань.

Під час консультування з питань планування сім'ї потрібно приділяти увагу питанням ВІЛ та інших ІПСШ. **Служби планування сім'ї повинні проводити роботу з пропагування і сприяння регулярному та правильному використанню презервативів як єдиного методу контрацепції, що захищає від ВІЛ та інших ІПСШ.** Крім того, всі служби репродуктивного здоров'я мають забезпечувати підтримку контрацепції подвійного захисту.

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується								
ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ								
ВАГІТНІСТЬ	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	4	4
ВІК	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2		Від менархе до <18 років = 1 18–45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <18 років = 2 18–45 = 1 >45 = 2	Від менархе до <18 років = 1 18–45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1
ПОЛОГИ								
а) жінки, які не народжували	1	1	1	1	1	1	2	2
б) жінки, які народжували	1	1	1	1	1	1	1	1
ГОДУВАННЯ ГРУДЬМИ								
а) < 6 тижнів після пологів	4	4	4	3	3	3		
б) від 6 тижнів до 6 місяців після пологів (в основному годування грудьми)	3	3	3	1	1	1		
в) ≥ 6 місяців після пологів	2	2	2	1	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у тих жінок, які не годують грудьми)								
а) < 21 дня				1	1	1		
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	3	3	3					
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	3/4	3/4	3/4					
б) ≥ 21 дня				1	1	1		
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	2	2	2					
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	2/3	2/3	2/3					
в) > 42 днів	1	1	1	1	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у тих жінок, які годують та не годують грудьми) у тому числі після кесаревого розтину:								
а) < 48 годин, включаючи введення одразу після відходження плаценти							1	1 = не ГГ, 3 = ГГ
б) ≥ 48 годин до < 4 тижнів							3	3
в) ≥ 4 тижнів							1	1
г) Пуерперальний сепсис							4	4
ПІСЛЯ АБОРТУ								
а) перший триместр	1	1	1	1	1	1	1	1
б) другий триместр	1	1	1	1	1	1	2	2
в) одразу після септичного аборт	1	1	1	1	1	1	4	4

Таблиця №2

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується								
ПІСЛЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	1	1	1	2	1	1	1	1
ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗУ В АНАМНЕЗІ (включаючи стан після кесаревого розтину) (див. розділ "Після пологів")	1	1	1	1	1	1	1	1
КУРІННЯ а) вік < 35 б) вік ≥ 35: (i) <15 цигарок на день (ii) ≥15 цигарок на день	2 3 4	2 2 3	2 3 4	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
ОЖИРІННЯ а) Індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м ² б) Від менархе до 18 років та ІМТ ≥ 30 кг/м ²	2 2	2 2	2 2	1 1	1 ДМПА-2 НЕТ-ЕН-1	1 1	1 1	1 1
НЕМОЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ЧИСЛЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (немолодий вік, куріння, діабет та гіпертонія)	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
ГІПЕРТЕНЗІЯ а) в анамнезі гіпертензія, коли артеріальний тиск НЕ МОЖНА виміряти (включаючи гіпертензію під час вагітності) б) адекватно контрольована гіпертензія, коли артеріальний тиск МОЖНА виміряти в) підвищений артеріальний тиск (правильно виміряний): (i) систолічний 140-159 або діастолічний 90-99 (ii) систолічний ≥ 160 або діастолічний ≥ 100 г) захворювання судин	3 3 3 3 4 4	3 3 3 3 4 4	3 3 3 3 4 4	2 1 1 1 2 2	2 2 2 2 3 3	2 1 1 1 2 2	1 1 1 1 1 1	2 1 1 1 2 2

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати		Су- ВМК	ЛНГ- ВМК	
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується										
ВИСОКИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ (коли артеріальний тиск можна виміряти і в даний момент він у нормі)	2	2	2	1	1	1		1	1	
ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГЕНЕВА ЕМБОЛІЯ (ЛЕ) а) ТГВ/ЛЕ в анамнезі б) гострі ТГВ/ЛЕ в) ТГВ/ЛЕ й антикоагулянтна терапія) г) сімейний анамнез (родичі першого ступеню) г) великі хірургічні втручання: (i) з подовженою імобілізацією (ii) без подовженої імобілізації д) “мала” хірургія без імобілізації	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	2 3 2 1 2 1 1	2 3 2 1 2 1 1	2 3 2 1 2 1 1		1 1 1 1 1 1 1	2 3 2 1 2 1 1	
ВИЯВЛЕНІ ТРОМБОГЕННІ МУТАЦІЇ (наприклад, фактор V Лейдена; протромбінова мутація; недостатність протеїну S, протеїну C та антитромбіну)	4	4	4	2	2	2		1	2	
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН а) варикоз вен б) поверхневий тромбофлебіт	1 2	1 2	1 2	1 1	1 1	1 1		1 1	1 1	
ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ЗАРАЗ ТА РАНИШЕ	4	4	4	І П 2 3	3	І П 2 3		1	І П 2 3	
ІНСУЛЬТ (інсульт в анамнезі)	4	4	4	І П 2 3	3	І П 2 3		1	2	
ВСТАНОВЛЕНІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ	2/3	2/3	2/3	2	2	2		1	2	
УРАЖЕННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ а) без ускладнень б) з ускладненнями (легенева гіпертензія, ризик фібриляції передсердь, підгострий бактеріальний ендокардит в анамнезі)	2 4	2 4	2 4	1 1	1 1	1 1		1 2	1 2	

Таблиця №4

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ															
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК							
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується															
РЕВМАТОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ															
СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК					І	П		І	П						
а) Наявність (або невідомо) антифо- сфоліпідних антитіл	4	4	4	3	3	3	3	1	1	3					
б) Важка тромбоцитопенія	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2					
в) Імуносупресивне лікування	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2					
г) Жодне з вищепереліченого	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2					
НЕВРОЛОГІЧНІ СТАНИ															
ГОЛОВНІ БОЛІ	І	П	І	П	І	П	І	П	І	П	І	П			
а) немігренозні (середні чи сильні)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		
б) мігрень															
(і) без вогнищевих неврологічних симптомів															
Вік <35	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	
Вік ≥35	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	1	2	2	
(іі) з вогнищевими неврологічними симптомами (в різному віці)	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1	2	3
ЕПІЛЕПСІЯ	1		1		1		1		1		1		1		1
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ															
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	1		1		1		1		1		1		1		1
ІНФЕКЦІЇ ТА РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ТРАКТУ															
ХАРАКТЕР ПІХОВОЇ КРОВОТЕЧІ												І	П		
а) нерегулярні без великих крововтрат	1		1		1		2		2		2	1	1		
б) сильні або тривалі кровотечі (включаючи регулярні та нерегулярні)	1		1		1		2		2		2	1	2		
ПІХОВІ КРОВОТЕЧІ НЕЗРОЗУМІЛОЇ ЕТИОЛОГІЇ (підозра на серйозне захворювання) До обстеження	2		2		2		2		3		3	4	2	4	2
ЕНДОМЕТРІОЗ	1		1		1		1		1		1	2		1	
ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ (включаючи кісти)	1		1		1		1		1		1	1		1	
ВИРАЖЕНА ДИСМЕНОРЕЯ	1		1		1		1		1		1	2		1	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується								
ХВОРОБИ ТРОФОБЛАСТУ а) знижені рівні β-ХГЛ чи неможливо їх визначити	1	1	1	1	1	1	3	3
б) постійно підвищені рівні β-ХГЛ чи злюжкісна хвороба	1	1	1	1	1	1	4	4
ЦЕРВІКАЛЬНИЙ ЕКТРОПІОН	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ (ЦІН)	2	2	2	1	2	2	1	2
РАК ШИЙКИ МАТКИ (в очікуванні лікування)	2	2	2	1	2	2	І	П
							4	2
ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ а) не діагностоване утворення б) доброякісне захворювання молочної залози в) сімейний анамнез раку г) рак молочної залози: (і) в теперішній час (іі) в минулому та без рецидивів протягом останніх 5 років	2	2	2	2	2	2	1	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	4	4	4	4	4	1	4
	3	3	3	3	3	3	1	3
РАК ЕНДОМЕТРІУ	1	1	1	1	1	1	І	П
							4	2
РАК ЯЄЧНИКІВ	1	1	1	1	1	1	І	П
							3	2
ФІБРОМІОМА МАТКИ а) без змін порожнини матки б) зі зміною порожнини матки	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	4	4
АНАТОМІЧНІ АНОМАЛІЇ а) зі зміною порожнини матки б) без змін порожнини матки							4	4
							2	2

Таблиця №6

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК		
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується										
ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ (ЗЗОМТ) а) ЗЗОМТ в анамнезі (припускаючи, що в теперішній час факторів ризику ІПСШ не встановлено): (і) з подальшою вагітністю (іі) без подальшої вагітності б) ЗЗОМТ – в теперішній час										
							І	П	І	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
ІПСШ а) гнійний цервіцит, хламідіоз або гонорея в теперішній час б) інші ІПСШ (за виключенням ВІЛ-інфекції та гепатиту) в) вагініт (включаючи вагінальний трихомоніаз та бактеріальний вагіноз) г) підвищений ризик ІПСШ	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
	ВІЛ/СНІД									
ВИСОКИЙ РИЗИК ВІЛ- ІНФІКУВАННЯ	1	1	1	1	1	1	І	П	І	П
							2	2	2	2
ВІЛ-ПОЗИТИВНІ ОСОБИ	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
СНІД	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Ефективна анти- ретровірусна терапія	Дивись антиретровірусна терапія нижче						2	2	2	2
ІНШІ ІНФЕКЦІЇ										
ШИСТОСОМОЗ а) без ускладнень б) фіброз печінки	1	1	1	1	1	1	1		1	
	1	1	1	1	1	1	1		1	
ТУБЕРКУЛЬОЗ а) нетазовий б) встановлений тазовий	1	1	1	1	1	1	І	П	І	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
МАЛЯРІЯ	1	1	1	1	1	1	1		1	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується								
ЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ДІАБЕТ								
а) під час вагітності в анамнезі	1	1	1	1	1	1	1	1
б) без уражень судин:								
(i) інсулінонезалежний	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) інсулінозалежний	2	2	2	2	2	2	1	2
в) нефропатія/ ретинопатія/ нейропатія	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
г) інші судинні ускладнення або діабет тривалістю > 20 років	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ								
а) простий зоб	1	1	1	1	1	1	1	1
б) гіпертиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
в) гіпотиреоз	1	1	1	1	1	1	1	1
ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ								
ЗАХВОРЮВАННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА								
а) з клінічними симптомами								
(i) після холецистектомії	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) після медикаментозного лікування	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) у теперішній час	3	2	3	2	2	2	1	2
б) безсимптомні	2	2	2	2	2	2	1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗІ								
а) пов'язаний з вагітністю	2	2	2	1	1	1	1	1
б) пов'язаний з використанням КОК	3	2	3	2	2	2	1	2
ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ	І	П	І	П	І	П		
а) гострий або загострення	3/4	2	3	2	3/4	2	1	1
б) носійство	1	1	1	1	1	1	1	1
в) хронічний	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦИРОЗ								
а) легкий (компенсований)	1	1	1	1	1	1	1	1
б) тяжкий (декомпенсований)	4	3	4	3	3	3	1	3
ПУХЛИНИ ПЕЧІНКИ								
а) доброякісна								
(i) вогнищева	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) гепатоцелюлярна аденома	4	3	4	3	3	3	1	3
б) злоякісна (гепатома)	4	3/4	4	3	3	3	1	3

Таблиця №8

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП / ВК	ПТП	ДМПА НЕТ-ЕН	ЛНГ/ЕТГ імплан- тати	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК		
І=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується										
АНЕМІЇ										
ТАЛАСЕМІЯ	1	1	1	1	1	1	2	1		
СЕРПОВИДНО- КЛІТИННА АНЕМІЯ	2	2	2	1	1	1	2	1		
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ	1	1	1	1	1	1	2	1		
ВЗАЄМОДІЯ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ										
АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ							І	П	І	П
а) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)	1	1	1	1	ДМПА-1 НЕТ-ЕН-1	1	2/3	2	2/3	2
б) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)	2	2	2	2	ДМПА-1 НЕТ-ЕН-2	2	2/3	2	2/3	2
в) інгібітори протеаз, що потенціюються ритонавіром	3	3	3	3	ДМПА-1 НЕТ-ЕН-2	3	2/3	2	2/3	2
ПРОТИСУДОМНА ТЕРАПІЯ										
а) деякі протисудомні препарати (фенітоїн, карбамазепін, барбітурати, примідон, топірамат, окскарбазепін)	3	2	3	3	ДМПА-1 НЕТ-ЕН-2	2	1		1	
б) ламотригін	3	3	3	1	1	1	1		1	
АНТИМІКРОБНА ТЕРАПІЯ										
а) антибіотики широкого спектру дії	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) протигрибкові засоби	1	1	1	1	1	1	1		1	
в) антипаразитарні засоби	1	1	1	1	1	1	1		1	
г) рифампіцин чи рифабутин	3	2	3	3	ДМПА-1 НЕТ-ЕН-2	2	1		1	

Післяпологова та післяабортна контрацепція

Критерії використання

Метод контрацепції	Післяпологова контрацепція					Післяабортна контрацепція			
	Грудне вигодовування			Не вигодовує дитину грудним молоком		Аборт у 1 триместрі	Аборт у 2 триместрі	Септичний аборт	
	< 6 тижнів після пологів	від 6 тижнів до 6 місяців	> 6 місяців після пологів	< 21 дня після пологів	> 21 дня після пологів				
Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)	4	3	2	3	2	1	1	1	
Комбіновані ін'єкційні контрацептиви, контрацептивні пластирі, вагінальні кільця	4	3	2	3	2	1	1	1	
Контрацептиви прогестагенового ряду	3	1	1	1	1	1	1	1	
Внутрішньоматкові засоби Cu - ВМК	1. < 48 год. після пологів - 1 2. від 48 год. до 4 тижнів - 3	1	1	3	2	1	2	4	
Внутрішньоматкові засоби ЛНГ - ВМК	1. -3 2. -3	1	1	3	2	1	2	4	
Бар'єрні методи Презерватив Сперміциди Діафрагма	1 1 1 4	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 4	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
Природні методи планування сім'ї	4	Після відновлення менструального циклу		4	1	Після відновлення менструального циклу			
Метод лактаційної аменореї	1	1	3	—	—	—	—	—	
ДХС	< 7 днів або > 42 - А від 7 до 42 днів - D	1	1	< 7 днів або > 42 - А від 7 до 42 днів - D	Неускладнений аборт – А При ускладненнях – D				

ЛІТЕРАТУРА

1. Andrew D. Blann, Venous thromboembolism Clinical review, BMJ 2006; 332:215-219.
2. Brigham and Women's Hospital. Contraception and family planning. A guide to counseling and management. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2005; 15 p.
3. Céline Straczek, PhD; Emmanuel Oger. Prothrombotic Mutations, Hormone Therapy, and Venous Thromboembolism Among Postmenopausal Women. Circulation. 2005; 112:3495-3500.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services. (2006). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. MMWR 2006; 55(No. RR-11).
5. Contraception and fertility options in HIV. Reproductive Health Matters. 2007;15(29 supplement):46-66.
6. D.A. Grimes, L.M. Lopez, K.F. Schulz, N. Stanwood. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 4.
7. Danel C, Moh R, Anzian A et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS. 2006; 42(1):29-35.
8. European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in era of highly antiretroviral therapy//Clin Infect Dis.- 2005.- N. 40.- P. 458-465.
9. CDC (2008) Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. MMWR Recomm Rep. 2008. Nov 7; 57(RR-9):1-83.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2006. MMWR 2006; 55(No. RR-11).
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2007). Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006.
12. Guidelines for the Management of sexually transmitted infections. WHO, 2003.
13. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Disease. WHO, 2001; 79 p.
14. Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011.

15. Feprhc Guidance. Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2004: 30 (3).
16. First prescription of combined oral contraception. *J. Fam Plann Reprod Health Care*. 2003 Oct;29 (4):209-222.
17. Grimes D., Schulz K., Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18; (4) : CD001777.
18. James R. Foreit, Tech Brief Principal Preparer: Postabortion Family Planning Benefits Clients and Providers.
19. Lidegaard, Birgitte Edstrom, Svend Kreiner. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception* 65 (2002): 187–196.
20. Managing Contraception 2003-2004. Robert A. Hatcher, MD, MPH.
21. Maureen R. Corbett, Katherine L. Turner. Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions. *International Family Planning Perspectives*. Volume 29, Number 3, September 2003.
22. Mimi Ziemann and others. *Managing Contraception*. 2010, Atlanta, US, 165 p.
23. Mittal S., Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):56-60.
24. Nancy L. Stanwood, David A. Grimes, Kenneth F. Schulz. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG* Volume 108 Issue 11 Page 1168. November 2001.
25. Penney G., Brechin S., Allerton L. The use of contraception outside the terms of the product licence. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 Jul;31(3):225-41.
26. P.L.Bockenstedt. *Management of Hereditary Hypercoagulable Disorders*. Hematology, 2006.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Sep. 104 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7).
28. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Venous thromboembolism and hormonal contraception. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40).
29. Rutstein S. Effect of birth intervals on mortality and health: Multivariate cross-country analyses. [Power Point Presentation]. Pre-

- sented at the Champions Meeting on Birth Spacing, Washington, DC, Jan. 31, 2002. Catalyst Consortium, 16 p.
30. Rutstein S. Relationships between pregnancy intervals and perinatal mortality. Proceedings of the 2nd Champions meeting on birth spacing, Washington, DC, May 2, 2002. Catalyst Consortium, 15-22 p.
 31. Sevensky H, Eley T, He B, et al. Effect of efavirenz on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and norgestimate in healthy female subjects. 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A958. October 25-28, 2008, Washington, DC.
 32. Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D. Birth Spacing: Three to Five Saves Lives. USAID, Bureau of Global Health, Office of Population. Birth Spacing: A Call to Action - birth intervals of three years or longer for infant and child health. March 2002.
 33. Skouby S.O. Contraceptive use and behavior in the 21st century a comprehensive study across five European countries//The Eur Journal of contraception and reproductive Health Care.- 2004.- N. 9.- P.57-68.
 34. Soley S., Bendera C., Reynir T., Geirssonb C. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. *Contraception* 69 (2004) 481–487.
 35. Stringer E.M., Kaseba C., Levy J., et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with human immunodeficiency virus. *Am J Obs Gynecol.* 2007, 197: 144-148/STD Guidelines MMWR. 2002.
 36. Tang O.S., Xu J., Cheng L., Lee S.W., Ho P.C. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod.* 2002 Jan;17(1):99-102.
 37. The copper intrauterine device as long-term contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004 Jan;30(1):29-41.
 38. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC 2005\2006).
 39. USAID DELIVER PROJECT, Task Order 4. Guide to Health Care Waste Management for the Community Health Worker. Arlington, Va.: USAID DELIVER PROJECT, Task Order 4. 2011.
 40. USAID. Healthcare waste: Generation, handling, treatment and disposal. 2011.
 41. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Fourth edition. 2009.

42. World Health Organization. WHO best practices for injections and related procedures toolkit. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. 2010.
43. Wu O., Robertson L., Twaddle S., Lowe G.D., Clark P., Greaves M., Walker I.D., Langhorne P., Brenkel I., Regan L., Greer I. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study Health Technol Assess. 2006 Apr; 10(11):1-110.
44. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 3 изд., испр. и доп. / под ред. Г.М.Савельевой, В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 880 с.
45. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Всемирная организация здравоохранения. Издание четвертое, 2009.
46. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство/Под ред. профессора В.К. Чайки. – Донецк: ООО “Альматео”, 2001. – С. 620.
47. Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. Всемирная организация здравоохранения, 2008 – 489 с.
48. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Всемирная организация здравоохранения. Издание третье, 2008.
49. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. Під редакцією проф. Гойди Н.Г.- Вид-во Раєвського, 2004: 128 с.
50. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод. матеріали до тренінгу. Авт.-упоряд. Н.В. Зимівець; За заг. ред. Г.М. Лактіонової. - К., 2004. - 205 с.
51. Клінічний протокол планування сім'ї/МОЗ України, Київ, 2006.
52. Національна доповідь «Цілі розвитку тисячоліття. Україна -2010», Київ, 2010. – 107 с.
53. Основи консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров'я: навчально-методичний посібник. Під загальною редакцією Б.М. Ворника. К. ВЦ «День печати», 2004. – 248 с.
54. Планування сім'ї. Навчальний посібник // За редакцією Жилка Н.Я., Вовк І.Б., Київ, 2006. – 236 с.

ПРОГРАМА “ЗДОРОВ’Я ЖІНОК УКРАЇНИ”

вул. Павлівська 18, офіс 100, Київ, 01054, Україна
Тел.: (+380 44) 498 2492, факс: (+380 44) 498 2493,
e-mail: info@fprh-jsi.org.ua

HEALTHY WOMEN OF UKRAINE PROGRAM

18, Pavlivska str., office 100, Kyiv, 01054, Ukraine
Tel.: (+380 44) 498 2492, Fax.: (+380 44) 498 2493,
e-mail: info@fprh-jsi.org.ua

Програма USAID «Здоров’я жінок України» впроваджується Корпорацією Інститут Досліджень та Тренінгів JSI.

USAID's Healthy Women of Ukraine Program is implemented by the JSI Research and Training Institute, Inc.



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



ПРОГРАМА „ЗДОРОВ’Я ЖІНОК УКРАЇНИ”
HEALTHY WOMEN OF UKRAINE PROGRAM

JSI