

Додаток до
Наказу Міністерства охорони здоров'я України
від 21 січня 2014 року_ №_59__

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах

2013

Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці клінічної настанови

Персона	Посада	Тел/факс
Камінський В. В.	- головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з акушерства та гінекології, Завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика	044 411-97-19
Коломейчук В. М.	- заступник начальника Управління охорони материнства, дитинства та санаторно-курортного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України – Голова робочої групи	044 200-07-91
Адамова Г. М.	- консультант програми „Здоров’я жінок України”	044 498-24-92
Борис О. М.	- завідувача клініки репродукції УДІР	044 411-92-33
Вовк І. Б.	- керівник відділу планування сім’ї ПАГ НАМН України	044 483-84-23
Гойда Н. Г.	- проректор з лікувальної роботи НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор кафедри «Управління охорони здоров’я» НМАПО ім. П.Л.Шупика	044 205-49-48
Грищенко О. В.	- завідувача кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти	057 710-59-80
Думчева А. Ю.	- національний спеціаліст програм сексуального та репродуктивного здоров’я, здоров’я дітей та підлітків ВООЗ в Україні	044 425-88-28
Заглада Н. В.	- координатор з питань політики програми „Здоров’я жінок України”	044 498-24-92
Замостян П. В.	- заступник Представника Фонду Народонаселення ООН в Україні	044 253-00-53
Івасівка З. М.	- головний позаштатний спеціаліст з планування сім’ї Львівської ОДА, заступник директора КЗЛОР ЛОЦРЗН	032 276-21-70
Іркіна Т. К.	- консультант програми «Здоров’я жінок України»	044 498-24-92
Квашенко В. П.	- професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету	062 258-42-16
Кравченко О. В.	- завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету	037 227-67-04
Кузьменко О. О.	- директор програми «Здоров’я жінок України»	044 498-24-92
Майструк Г. П.	- голова правління Благодійного фонду «Здоров’я жінки та планування сім’ї»	044 423-73-68

Матюха Л. Ф.	- завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика	044 483-17-21
Ошовська Т. Т.	- головний позаштатний спеціаліст з планування сім'ї Вінницької ОДА, акушер-гінеколог ОЦПС	043 235-11-94
Пирогова В. І.	- завідувача кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Львівського державного медичного університету	032 270-17-44
Посохова С. П.	- заступник головного лікаря Одеської обласної клінічної лікарні	048 255-72-98
Сало Н. Й.	- заступник директора програми «Здоров'я жінок України»	044 498-24-92
Сіліна Т. М.	- професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика	044 483-17-21
Татарчук Т. Ф.	- заступник директора з наукової роботи інституту ПАГ НАМН України, головний дитячий гінеколог МОЗ	044 279-21-56

За методичної підтримки та експертизи:

Ліщишина О. М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства „Державний експертний центр МОЗ України”, к.м.н., ст.н.с.
Шилкіна О. О.	Начальник відділу Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства „Державний експертний центр МОЗ України”
Горох Є.Л.	Начальник відділу Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства „Державний експертний центр МОЗ України”

Державний експертний центр МОЗ України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



Рецензенти:

- Чайка В.К. - завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Донецького національного медичного університету ім. М.Горького, член-кореспондент НАМН України доктор медичних наук, професор
- Паращук Ю.С. - завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету, Лауреат державної премії в галузі науки і техніки, доктор медичних наук, професор

Дата підготовки вересень 2013 року

Дата перегляду вересень 2016 року

ЗМІСТ

Перелік скорочень, що використовуються у настанові.....	7
Передмова - Коментар робочої групи.....	8
Вступ.....	9
Синтез настанови.....	12
Ключові рекомендації щодо планування сім'ї у збереженні здоров'я матерів та дітей.....	15
Нормативно – правове забезпечення медичної допомоги з планування сім'ї.....	19
КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.....	25
МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ПЕРІОДІВ ЖИТТЯ.....	30
МЕДИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВООЗ.....	35
Класифікація категорій.....	35
Оцінка пацієнтки.....	36
МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ.....	41
Ефективність методів контрацепції.....	42
ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ.....	44
Комбіновані оральні контрацептиви.....	44
Гормональні пластирі.....	55
Комбіноване вагінальне кільце.....	59
Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду.....	62
Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви.....	68
Імплантати.....	74
ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ.....	80
Внутрішньоматкові контрацептиви, що містять мідь.....	80
Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом.....	86
БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА СПЕРМІЦИДИ.....	91
Чоловічі презервативи.....	91
Жіночі презервативи.....	94
Сперміциди.....	95
МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ.....	98
МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ.....	105

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ.....	108
Добровільна хірургічна стерилізація жінок.....	108
Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків.....	111
НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ.....	113
Додаток Зведені таблиці. Медичні критерії прийнятності методів контрацепції	117
ЛІТЕРАТУРА.....	125

Перелік скорочень

АТ	Артеріальний тиск
БТТ	Базальна температура тіла
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВК	Вагінальне кільце
ВМК	Внутрішньоматковий контрацептив
ВМС	Внутрішньоматкова система
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГТРГ	Гонадотропін-релізинг-гормон
ДМПА	Депо-медроксипрогестерону ацетат
ДХС	Добровільна хірургічна стерилізація
Е	Естроген
ЕЕ	Етинілестрадіол
ж/к	Жіноча консультація
ЗЗОМТ	Запальне захворювання органів малого таза
ЗПСШ	Захворювання, що передаються статевим шляхом
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
КП	Контрацептивні пластирі
КПР	Контрацептиви прогестагенового ряду
ЛЕ	Легенева емболія
ЛНГ	Левоноргестрел
ЛГ	Лютеїнізуючий гормон
МДОУ	Медико-демографічне обстеження населення України
МЛА	Метод лактаційної аменореї
НК	Невідкладна контрацепція
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
ОК	Оральні контрацептиви
П	Прогестин
ПК	Прогестогенові ін'єкційні контрацептиви
ППС	Природне планування сім'ї
ПС	Планування сім'ї
ПТП	Протизаплідні таблетки прогестогенового ряду
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СТШ	Синдром токсичного шоку
ТТС	Трансдермальна терапевтична система
ТГВ	Тромбоз глибоких вен
УЗО	Ультразвукове обстеження
ЦІН	Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія
ЦПС	Центр планування сім'ї

Передмова

робочої групи, яка підготувала адаптовану клінічну настанову „Планування сім’ї”

Ця клінічна настанова була створена внаслідок адаптації декількох клінічних настанов, які відображають основні сучасні напрямки планування сім’ї та збереження репродуктивного здоров’я. Це обумовлено необхідністю висвітлення останніх наукових світових досягнень у сфері планування сім’ї, узагальнених та опублікованих Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ).

Настанова ґрунтується на найновіших знаннях та доказових даних з планування сім’ї та відображає загальноприйняті світові тенденції, що дає змогу надавати медичну допомогу з планування сім’ї на сучасному рівні.

За допомогою цієї настанови медичні працівники будуть мати можливість професійно і впевнено обслуговувати пацієнтів з потребами різного плану і рекомендувати їм сучасні методи контрацепції з урахуванням різноманітних аспектів життя людини.

Ця адаптована клінічна настанова буде покладена в основу розробки уніфікованого клінічного протоколу з планування сім’ї, що затверджується МОЗ України. Адаптовану клінічну настанову пропонується використовувати як інформаційне джерело найкращої практики для вибору методу контрацепції та методик консультування відповідно до періодів життя жінки.

Цей **рекомендаційний** документ, що заснований на доказах ефективності та безпечності медичних технологій, 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, пацієнтів, яких турбують питання незапланованої вагітності та репродуктивного здоров’я.

Вступ

За останні роки міжнародна спільнота дійшла висновку, що саме держава має гарантувати захист та розширення прав громадян і подружніх пар стосовно контролю свого репродуктивного життя та отримання доступу до інформації і послуг щодо планування сім'ї.

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями про охорону репродуктивного здоров'я населення, планування сім'ї вважається основним засобом збереження здоров'я жінок та чоловіків, а також відноситься до розряду фундаментальних прав людини. Це право закріплено в матеріалах Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994 р.) та Четвертій Всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 1995 р.), що схвалені Україною та лягли в основу нормативно-правової бази з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Впровадження концепції охорони репродуктивного здоров'я є пріоритетною у всьому світі, суттєво впливає на демографічну ситуацію в країні, зниження рівня материнської та дитячої смертності, ускладнень вагітності та пологів. У 2000 році Україна приєдналась до глобально визнаних Цілей Розвитку Тисячоліття разом з іншими 189 країнами світу і взяла на себе зобов'язання щодо їх досягнення до 2015 року. Індикаторами досягнення цілей є зменшення материнської смертності та дитячої смертності, рівня абортів, темпів поширення ВІЛ-інфекції, які напряму пов'язані з питаннями планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я.

Планування сім'ї (ПС) – це комплекс медико-соціальних заходів, направлених на зниження захворюваності, збереження здоров'я жінок, запобігання непланованої вагітності, забезпечення оптимальних інтервалів між пологами, кількості дітей у сім'ї, попередження занадто ранніх, пізніх, частих пологів, профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ (Міжнародна конференція з питань народонаселення і розвитку, Каїр, 1994 р.).

Однією зі складових системи ПС є контрацепція – методи попередження непланованої вагітності. Уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення дитячої та материнської смертності. 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. Висока якість обслуговування надає пацієнтам більше впевненості при прийнятті сучасних і поінформованих рішень з питань, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям і використанням методів контрацепції.

Сучасні засоби контрацепції піддалися широкому і глибоку вивченню впродовж багатьох років, їх ефективність і безпечність науково доведені та обгрунтовані. Кінець ХХ століття особливо означився розробленням і

поширенням сучасних контрацептивних технологій (гормональні та внутрішньоматкові контрацептиви, хірургічна стерилізація тощо). Доведено, що ці засоби є надійними і безпечними у застосуванні для більшості жінок, але їх використання передбачає необхідність медичного контролю та індивідуального підбору. 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. 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 порушуватись фізіологія статевого акту і виникати негативні емоції. Метод може також позитивно впливати на здоров'я користувача (нормалізація гормональних порушень, запобігання ПСШ тощо). Однією з важливих умов надійної контрацепції та її тривалого використання має бути доступність методу (помірна ціна, наявність у продажу).

Світова спільнота занепокоєна ситуацією з абортами і постійно працює над удосконаленням заходів та методів попередження непланованої вагітності. Використання сучасних контрацептивів привело до зниження рівня абортів в країнах, де аборти доступні за бажанням жінки. Останні дані з 12 країн Східної Європи та Центральної Азії, де аборт використовувався, як основний метод регулювання народжуваності, а також із США, показують, що там, де рівень використання сучасних методів контрацепції - високий, рівень абортів - низький. Тобто, вирішення питання незадоволеної потреби у методах планування сім'ї є ефективним втручанням для зменшення кількості непланованих вагітностей і абортів.

Україна, як і більшість країн світу, підписала найважливіші декларації та інші міжнародні документи із прав людини, в яких йдеться про право жінки на отримання адекватної медичної допомоги на основі інформації, консультування та послуг із планування сім'ї, право дитини на здорове і бажане народження, та прав подружніх пар самостійно і свідомо вирішувати, скільки, де і коли їм народжувати дітей.

Не дивлячись на те, що рівень абортів за останнє десятиліття в Україні знизився і така тенденція зберігається за результатами 2012 року, він залишається ще високим. У 2012 р. зареєстровано 141 396 абортів по Україні, що становить 12,36 на 1000 жінок дітородного віку та 27,6 на 100 пологів (статистика МОЗ України).

Аналіз ставлення до методів контрацепції свідчить, що в даний час в Україні відношення до сучасних методів контрацепції, особливо гормональної, залишається упередженим, внаслідок чого більш, ніж половина жінок використовують традиційні, бар'єрні методи контрацепції з недостатньою

ефективністю. Зазначена ситуація¹¹ 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.

Метою створення даної адаптованої клінічної настанови є:

Обґрунтування єдиного технологічного підходу до надання якісної медичної допомоги з питань планування сім'ї, надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення щодо вибору методів контрацепції. Ця настанова слугує інформаційною підтримкою щодо найкращого підходу до медичної допомоги з питань планування сім'ї на основі доказів ефективності застосування певних методів контрацепції.

Настанова містить рекомендації 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 доказової бази цієї настанови медичні працівники будуть мати можливість професійно і грамотно рекомендувати пацієнтам сучасні методи контрацепції з урахуванням різноманітних аспектів життя людини.

Синтез настанови

Бази даних	Клінічні настанови/Публікації
World Health Organization (WHO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Fourth edition. 2009. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/familyplanning/9789241563888/en/index.html 2. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. 2010. 3. Family Planning a global handbook for providers 2011 4. Guidance. Contraceptive choices for breastfeeding women. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004; 30 (3). 5. Guidelines for the Management of sexually transmitted infections. 2003. 6. Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: A new system for WHO's evidence-based family planning guidance. 2005; 28:483—490. 7. Selected practice recommendation for contraceptive use 2nd edition. Geneva: WHO, 2008.
World Health Organization (WHO), and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP.	Family planning: a global Guidelines for providers. Baltimore and Geneva, 2008.
Cochrane Database of Systematic Reviews	<ol style="list-style-type: none"> 1. D.A. Grimes, L.M. Lopez, K.F. Schulz, N. Stanwood. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.. 2006, Issue 4. 2. Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. 2008; Issue 2. Art. No.: CD006260. DOI: 10.1002/14651858.CD006260.pub2. 3. Polis CB., Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. 2007, Issue 2. Art. No.: CD005497. DOI: 10.1002/14651858.CD005497.pub2. 4. Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception (Cochrane Review).; Issue 3, 2006. 5. Cheng L, Gülmezoglu AM, Piaggio GGP, Ezcurra EE, Van

	<p>Look PFA. Interventions for emergency contraception. 2008; Issue 1. Art. No.: CD001324; DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3.</p> <p>6. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD003449. DOI: 10.1002/14651858.CD003449.pub3.)</p>
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services.	Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. MMWR 2006; 55(No. RR-11).
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).	<p>1. The care of women requesting induced abortion. 2004 Sep. 104 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no 7).</p> <p>2. Venous thromboembolism and hormonal contraception. 2004 Oct. 13 p. (Guideline; no. 40).</p>
Clinical Practice Guidelines (CPGs)	Black, A., Francoeur, D., & Rowe, T. (2004, February, March, & April). SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. No. 143, Part 1, Part 2, & Part 3. Retrieved February 12, 2008

В основу представленої адаптованої КН „Планування сім’ї” покладено положення зазначених настанов, також при підготовці настанови були використано рекомендації навчального посібника „Сучасні аспекти планування сім’ї”, який розроблено робочою групою МОЗ України у 2012 році та навчального посібника „Методи контрацепції відповідно до періодів життя”, 2013 рік. Основні положення цих посібників відповідають сучасним науковим розробкам клінічної настанови ВООЗ „Планування сім’ї”, 2011 рік.

Беззаперечним є той факт, що на противагу фаховому консенсусу клінічні настанови розробляються на основі науково доведених даних, в обов’язковому порядку мають посилання на джерела доказових даних (рандомізовані клінічні дослідження, метааналізи, систематичні огляди та шкалу градації доказів з відповідними позначеннями по тексту настанови рівня доказів певних її положень).

Крім інформаційної функції, адаптована клінічна настанова слугує основою (як джерело доказових даних) для подальшої розробки медичного стандарту та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги в системі охорони здоров’я України. У настанові використано наступну градацію доведеності та сили рекомендацій, яку використовували експерти настанови Selected practice recommendation for contraceptive use 4rd edition. Geneva: WHO, 2008 та Black, A., Francoeur, D., & Rowe, T. (2004, February, March, & April). SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. No. 143, Part 1, Part 2, & Part 3. Retrieved February 12, 2008 Clinical Practice Guidelines(CPGs).

Критерієм розподілу є критичний аналіз методології досліджень. Використовувалися слідуєчі критерії оцінки достовірності клінічних доказів. Рівні доказів, що використовуються в перший клас рекомендацій у цьому посібнику, є наступні:

(I) – докази, отримані щонайменше з одного високоякісного рандомізованого контрольованого дослідження. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

(II-1) – докази, які отримали з декількох компетентно підготовлених контрольованих досліджень без рандомізації.

(II-2) – докази, які отримали з декількох компетентно підготовлених когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, переважно з двох або більше центрів, дослідницьких груп.

(II-3) – докази, які отримали у результаті проведення серії досліджень за методом множинного часового ряду з зовнішнім втручанням або без такого. Особливо визначні результати неконтрольованих експериментів також можуть бути включено до цього рівня.

(III) – висновки авторитетних фахівців, які засновані на клінічному досвіді, описові дослідження або доповіді груп експертів.

Градація сили настанов:

Кожне дослідження оцінювали за допомогою шкали: „добре”, „задовільно”, „незадовільно”, у залежності від рівня внутрішньої достовірності результатів дослідження.

* Див. Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. American Journal of Preventive Medicine, 2001, 20 (Suppl.3):21-35.

Категорії доказових фактів:

Пряме підтвердження: Сукупність доказів включає дослідження, прямо застосовані до цільової популяції.

Побічне підтвердження: Сукупність доказів включає екстрапольовані докази застосовані для цільової популяції.

Ключові рекомендації щодо планування сім'ї у збереженні здоров'я матерів та дітей

Планування сім'ї поєднує проблему непланованої вагітності з проблемою збереження репродуктивного здоров'я, яке залежить від умов його формування та збереження упродовж життя кожної людини.

Незважаючи на серйозність завдань, які постали перед охороною здоров'я у світі, можливість планування кількості дітей у сім'ї є однією зі значущих проблем медичного характеру. За даними світової статистики, щорічно від чинників, пов'язаних з вагітністю або її перериванням, помирає близько 500 тисяч молодих жінок. Використання сучасних контрацептивних методів, як засобів попередження непланованої вагітності, сприяє зменшенню частоти штучних і нелегальних абортів, що дає змогу знизити рівень материнської смертності на 32%, рівень малюкової та дитячої смертності на 10% (ВООЗ 2010).

Доведено, що сучасна контрацепція як основний засіб планування сім'ї для подружніх пар є безпечною. (Family planning: a global Guidelines for providers. Baltimore and Geneva, 2008.)

Важливими ефективними цільовими заходами щодо удосконалення та поліпшення послуг з планування сім'ї є: вибір методу контрацепції відповідно до періодів життя, післяпологова та післяабортна контрацепція з урахуванням прав пацієнтки, її бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву.

Планування сім'ї є запорукою здорового потомства і материнства: Попередження ранньої вагітності.

Затримання народження першої дитини до 20-річного віку матері має великий зиск як для самої матері, так і для дитини. Слід зазначити, що перші пологи більш рекомендовані після досягнення жінкою 20-річного віку. У матерів віком до 20 років зростає ризик народження дітей з меншою вагою, підвищується рівень малюкової смертності (Bottingetal., 1998), виникають проблеми з грудним вигодовуванням, серед 15–19-річних удвічі збільшується ризик смерті при народженні дитини порівняно з 20–24-річними (ФНООН, 1997). Питання непланованої вагітності серед підлітків в Україні є вкрай актуальним. Дослідження підлітків ВООЗ дійшло висновку, що 24% 15-річних дівчаток і 47,2% 15-річних хлопчиків в Україні вже вступали в статевий контакт (ВООЗ, 2004р.).

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.

Коментар групи: Відповідно до українського законодавства використовується така вікова градація: діти – 0-18 років, діти підліткового віку (підлітки) – 14-18 років, молодь – 18-35 років. Одним із ефективних напрямків зі збереження репродуктивного здоров'я підрастаючого покоління є формування у підлітків здорового способу життя, безпечної поведінки, зацікавленості у збереженні і покращенні репродуктивного здоров'я, основ відповідального батьківства, як основних складових планування сім'ї. У більшості українських сімей статеве виховання неадекватне, тому молоді люди отримують відповідну інформацію від товаришів, яка часто буває неправильною чи недостатньою. Підлітки не повністю усвідомлюють зв'язок між сексуальними стосунками і вагітністю, сексуальна активність підлітків поєднується із дефіцитом знань щодо попередження непланованої вагітності, інфекцій, що передаються статевим шляхом та вірусу імунодефіциту людини (ПСПШ\ВІЛ), що призводить до непланованої вагітності і пологів у ранньому віці чи абортів, запальних захворювань органів малого тазу, і як наслідок, до порушень репродуктивного здоров'я. Тому потрібне об'єднання зусиль медиків, батьків, освіти та соціальної служби.

Уникнення ризикованої пізньої вагітності.

У міру збільшення віку жінки (після 30 років) значно зростає ризик ускладнень: невиношування, народження мертвої дитини, смерті новонародженого, гестаційного діабету, преєклампсії (Jacobssonetal., 2004). По мірі зростання віку вагітної, значно зростає ризик для здоров'я, але 50% жінок у віці 44 років і 30% 45-50-річних сексуально активні, мають збережений менструальний цикл, здатні до зачаття і потребують контрацепції (ВООЗ, 2006 р.).

Метою вибору методу контрацепції у жінок у віці після 40 років є не тільки попередження непланованої вагітності, але й збереження здоров'я, 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.

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.

Збільшення інтервалу між пологами є важливим для здоров'я матері і дитини. Шанси на виживання наступної дитини зростають, якщо інтервал між пологами становить щонайменше два роки (Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D., 2002. Setty-Venugopal, V. and Upadhyay, U.D. Інтервал між пологами: від трьох до п'яти спасених життів . Population Reports, Series L, No.13. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Summer 2002).

За даними опитування, проведеного у 2001–2005 рр. серед населення у 35 країнах, смертність дітей віком до 5 років знижується у міру збільшення інтервалу між пологами (Setty-Venugopal, 2002). Більший інтервал між пологами сприяє меншому ризику народження недоношених (Fuentes-Afflick, 2000) і/або дітей із малою масою тіла (Gribble, 1993). При інтервалі 2–3 роки знижується ризик анемії в 1,3 разу; кровотечі у третьому триместрі – в 1,7 разу; материнської смертності під час пологів – у 2,5 разу (Rutstein S., 2002).

Коментар групи: В Україні за даними Медико-демографічного обстеження населення України (МДОУ) 2007 13% наступних пологів відбуваються в період до 24 місяців після попередніх пологів, що вважається дуже коротким інтервалом. Для жінок, що проживають у сільській місцевості цей показник становить 21%. Взагалі у молодих жінок інтервали між пологами є коротшими, ніж у старших жінок. Так наступну дитину народжують менш ніж через 24 місяці після попередніх пологів 19% жінок віком 20-29 років. Отримані дані свідчать про необхідність посилення послуг з післяпологового планування сім'ї у пологових стаціонарах.

Використання методів контрацепції після пологів дозволяє забезпечити достатній інтервал між пологами. Інтервал часу в 2-3 роки між пологами важливий як для матері, так і для дитини. Цей інтервал допомагає матері відновити своє тіло після вагітності, надає їй час на годування грудьми немовля та дозволяє сфокусувати свою увагу на дитині протягом перших важливих років її життя. Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію. В першу чергу не варто забувати про метод лактаційної аменореї (МЛА) Контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Висока ефективність подовжується до 6 місяців за дотримання умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструації (аменорея). Годування грудьми повинно початися відразу після пологів. Цей метод має значну користь як для здоров'я матері, так і дитини та дає час для вибору і підготовки до одержання іншого методу контрацепції.

Коментар групи: Головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій, сімейних лікарів 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 непланованої вагітності. Необхідно звернути особливу увагу на консультування з методу лактаційної аменореї.

Використання методів контрацепції після абортів.

Впровадження **ефективної контрацепції після абортів** дає можливість попередити повторні аборти, але збільшення використання сучасних методів контрацепції витісняє аборти, і в жодному разі не зменшує рівень народжуваності. Застосування контрацептивів зменшує рівень абортів.

За даними ВООЗ, завдяки поширенню використання контрацепції частота штучного переривання вагітності зменшилася з 35 на 1000 жінок віком від 15 до 44 років у 1995 році до 26 на 1000 жінок у віці від 15 до 44 років у 2008 році.

Тенденції до зменшення кількості абортів внаслідок збільшення застосування контрацептивів простежувались після проведення аналізу в різні проміжки часу впродовж 1990-х років у 12 країнах східної Європи та центральної Азії. (Westoff et al, 2005). Спостерігалось збільшення використання сучасних протизаплідних засобів по кожній країні впродовж минулого десятиріччя, що, як правило, співпадало зі стабільним зменшенням рівня абортів.

Коментар групи: *За останні десять років кількість абортів в Україні зменшилась майже у 6 разів. Якщо в 90-х роках цим методом намагались регулювати кількість дітей в сім'ї 1 000 000 жінок, то у 2012 р. зареєстровано 141 396 абортів по Україні, що становить 12,36 на 1000 жінок дітородного віку та 27,6 на 100 пологів. (Центр медичної статистики МОЗ України 2013 рік).*

За результатами МДОУ частка випадків вагітності, які закінчуються абортom, стрімко зростає і з порядковим номером вагітності: від 6% у випадках першої вагітності до 24% у випадку другої вагітності та 32% у випадку третьої. Серед жінок, які зробили аборт, 38% мають одну дитину, 50% - двох дітей і серед жінок, які коли-небудь протягом життя робили аборт, 54% робили це більше одного разу. 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.

Дані соціологічного дослідження показують, що в країні ще є незадоволена потреба в методах контрацепції і населення потребує консультування як з вибору методу контрацепції, зокрема після пологів і аборту, так і правильного використання контрацептиву. Зазначена ситуація спонукає до продовження активного впровадження ефективних заходів із питань попередження непланованої вагітності.

Нормативно-правове забезпечення медичної допомоги з планування сім'ї

Міжнародні документи

Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї перетворились на довгострокову доктрину у багатьох країнах. Україна приєдналася до багатьох міжнародних угод із прав людини, включаючи Міжнародну угоду із громадянських та політичних прав, Міжнародну угоду із економічних, соціальних та культурних прав, Конвенцію із ліквідації всіх форм дискримінації проти жінок, Конвенцію про права дитини та міжнародні документи про досягнення консенсусу, починаючи від Міжнародної конференції по народонаселенню і розвитку та закінчуючи Четвертою всесвітньою конференцією щодо жінок.

Права подружніх пар і окремих громадян

Рішення щодо того, мати дитину чи ні і коли саме, є основоположним правом людини, визнаним всією міжнародною спільнотою.

- Універсальна декларація про права людини від 1968 року визначає право людини „одружуватись і створювати сім'ю”.
- Міжнародна конференція із народонаселення і розвитку 1994 року (МКНР) у Каїрі: Розділ 7.16: „Всі країни повинні вдатися до кроків із задоволення вимог населення в галузі планування сім'ї, і намагатися зробити це до 2015 року, країни повинні забезпечити універсальний доступ до широкого спектру безпечних і надійних методів планування сім'ї і до пов'язаних із цим послуг репродуктивного здоров'я, що не суперечать законодавству. Мета полягає в сприянні подружжям та окремим громадянам досягти своїх репродуктивних цілей і отримати повноцінну можливість скористатися правом мати бажаних дітей”.

Права жінок

Права жінок, їх спеціальний репродуктивний статус також знайшов відображення в деклараціях, що безпосередньо стосуються прав жінок. Серед цих декларацій необхідно зазначити такі:

- Четверта всесвітня конференція ООН з прав жінок (1995 р, пекінська конференція) знову наголосила на необхідності постійно гарантувати те, щоб репродуктивні права залишалися невід'ємною частиною прав людини.
- Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації проти жінок (1981 рік): Стаття 12.1. „Держави-учасники повинні забезпечити на основі рівноправ'я чоловіків і жінок доступ до медичних послуг, включаючи послуги із планування сім'ї.” Стаття 14.2. „Держави-учасники повинні забезпечити жінкам доступ до адекватних медичних закладів, включаючи інформацію, консультування та послуги із планування сім'ї.”
- Стратегія ВООЗ із репродуктивного здоров'я від 2004 року визначає застосування заходів для поліпшення послуг з репродуктивного та статевих здоров'я, забезпечення високоякісних послуг із планування

сім'ї, включаючи допомогу у лікуванні безпліддя; ліквідацію небезпечних абортів; боротьбу з інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи (вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), інфекціями репродуктивних шляхів, раку шийки матки та решти гінекологічних захворювань; а також просування здорового способу життя” (ВООЗ, 2004р.).

- Цілі Розвитку Тисячоліття представляють собою дуже амбітну програму заходів із ліквідації бідності та поліпшення життя. Цю програму підписали 189 держав-учасників (Україна у тому числі) на зустрічі тисячоліття у 2000 році. Принаймні три із восьми поставлених цілей безпосередньо стосуються статевого і репродуктивного здоров'я. У жовтні 2006 року забезпечення універсального доступу до послуг репродуктивного і статевого здоров'я через первинну медико-санітарну ланку до 2015 року було підтверджене як нова мета у комплексному завданні із „поліпшення материнського здоров'я” (Міжнародна сімейна медицина, 2007 рік та Міжнародна планова федерація батьківства (IPPF), 2006 рік).

Права дитини

Невід'ємною частиною всіх документів є концепція про те, що всі діти повинні бути бажані.

- У 1994 році Міжнародна конференція по народонаселенню і розвитку (МКНР) затвердила програму дій, де дана концепція роз'яснюється детальніше: „Першочерговим і найголовнішим серед перелічених завдань є забезпечення того, щоб кожна дитина була бажана. Друге завдання полягає в тому, щоб визнати, що діти є найважливішим ресурсом майбутнього і що без значних інвестицій в дітей батьками і суспільством неможливо буде досягти сталого економічного зростання і розвитку.”
- Конвенція із прав дитини (1990 рік) зазначає: „Держави-учасники повинні удатися до всіх можливих заходів із: (а) зменшення малюкової та дитячої смертності; (д) забезпечення відповідної до - та післяпологової медичної допомоги майбутнім матерям; (ф) розвитку профілактичної медичної допомоги, консультування, освіти і послуг із питань батьківства і планування сім'ї.”

Національні нормативно-правові документи України

Основним документом є Конституція України, яка містить цілу низку положень, що безпосередньо або опосередковано стосуються забезпечення охорони здоров'я, в тому числі і репродуктивного та планування сім'ї. 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.

Загалом законодавство України зорієнтоване на визнання за жінкою права вільно приймати рішення щодо кількості дітей та проміжку часу між їх народженням. 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), Цивільний Кодекс України (2003), Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992, 2011).

Цивільним кодексом України (ухвалений Верховною Радою України 16 січня 2003 р.) закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 283), право на медичну допомогу (ст. 284), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286);

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 за медичною допомогою не потребує отримання згоди (дозволу) від будь-якої третьої сторони, зокрема від чоловіка або партнера. Основами законодавства України про охорону здоров'я регламентується дотримання конфіденційності (стаття 39-1 Право на таємницю про стан здоров'я).

Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом України „Про інформацію” (ст.46).

Реалізації державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї сприяють постанови Кабінету Міністрів України.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.06 №1849 затверджена Державна програма „Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року”, яка є основним національним програмним документом для реалізації стратегій, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я населення.

Відповідно до Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року» (2006 рік) 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.

Коментар групи: 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.

22

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.

Галузеві нормативно-правові документи

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 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.

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.

Наказ МОЗ України від 13.04.2011 №204 „Про затвердження та впровадження Примірною переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання”, яким до переліку надання послуг перинатальної допомоги на всіх етапах включена профілактична та інформаційно-просвітницька робота (включно з питаннями планування сім'ї).

Наказ МОЗ України від 04.08.2006 №539 „Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні”, та

Наказ МОЗ України від 27.12.2006 №905 „Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги „Планування сім'ї” на час завершення роботи над цією настановою знаходяться в стані перегляду.

Надання медичної допомоги з планування сім'ї відповідає рівням надання медичної допомоги, визначених Законом України „Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я”, який схвалений 07.07.2011р.

Первинна медична допомога з планування сім'ї надається акушерками, фельдшерами, сімейними лікарями, лікарями акушерами-гінекологами та включає:

- консультування з питань здорового способу життя, профілактики ІПСШ;
- консультування з вибору сучасної контрацепції;
- консультування з післяпологової контрацепції серед вагітних (жінок після пологів) та їхніх партнерів;

- доступність контрацепції для сільського населення (слід направити жінку до лікаря акушера-гінеколога, який призначить метод контрацепції відповідно до медичних критеріїв прийнятності ВООЗ та клінічного протоколу з питань планування сім'ї);
- своєчасне виявлення жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою скерування їх на вищий рівень для індивідуального підбору високоефективного методу контрацепції для тривалого використання;
- проведення у навчальних закладах роботи з питань статевих виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я.

Вторинна медична допомога з питань планування сім'ї потребує нормативного визначення відповідального спеціаліста з питань планування, на якого покладається організаційно-методичне забезпечення цих послуг.

Послуги надаються лікарями акушерами-гінекологами та підготовленими акушерками в кабінетах планування сім'ї районних та міських лікарень, жіночих консультаціях, поліклініках, акушерсько-гінекологічних стаціонарах, а також - в «клініках дружніх до молоді».

Це потребує підготовленого з питань планування сім'ї спеціаліста акушерсько-гінекологічного профілю, на якого покладається організаційно-методичне забезпечення надання послуг з планування сім'ї.

- консультування з питань здорового способу життя, профілактики ІПСШ;
- консультування з вибору сучасної контрацепції;
- консультування з післяпологової контрацепції серед вагітних (жінок після пологів) та їхніх партнерів;
- формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою безоплатного їх забезпечення сучасними ефективними видами контрацепції;
- організація системної підготовки лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, фельдшерів, акушерок з питань планування сім'ї;
- співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї;
- співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, з питань здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики непланованої вагітності.

Третинна медична допомога з питань планування сім'ї надається жінкам з групи високого акушерського та перинатального ризиків, тому консультування з питань попередження непланованої вагітності для таких жінок набуває особливого значення. Послуги з вибору методу контрацепції надаються лікарями акушерами-гінекологами разом зі спеціалістами вузького профілю та включають:

- консультування щодо післяпологової контрацепції та підбір високоефективного методу для жінок (та їхніх партнерів) з групи високого акушерського і перинатального ризиків;
- розробка галузевих нормативних документів з питань удосконалення діяльності служби планування сім'ї; створення навчальних матеріалів; адаптація та впровадження міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ з питань планування сім'ї;
- підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з питань планування сім'ї;
- координація діяльності служби планування сім'ї у регіоні, аналіз її діяльності та розробка заходів щодо удосконалення;
- співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДу, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї.

***Коментар групи:** Фахівці первинної медико-санітарної допомоги не можуть самостійно призначати окремі види контрацепції. Крім того, доступ сільського населення до цього виду послуг звужує недостатня підготовка сімейних лікарів з питань планування сім'ї, внаслідок чого жінки змушені звертатись до районного або міського кабінету/центру планування сім'ї з метою отримання медичної допомоги з питань контрацепції, діяльність спеціалістів первинної медичної допомоги обмежується в основному наданням інформації про те, де і коли можна отримати медичну допомогу з питань використання засобів контрацепції. Наявні підходи до організації надання первинної медичної допомоги населенню з планування сім'ї та підготовка фахівців на первинному рівні не можуть забезпечити її повну доступність та достатню якість допомоги і потребують зміни.*

ВИСНОВОК: В УКРАЇНІ ВІДСУТНІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ПЕРЕШКОДИ У ВИКОРИСТАННІ НАСЕЛЕННЯМ КОНТРАЦЕПЦІЇ ЯК ОСНОВНОГО МЕТОДУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕПЛАНОВАНОЇ ВАГІТНОСТІ.

Консультування з питань планування сім'ї

Консультування є важливою умовою для початку та продовження використання пацієнтом методу планування сім'ї. Консультування з питань планування сім'ї повинно бути частиною кожної зустрічі з пацієнтом.

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.

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

Консультування 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.

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 непланованої 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

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.

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.

Етапи консультування з планування сім'ї

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 і недоліки;
 - зворотність методу;
 - можливі короткострокові і довгострокові побічні ефекти, ускладнення;
 - медичні протипоказання;
 - можливість повторного візиту/звернення під час виникнення запитань.
 - 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, порекомендувати інший метод і продовжувати до тих пір, поки вона не зупиниться на конкретному методі. Якщо жінка не може визначитись відразу, необхідно дати їй час на роздуми і призначити дату повторного візиту.
 - У жодному разі не нав'язувати 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 консультант повинен пояснити протипоказання і допомогти обрати інший метод.
 - Якщо пацієнтка обирає метод, який вона не може використовувати у даний час, слід допомогти їй обрати тимчасовий метод, який можна використовувати до постійного методу.

Консультування з конкретного методу контрацепції – пацієнтка 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, визначити, чи знає жінка про інші методи контрацепції, і переконатися 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), пояснити недоліки використання цього методу і проконсультувати 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.
- Пояснити, коли необхідно звернутись для подальшого спостереження.
- Підкреслити важливість повторного візиту, якщо пацієнтка:
 - відчуває побічні ефекти;
 - має запитання;
 - хоче перейти на інший метод;
 - хоче припинити використання контрацептиву.

Консультація 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 пацієнта використовувати методи контрацепції;
- обговорити 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, перевірити правильність його використання. Якщо необхідно, повторно розказати 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, запропонувати способи його усунення або призначити лікування.
- Якщо обраний метод контрацепції більше не використовується, в'яснити причину і чи не пов'язано це з неправильним розумінням/нерозумінням інструкції щодо використання, побічними ефектами методу, труднощами придбання методу тощо. Якщо пацієнтка хоче продовжувати використовувати метод, надати 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.
- Спробувати визначити, чи настала вагітність у результаті невдачі у використанні методу, і з'ясувати чинники, які могли цьому сприяти.

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.

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ПЕРІОДІВ ЖИТТЯ

Потреби щодо планування сім'ї існують протягом всього репродуктивного життя, і часто змінюються із зміною 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.

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 ПСШ.

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 ПСШ, 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 пологами (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 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, чії потреби з ПС³¹ 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.

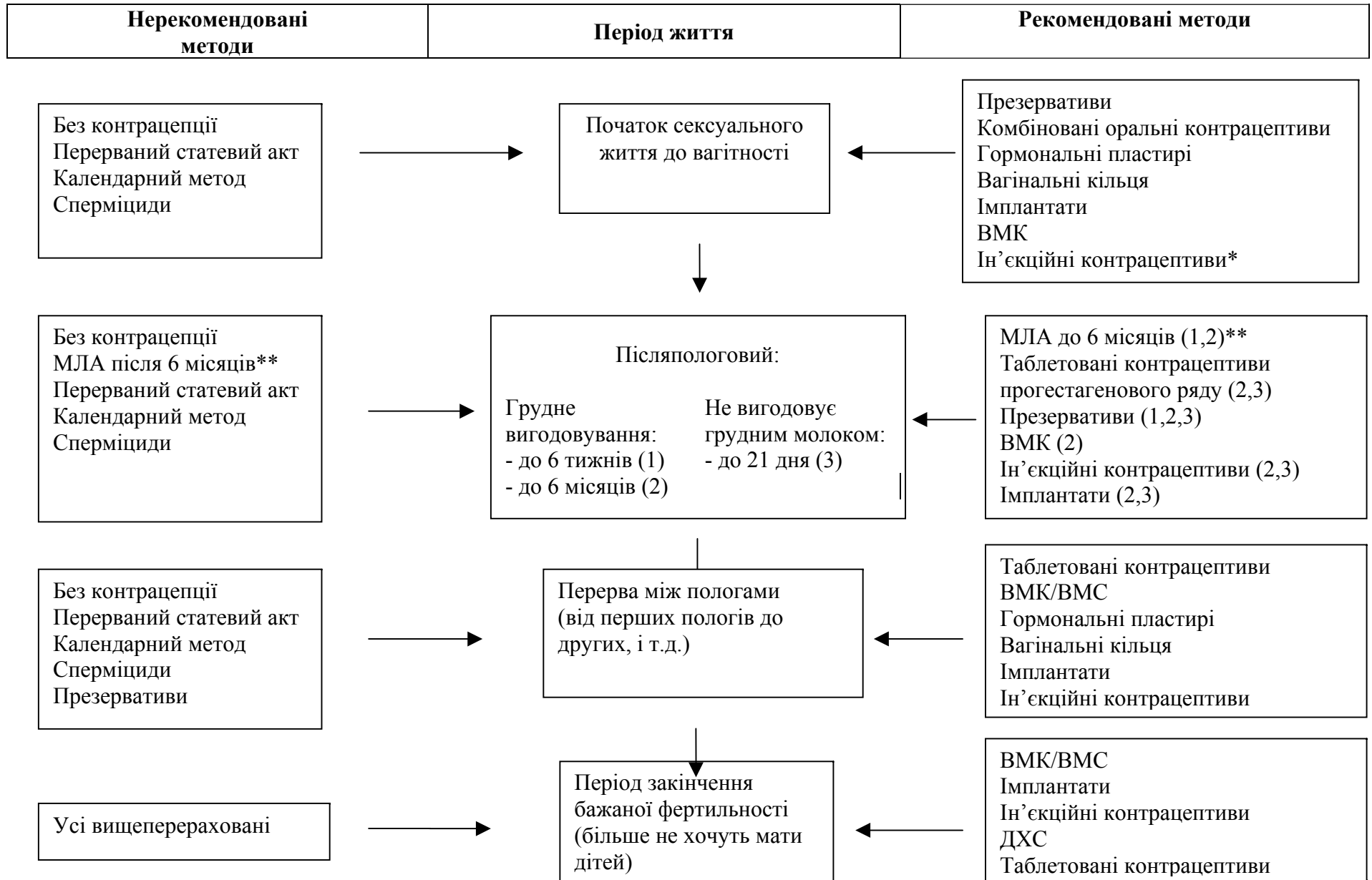
Для кожного з цих періодів є рекомендовані і нерекондовані методи. Рекомендований (прийнятний метод) - це такий метод, який краще за все відповідає потребам пацієнтки для попередження непланованої вагітності у різні періоди її життя.

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 прийнятнього.

Схема 1. Модель вибору методу контрацепції

відповідно до періодів життя



* в середньому, період відновлення фертильності після відміни Ін'єкційних контрацептивів 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 відтермінуватись 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 статевого 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 матерям, 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 непринятною 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 ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ (ВООЗ, 2009)

Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції є:

- важливим кроком у процесі розширення доступу населення до якісних послуг з планування сім'ї;
- практичним інструментом для підняття на новий якісний рівень системи надання консультативно-медичних послуг у галузі ПС;
- розроблені на основі останніх доказових даних (4 видання Медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції, 2009 рік);
- дозволяють визначити хто може використовувати методи контрацепції без шкоди для здоров'я;
- реалізують право пацієнтів на здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції.

КЛАСИФІКАЦІЯ КАТЕГОРІЙ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ (ВООЗ, 2009)

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**.

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 умов 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 приналежність стану жінки до категорії „3” означає, що використання цього методу контрацепції цією жінкою неприпустиме.

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

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

Таблиця 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.

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.

- 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

Таблиця 1

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

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 в крові	С	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику зараження ПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ПСШ/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 1:

* 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 виліковування 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 ноноксинол-9. Використання піхвових діафрагм та шийкових ковпачків, протизаплідний ефект яких забезпечується присутністю ноноксилону-9, не рекомендовано жінкам, які мають ризик зараження ППСШ, 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 ППСШ, 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

Планування сім'ї є невичерпним резервом у збереженні здоров'я жінки через використання сучасних контрацептивів з урахуванням факторів ризику.

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

За класифікацією ВООЗ (2009) 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;
 - імплантати;
 - внутрішньоматкова система (ВМС).

5. Внутрішньоматкові контрацептиви:

- інертні;
- медикаментозні:
 - містять мідь;

- гормональні.

6. Добровільна хірургічна стерилізація:

- жіноча;
- чоловіча.

Коментар робочої групи: Станом на 01.08.2013 р. в Україні не зареєстровані

- бар'єрні контрацептиви у лікарських формах діафрагма, протизаплідна губка;
- гормональні контрацептиви: комбіновані (естроген/прогестерон) ін'єкційні контрацептиви, імпланти.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Вибір методу контрацепції визначається тим, наскільки він ефективний у попередженні непланованої 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.

Таблетки для невідкладної контрацепції: початок використання протягом 72 годин після незахищеного статевого акту знижує ризик настання вагітності мінімум на 75% (4).

Метод лактаційної аменореї: МЛА є високоефективним, тимчасовим методом контрацепції (46).

Таблиця 2⁴⁵

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
	Звичайна практика застосування	Регулярне і правильне застосування	
Відсутність контрацепції	85	85	
Сперміциди	29	18	42
Перерваний статевий акт	27	4	43
Методи розпізнавання фертильності	25		51
Метод стандартних днів		5	
Симптотермальний		2	
Календарний		9	
Протизаплідна губка			
Жінки, які народжували	32	20	46
Жінки, які не народжували	16	9	57
Діафрагма	16	6	57
Презервативи			
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
ДМПА (Depo-Provera*)	3	0,3	56
Комбіновані ін'єкційні контрацептиви (Lunelle*)	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

Коментар робочої групи: * - торгові назви лікарських засобів.

ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

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.

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 вмісту естрогенних стероїдів:

- містять етинілестрадіол;
- містять естрадіолу валерат.

Існують різні види упаковок таблеток: по 21 чи 28 таблеток в упаковці.

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

- Мають лікувально-профілактичні, онкопротекторні властивості;
- 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).
- Побічні ефекти, які виникають при використанні КОК (нудота, запаморочення, зміни настрою, незначні болі у молочних залозах, несильні головні болі, збільшення маси тіла, а також мажучі виділення чи легка кровотеча (звичайно минають після 2-3 місяців прийому) не є симптомами будь-якого захворювання.
- **КОК не захищають від ПСШ, ВІЛ.**

КОК - високоефективні та безпечні засоби контрацепції за умови відсутності протипоказань та дотримання режиму прийому (5).

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 використання КОК

Контрацептивні:

- дуже висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);
- негайний контрацептивний ефект;
- зазвичай 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:

Зиск здоров'ю	Деталі і результати опублікованих досліджень
Рак ендометрію	Зниження раку ендометрію на 40% при нетривалому прийомі та до 80% при тривалому прийомі (>10 років) (McLaughlin et al., 2007, Burkman, 2001).
Рак яєчників	Використання оральної контрацепції протягом 12 років знижує рак яєчників на 60% (McLaughlin et al., 2007). Знижує на 46% ризик раку яєчників (Hannaford et al., 2007). Протективний вплив КОК на рак яєчників та ендометрію триває 10 років після припинення їх застосування.
Доброякісні пухлини молочної залози	Дослідження проведені в Канаді (Rohan and Miller, 1999) та Франції (Charreau, 1993) показали на зниження (40%) доброякісних пухлин молочної залози при використанні оральної контрацепції .
Рак прямої кишки	Використання оральної контрацепції протягом 96 місяців

	чи довше на 40% знижує ризик появи раку прямої кишки в порівнянні з тим, якщо не використовувати його зовсім (Martinez, 1997). Інші дослідження показують подібні результати (Fernandez, 1998).
Ревматоїдний артрит	КОК на 30% знижують ревматоїдний артрит (Spector, 1990). Ті хто користуються оральною контрацепцією мають 0.1 ризик розвитку незначного ревматоїдного артрити (Jorgenson, 1996).
Позаматкова вагітність	Використання оральної контрацепції знижує ризик позаматкової вагітності (трубної) (на 90%) в порівнянні з іншими реверсійними методами контрацепції або стерилізацією (Kaunitz, 1999, Franks, 1990 and Mol, 1999).
Запалення органів малого тазу	Використання КОК протягом 12 місяців знижує ризик запалення органів малого тазу на 60% (Pasner, 1991).
Лікування акне	Рандомізовані дослідження показали, що використання КОК краще знижує появу акне ніж це робить плацебо (Redmond, 1997; Lucky, 1997; Arowojolu, 2007).
Профілактика остеопенії	Використання КОК може підвищити мінеральну щільність кісток (Warren et al., 2005).
Дисфункційна маткова кровотеча	Рандомізовані дослідження показали, що використання КОК знижує маткову кровотечу (Davis, 2000).
Кисти яєчників	Деякі дослідження показали, що використання КОК знижує ризик появи кіст яєчників (Holt et al., 2003). Інші дослідження показують, що це зниження не значне. (Grimes et al., 2006).
Дисменорея	Деякі дослідження показують, що при використанні КОК знижується ризик дисменореї на 60% (Mishell, 1982) .

НЕДОЛІКИ використання КОК

- необхідність постійного регулярного прийому. Неуважність збільшує ризик вагітності. *Ефективність знижується, якщо не приймати таблетки кожного дня (рівень доказовості I, задовільне, побічне підтвердження) (20);*
- можливість побічних 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 чи протитуберкульозних засобів;
- 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.

Початок використання КОК

У перший день менструального циклу. Можна 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 перелічених вище випадках необхідно використовувати додатковий метод контрацепції протягом перших 7 днів прийому КОК.

У разі відмови від⁵⁰ використання негормональних методів контрацепції (включаючи 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.

(Рівень доказовості I задовільне, побічне підтвердження) (20)

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 головним болем, 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 *(рівень доказовості II-2, задовільне, пряме підтвердження)*.

Подовжений прийом:

- 21 таблетка в упаковці – приймається по одній таблетці щодня протягом 12 тижнів без перерви (підряд із 4 упаковок). Після прийому останньої таблетки із 4-ї упаковки робиться 7-денна пауза перед початком прийому таблеток із наступних 4 упаковок.

- 28 таблеток в упаковці – пропускається прийом 7 останніх (негормональних) таблеток у 3 упаковках підряд. Приймаються усі 28 таблеток із 4-ї упаковки і очікується поява кров'янистих виділень. При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Безперервний прийом:

- приймається по одній гормональній таблетці у день до тих пір, поки пацієнтка не вирішить відмовитися від подальшого використання КОК. У разі виникнення запитань чи станів, що турбують, необхідно звернутися за консультацією до лікаря.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Таблиця 3

Типові побічні ефекти при прийомі КОК

Органи і системи	часті	нечасті	одиничні
	($\geq 1/100$)	($\geq 1/1000$ і $\leq 1/100$)	(<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. Це не є небезпечним, однак необхідна перевірка на вагітність.
- Якщо пацієнтка правильно приймає КОК і вагітності немає, жодного лікування непотрібно, лише консультування і заспокоєння.

- Якщо аменорея буде продовжувати її турбувати, можна перейти на короткочасне використання КОК з підвищеним вмістом естрогену з лікувальною метою, якщо немає станів, що вимагають обережності.
- У випадку маткової вагітності необхідно пояснити жінці її можливості вибору. Якщо вагітність буде доношуватися, необхідно припинити використання КОК. Невеликі дози естрогену і прогестагену в КОК, які отримала жінка, не завдадуть шкоди плоду.

Нудота/запаморочення/блювання:

Необхідно приймати таблетки під час вечері або перед сном, симптоми зазвичай минають через три цикли (*A(I), задовільне, побічне підтвердження*).

Якщо відчуття нудоти з'являється з початком прийому таблеток з чергової упаковки, призначається схема продовженого прийому контрацептиву (*I, добре, пряме підтвердження*) (20).

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Приймаються таблетки в один і той же час щодня.
- Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати у перші 3 місяці використання таблеток. Якщо такі виділення будуть продовжуватись, необхідно вибрати інший метод.
- Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати у зв'язку з:
 - пропуском прийому таблеток;
 - прийомом таблеток у різний час доби;
 - блюванням під час прийому таблеток;
 - прийомом протисудомних препаратів чи рифампіцину.
- Деяке полегшення стану можна досягти 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 приймають хронічний характер слід проаналізувати можливі причинні фактори, не пов'язані з прийомом КОК.

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

- У разі появи тривожних симптомів (головні болі, біль в грудях, порушення зору) або АТ $\geq 140/90$ потрібно припинити використовувати метод. 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).
- Призначають аспірин, ібупрофен, парацетамол чи інший знеболюючий засіб.

- Будь-який головний біль, що посилюється або виникає, частішає під час прийому КОК, є показанням для додаткового обстеження жінки.

Перепади настрою чи порушення лібідо:

- При відсутності у житті жінки обставин, які можуть вплинути на її настрій, що включає і взаємини з партнером, необхідно надати їй моральну підтримку.
- У деяких жінок „безгормональний” тиждень (тобто 7 днів, протягом яких жінка не приймає гормональні таблетки) може супроводжуватися перепадами настрою. У цьому випадку призначають 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 затяжні кровотечі:

- Необхідно оцінити стан за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження.
- Провести діагностику і призначити 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.
- Необхідно допомогти 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 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 методу контрацепції;
- відновити прийом КОК через два тижні після того, як вона знову зможе пересуватися самостійно.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильні головні болі або помутиння 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

(Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

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 менструального 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 втрату маси тіла. Маса тіла може коливатися природнім чином при зміні життєвих обставин або при старінні. 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. (47)

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.

8. 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,⁵⁶ 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. (рівень доказовості II-2) (5)

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.

(Рівень доказовості I, задовільне, побічне підтвердження).

ТРАНСДЕРМАЛЬНА ТЕРАПЕВТИЧНА СИСТЕМА (ГОРМОНАЛЬНИЙ ПЛАСТИР)

Трансдермальна терапевтична система (ТТС), (гормональний пластир) - гормональний контрацептив для системного застосування.

Контрацептивний пластир – невеликий, тонкий гнучкий квадратний пластир 20 см², який вивільняє прогестаген та естроген.(21)

МЕХАНІЗМ ДІЇ

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

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

- Одночасно можна використовувати лише один пластир 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.
- У жінок з масою тіла 90 кг і більше контрацептивна ефективність може бути зниженою.
- Гормональний пластир 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 пластир на іншу ділянку шкіри і носити його до наступної заміни.
- 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	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність контрацепції у разі правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • негайна ефективність; • метод не пов'язаний із статевим актом; • діючі речовини поступають одразу у кровоток; • дає додаткову впевненість в ефекті (стан ШКТ не впливає на надходження препарату); 	<ul style="list-style-type: none"> • можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – 3 цикли; • залежать від користувача (пацієнтка повинна щоденно перевіряти, чи щільно приклеєна ТТС); • ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних чи протитуберкульозних препаратів або рослинних препаратів, які

<ul style="list-style-type: none"> • забезпечує рівномірне постачання препарату. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не потребує участі медичного спеціаліста; • простота застосування. 	<ul style="list-style-type: none"> • містять звіробій продірявлений; • необхідно мати можливість поповнення запасу препарату; • не захищають від ІПСШ, ВІЛ.
---	--

ІНСТРУКЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯ ТТС

Початок використання:

Розпочати у перший день менструації. Приклеїти до шкіри один пластир і носити його. **На 22-й день циклу пластир знімають**, з 22-го по 28-й день циклу його **не використовують**. Наступний день вважається **першим днем** нового контрацептивного циклу.

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

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

Якщо застосування ТТС починається пізніше першого дня менструації, то протягом наступних 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 абортів або викидня до 20-го тижня вагітності можна одразу розпочати 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 10-14 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 аборту 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 пластир 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.

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.

Ошибка! Закладка не определена.

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.

Під час повного або часткового відклеєння ТТС

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

Навіть у випадку часткового відклеєння пластиру (ТТС):

- менше ніж за добу (24 год.) потрібно знову приклеїти пластир на ту саму ділянку тіла або одразу ж замінити його новим пластиром. Додаткові контрацептиви не потрібні. Наступний пластир необхідно приклеїти у звичайний „день заміни”;
- більше ніж протягом доби (24 год.), а також якщо жінка не знає точно, коли пластир (ТТС) частково або повністю відклеївся, можливе настання вагітності. Жінка повинна одразу ж почати новий цикл, наклеївши новий пластир, 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 пластир, якщо він втратив свої адгезивні властивості; замість цього необхідно одразу приклеїти новий пластир (ТТС). **Не можна застосовувати додаткові липкі стрічки або пов'язки для утримання на місці пластиру.**

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів (*рівень доказовості I, добре,пряме підтвердження*) (20);

- можлива незначна нудота,⁶⁰ запаморочення, невеликий біль молочних залоз, головні болі;
- на місці приклеювання пластиру можливе подразнення шкіри.

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.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічує овуляцію;
- згущує цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінює 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	НЕДОЛКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • пацієнтка може сама припинити використання засобу; • стабільне виділення гормонів; • відсутність первинного проходження через печінку та ШКТ. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • експульсія кільця у разі опущення стінок піхви; • можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла; • не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ІНСТРУКЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ

Початок використання (Одне кільце розраховане на один цикл.)

Вводиться 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.

Протягом трьох тижнів кільце перебуває у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-денна перерва.

Після 7-денної перерви вводиться наступне кільце.

Кожне кільце призначене для одного циклу використання; один цикл складається з 3 тижнів використання кільця і тижневої перерви. Після введення кільце повинно залишатися на місці протягом трьох тижнів, потім воно має 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.)

У разі переходу з комбінованого орального контрацептиву (КОК) необхідно 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 можна 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 необхідно використовувати додатковий бар'єрний метод контрацепції.**

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

Після пологів чи абортів у другому триместрі можна починати використання кільця на четвертому тижні після пологів (якщо не годує грудьми) чи абортів другого триместру. Якщо початок використання кільця розпочато 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.

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 ⁶³живота (можуть бути ознакою ектопічної 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.

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

При використанні ПТП можливі зміни характеру менструальних виділень, 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.

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

ПТП не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ.

Рекомендовано відвідати лікаря через 3 місяці після початку прийому ПТП. Щорічний огляд лікарем акушером-гінекологом здійснюється на загальних підставах за умови відсутності ускладнень,

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ефективні, якщо приймаються в один і той самий час щодня (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • викликають зміни в характері менструального циклу (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях прийому таблеток); • можливе деяке збільшення або втрата маси тіла; • повинні прийматись в один і той самий час щодня; • забування прийняти таблетку збільшує ризик вагітності; • необхідно мати можливість поповнити запас контрацептиву;

<p>припинення використання; можуть застосовуватися при протипоказаннях до призначення естрогену.</p> <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • можуть зменшити інтенсивність менструального болю; • можуть зменшити менструальну кровотечу; • можуть сприяти зменшенню анемії; • знижують ризик розвитку раку ендометрію; • зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози. 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність може знижуватися за одночасного використання деяких протисудомних (фенітоїн, карбамазепін, примідон, барбітурати, топірамат, окскарбазепін) чи протитуберкульозних (рифампіцин, рифабутин) препаратів; • метод не захищає від ПСШ, ВІЛ.
---	---

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПТП

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

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 використанні 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 вище⁶⁶ випадках необхідно використовувати додатковий метод контрацепції протягом перших 2 днів прийому ПТП.

За умови відмови від використання негормональних методів контрацепції (виключаючи 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 містить 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 видалений протягом цього періоду.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти не є симптомами якого-небудь захворювання, у певної частини користувачів вони можуть бути практично відсутні.

Побічні ефекти:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- При відсутності вагітності жодного лікування не потрібно, лише консультування.
- Постійна дія невеликих доз прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних виділень, а у деяких жінок – і до повного їх припинення.
- У випадку маткової вагітності пацієнтці необхідно пояснити наявні в неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, рекомендувати припинити використання таблеток, невелика доза прогестагену не нашкодить плоду.
- Викликання кровотечі за допомогою гормональної терапії (КОК), недоцільно і це, як правило, не приносить успіху, якщо не провести 2-3 цикли прийому КОК.

Нерегулярні кров'янисті, 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'янисті виділення можуть тривати протягом усього прийому ПТП.
- Нерегулярні кров'янисті 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'янисті 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, необхідно допомогти їй вибрати інший метод.

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

- Необхідно заспокоїти 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. З метою профілактики анемії рекомендується 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, необхідно допомогти вибрати інший метод контрацепції.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Вагінальні кровотечі неясної етіології:

- Необхідно оцінити стан жінки за анамнезом і результатами гінекологічного огляду.
- Провести додаткове обстеження і призначити 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 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 ПТП.

Мігренозний головний біль:

- Мігренозні головні болі без аури не є протипоказанням до застосування ПТП.

- Мігренозні головні болі з ауруою є протипоказанням до застосування ПТП. Необхідно допомогти 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. Слід допомогти жінці вибрати негормональний метод контрацепції.
- При необхідності, направити жінку на обстеження і лікування.

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТАГЕНОВОГО РЯДУ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

(Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

1. Чи є можливим безпечне 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 можуть застосовуватися, починаючи з 6 тижня після пологів. Прийом ПТП не впливає на секрецію грудного молока.
(5)

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.

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. 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, ⁶⁹ 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 (*A(I), задовільне, пряме підтвердження*).

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 знижує⁷⁰ 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.

До ПІК належать прогестагени пролонгованої дії – депо-медроксипрогестерону ацетат (ДМПА).

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.

Повернення фертильності тимчасово затримується після припинення проведення ін'єкцій (в середньому на 6-12 місяців після останньої ін'єкції). Загалом, ДМПА не знижує фертильності жінки.

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.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 вигодовування; • пацієнтці не потрібно часто купувати препарат чи мати його про запас; • не містить естроген; • може використовуватись жінками будь-якого віку. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • конфіденційність. Ніхто, крім медичного 	<ul style="list-style-type: none"> • викликають зміни у характері менструальних кровотеч майже у всіх жінок (нерегулярні виділення /аменорея); • збільшення маси тіла (у середньому 1-2 кг) ; • затримка у поверненні фертильності; • необхідно мати препарат у наявності; • метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

<p>спеціаліста не знає, який контрацептив використовує жінка;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ектопічної вагітності; • знижують ризик загострення серповидно-клітинної анемії. 	
---	--

Особливі вказівки:

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

У будь-який з 5 днів після початку менструації. При цьому використанні 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.

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 використанні 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 ⁷³ 2 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

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. *(І, побічне підтвердження) (20)*

ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ

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

Якщо дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями ДМПА є неможливим, допускається проведення ін'єкції на 2 тижні раніше або на 4 тижні пізніше. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо термін введення перевищує 4 тижні, 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.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- При відсутності вагітності жодного лікування не потрібно, тільки консультування. 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.
- У разі маткової вагітності необхідно пояснити пацієнтці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде виношуватись, припинити ін'єкції та заспокоїти жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.
- Не намагатися викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК).

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Пояснити жінці, що кров'янисті, мажучі виділення не є серйозною проблемою і, зазвичай, не потребують лікування. У більшості жінок змінений характер кровотеч стає регулярнішим через 6 місяців.

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

- Пояснити 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 призначити лікування (за умови відсутності протипоказань до використання естрогенів):
 - при наявності кровотечі - 21-денний прийом КОК (30-35 мкг ЕЕ). Не забути сказати пацієнтці, що менструація повинна початися протягом тижня після завершення курсу КОК;
 - у разі значної кровотечі призначається 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 проведені 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)

Пояснити 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, припинити ін'єкції та допомогти пацієнтці вибрати інший метод.

**ПРОГЕСТАГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ:
ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ**

(Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

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 ПМК.. Якщо жінка відчуває психологічний дискомфорт через відсутність менструальних кровотеч, то ця проблема може бути вирішена зміною методу контрацепції.

2. Чи безпечно використовувати ПМК при грудному вигодовуванні?

Так. Цей метод добре підходить для жінок, які годують грудьми, і які бажають використовувати гормональний метод контрацепції. ПМК 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 ПМК може інколи супроводжуватися втратою маси тіла або взагалі не викликати будь-яких змін ваги.

4. Чи може ДМПА викликати переривання вагітності?

Ні. В результаті проведених досліджень було встановлено, що ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду не викликають переривання існуючої вагітності. Застосовувати ПМК 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 ПМК, зазвичай відновлюється після кількох місяців після останньої ін'єкції навіть у випадку відсутності менструальних кровотеч у період застосування цього методу.

6. Як довго відновлюється здатність до зачаття після відмови від подальшого використання ДМПА?

У жінок, які використовували ДМПА, період відновлення здатності до зачаття триває в середньому на 4 місяці довше, ніж у жінок, які застосовували інші

76
методи контрацепції. Це означає, що такі жінки можуть завагітніти приблизно через 10 місяців після останньої ін'єкції.

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).

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 (не залежно від віку) піддаються підвищеному ризику виникнення кісткових переломів. У репродуктивному віці відміна ДМПА супроводжується поступовим відновленням щільності кісткової тканини.

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

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

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

Як правило, ні. Деякі жінки, які використовують ППК, дійсно мають такі скарги. Однак переважна частина користувачів не відмічає виникнення будь-яких змін вищезгаданого характеру.

ІМПЛАНТАТИ

Імпланти – невеликі пластикові стержні чи капсули, що за розміром нагадують сірник, і які вводяться підшкірно та вивільняють прогестаген. Запобігає вагітності 3-5 років, в залежності від типу імплантату.

Коментар робочої групи: Станом на 01.07.2013р. імпланти в Україні не зареєстровані.

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.
- Певні лікарські препарати можуть знизити ефективність імплантів, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використання будь-яких нових ліків.
- Імпланти не захищають від ПСШ, включаючи ВІЛ.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока негайна (< 24 години) ефективність; • тривалий період дії (3-5 років) при зворотності методу; • перед початком використання методу не обов'язково проводити спеціальний огляд гінеколога; • метод не пов'язаний зі статевим актом; • метод не впливає на грудне вигодовування, може використовуватися через 6 тижнів після пологів; • після видалення капсул негайне повернення фертильності; • мало побічних ефектів; • капсули не містять естрогену. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сприяють зменшенню менструального болю; • сприяють зменшенню менструальних виділень і як 	<ul style="list-style-type: none"> • жінка повинна звернутися до лікаря для введення нових капсул або видалення старих; • потрібен спеціально підготовлений медичний спеціаліст для введення та видалення капсул; • метод не захищає від ПСШ, ВІЛ.

<p>наслідок анемії (<i>A(I), добре,пряме підтвердження</i>);</p> <ul style="list-style-type: none"> • знижують ризик розвитку раку яєчників , раку ендометрію; • знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози; • зменшують ризик ектопічної вагітності. 	
---	--

ІНСТРУКЦІЯ 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.

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.

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, необхідно пояснити 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.
- 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. Необхідно попередити пацієнтку, що менструальна кровотеча повинна початися протягом тижня після завершення курсу КОК.
- У випадку значної кровотечі призначити 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):

- Необхідно виключити 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 їх припинення..
- Викликання менструальної кровотечі за допомогою гормональної терапії (КОК), недоцільне.
- У випадку маткової вагітності пояснити жінці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, вилучити імплантати і заспокоїти жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.

- При підозрі на ектопічну вагітність терміново направити жінку на повне обстеження.

Головний біль (не мігренеподібний):

- Призначається 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.

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):

- Оцінити стан жінки за результатами анамнезу та гінекологічного обстеження. У разі необхідності призначається 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 ППСШ чи запальним захворюванням органів малого таза, жінка може продовжити використання імплантату під час лікування.

(I, добре,пряме підтвердження) (20)

Проблеми:

Частковий вихід капсули:

- Необхідно вилучити частково витіснену(-ні) капсулу(-ли). Перевірити, чи на місці інші капсули (для Норпланта).
- Якщо зона введення не інфікована (немає почервоніння, болю, жару), замінити капсулу(-ли).
- Якщо зону введення інфіковано, вилучити капсули, що залишилися, і ввести новий комплект на другій руці або допомогти жінці вибрати інший метод.

Інфекція у місці введення:

- У випадку інфекції (але не абсцесу) обробити зону введення дезінфікуючим розчином і призначити відповідний антибіотик на 7 днів.
- Не вилучайте капсулу! Необхідно запросити пацієнтку прийти через 1 тиждень. Якщо покращення не буде, вилучити капсулу і ввести новий імплантат на другій руці або допомогти пацієнтці вибрати інший метод.

(I, добре,пряме підтвердження) (20)

ІМПЛАНТАТИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ
(Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

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.

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.

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 невіддале введення імплантатів чи інфікування місця введення.

7. Чи пов'язане використання імплантатів з підвищеним ризиком настання позаматкової вагітності?

Ні. Навпаки, використання імплантатів значно знижує ризик позаматкової вагітності.

8. Чи слід уникати застосування імплантатів при надлишковій масі тіла?

Ні. Тим не менше, слід враховувати, що надлишкова маса тіла потребує заміни імплантатів 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 імплантати по завершенню 5 років після їх введення.

9. Що слід робити у випадку виявлення оваріальної кісти у жінки, яка використовує імплантати?

Переважає більшість кіст належить до типу несправжніх оваріальних кіст і фактично є наповненими рідиною утвореннями в тілі яєчників (фолікули), які збільшуються до 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.

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.

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.

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.

ВМК не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ (*рівень доказовості II-2*) (5).

Термін використання ВМК визначається типом ВМК і зазначається виробником на вкладиші всередині упаковки.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність (0,6 вагітностей на 100 жінок протягом першого року; використання ВМК, що містять мідь); • метод ефективний одразу після введення; • довготривале попередження непланованої вагітності; • метод не пов'язаний безпосередньо зі статевим актом; • метод не впливає на грудне 	<ul style="list-style-type: none"> • 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;

<p>вигодовування;</p> <ul style="list-style-type: none"> • негайне повернення фертильності після вилучення ВМК; • 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 Соррег Т 380 А). 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
--	---

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ ІПСШ

Наявність гонореї і хламідіозу є протипоказанням до введення ВМК.

Етапи бесіди:

- Необхідно проінформувати жінку, що приналежність до групи підвищеного ризику щодо деяких ІПСШ є протипоказанням до використання ВМК.
- Запропонувати 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 статевого партнера жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевого 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 статевого партнеру нещодавно поставили діагноз ІПСШ.
- Якщо жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, слід допомогти 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, за умови, 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). Додатковий метод контрацепції не застосовується.

Введення ВМК можливе **у будь-який час менструального циклу**, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Додаткового методу контрацепції не потрібно.

Після пологів введення ВМК допускається якщо:

- після пологів минуло менше 48 годин;
- після пологів минуло 4 і більше тижнів;

Після абортів ВМК може вводитися одразу. 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 одразу, 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.

(III,задовільне,побічне підтвердження)

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:

Проблеми	Дії
<p><i>Значні чи тривалі менструальні кровотечі</i> (кількість втраченої крові перевищує звичайну у 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів)</p> <p><i>Нерегулярні кровотечі</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Пояснити, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани. • Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, провести консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі 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.
<p><i>Анемія</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 збільшити у раціоні харчування продукти, що містять залізо. • Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому, і у жінки дуже виражена анемія (гемоглобін < 70 г/л), рекомендується вилучити ВМК і допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
<p><i>Спазми і болі</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Перші 2 дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями. • Як правило, ці болі не наносять шкоди здоров'ю жінки і стають менш вираженими через певний час. • Призначити ібупрофен або парацетамол для зменшення дискомфорту.

	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо спазми і болі приймають хронічний характер і виникають без зв'язку з менструальними кровотечами, то у цьому випадку: <ul style="list-style-type: none"> - визначають причину і призначають лікування - якщо причину встановити не вдається та інтенсивність спазмів висока, розглядається варіант видалення ВМК.
<p><i>Сильні болі внизу живота (підозра на ЗЗОМТ)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Необхідно провести гінекологічне обстеження органів малого тазу. • 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 гонореею, хламідіозом і анаеробної флорою. На час лікування слід запропонувати жінці/парі користуватися презервативами. • Якщо жінка хоче продовжувати використовувати ВМК, то немає необхідності її видалити. • 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.
<p><i>Партнер відчуває нитки ВМК під час статевого акту</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Пояснити, що така проблема може іноді виникати через надмірну довжину обрізаних ниток ВМК. • Якщо нитки ВМК викликають неприємні відчуття у партнера, можливі варіанти вирішення проблеми: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p><i>Часткова експульсія (часткове випадіння) ВМК</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Часткова експульсія є показанням для видалення ВМК. • Необхідно з'ясувати, чи хоче жінка продовжити використовувати ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції. • Новий ВМК може бути введений у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.

	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо жінка відмовляється від подальшого використання ВМК, допомогти їй вибрати інший метод контрацепції.
<i>Повна експульсія (повне випадіння) ВМК</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<i>Відсутність ниток ВМК</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Спробувати 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. Для уточнення необхідно направити на рентгенологічне чи ультразвукове дослідження. • Необхідно виключити вагітність. • Якщо жінка не вагітна і ВМК не виявлено, ввести новий ВМК або допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
<i>Підозра на перфорацію матки</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо під час введення ВМК виникає підозра на перфорацію матки, слід негайно припинити всі дії (видалити ВМК, якщо він був вже введений) і госпіталізувати жінку з метою спостереження за її станом в умовах стаціонару: <ul style="list-style-type: none"> - 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). • 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. Допомогти жінці вибрати альтернативний метод контрацепції. • Якщо підозра на перфорацію матки виникає протягом 6 тижнів після введення ВМК слід направити жінку у стаціонар для обстеження і визначення тактики лікування. ВМК рекомендується видалити в умовах стаціонару. • Перфорація матки відноситься до найбільш рідких

	<p>(1:5000), але серйозних ускладнень внутрішньоматкової контрацепції. Виділяють три ступеня перфорації матки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-й ступінь - ВМК частково міститься в міометрії; - 2-й ступінь - ВМК повністю знаходиться в міометрії; - 3-й ступінь - частковий або повний вихід ВМК в черевну порожнину. <p>При 1-му ступеню перфорації можливо видалення ВМК піхвовим шляхом. При 2-му та 3-му ступенях перфорації показаний абдомінальний шлях видалення. При 2-му ступені можливе видалення з використанням гістероскопа. <i>(А(І)задовільне, пряме підтвердження)</i></p>
--	---

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ

Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом виділяє прогестин ЛНГ безпосередньо у порожнину матки (20 мкг на добу), вводиться лікарем у матку на 5 років.

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.

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	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока та негайна ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); 	<ul style="list-style-type: none"> • можливі кров'яністі мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (як правило минають після

<ul style="list-style-type: none"> • використання методу не залежить від користувача; • 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 дозволяє використовувати систему з ЛНГ під час вигодовування грудьми та інших станах, за яких системний вплив гормонів є небажаним; • негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення; • відсутність впливу на кров'яний тиск. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації; • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • періоду адаптації); • необхідна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу; • вимагається певна кваліфікація лікаря для 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.
--	--

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ

ВМС, що містить 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 не вагітна. 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.

Коментар групи: Враховуючи, що в Україні станом на 1.07.2013 зареєстрована одна ВМС, що містить левоноргестрел, рекомендації щодо

використання ВМС після пологів відповідають Інструкції для медичного застосування препарату і становлять 6 тижнів після пологів. ВООЗ рекомендує почати використання ВМС після пологів через 4 тижні.

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.

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.

Жінці необхідно негайно проконсультуватися 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,⁹² ефективність його дії зменшується. Якщо відмічаються ознаки, які вказують на те, що засіб змістився (збільшилась довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо жінка не може відчутти 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.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ

(Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

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.

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.

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 нелікованого 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. *(І, добре,пряме підтвердження)* (20).

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.

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 ППСШ, 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.

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 ППСШ, 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 статевого акту.

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.

Таблиця 4

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 урогенітальних 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

Сучасні дослідження довели, що ефективність презервативів для попередження передачі ВІЛ інфекції складає більше 87% (від 60% до 96%). Неefективність презервативів пояснюється неправильним їх використанням.

Міфи про те, що віруси проникають через пори латексу не мають доказових підтверджень. Лабораторні дослідження довели непроникність латексних презервативів для збудників інфекцій, в тому числі найменших вірусів, які містяться у виділеннях статевих органів.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
Контрацептивні: <ul style="list-style-type: none"> • негайна ефективність; • не впливають на грудне вигодовування; 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність (2 вагітності на 100 жінок у випадку правильного застосування)

<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ІПСШ\ВІЛ; • сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї; • можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки у жінок; • можуть використовуватися для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кільце презерватива виконує роль слабкого джгута); • можуть використовуватись під час лікування імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву. 	<p>протягом першого року використання);</p> <ul style="list-style-type: none"> • метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатись (мотивація) і використання під час кожного статевого акту); • можуть знизити чутливість статевого органу, ускладнюючи тим самим підтримку ерекції; • необхідно мати презервативи до початку статевого акту; • можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом.
---	---

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Презерватив розірвано або підозрюється його пошкодження (до статевого акту):

- Перевірити презерватив на наявність пошкоджень.
- Викинути і взяти інший презерватив або використати сперміцид у поєднанні з іншим презервативом.

Презерватив розірвався або зісковзнув (під час статевого акту):

- Під час розриву презерватива або підозрі на пошкодження використати метод невідкладної контрацепції (див. розділ “Невідкладна контрацепція”).

Підозрювана алергічна реакція (на презерватив):

- Виключити наявність інфекції або механічне подразнення.
- Якщо це алергія, допомогти пацієнтам вибрати інший метод.

Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид):

- Виключити 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 ПСШ, порекомендують інший сперміцид або презерватив без сперміциду чи допомагають вибрати інший метод.

Зменшення відчуття статевого задоволення:

- Якщо спостерігається зниження чутливості навіть за використання тонших презервативів, допомогти 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.

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 ПСШ.

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	НЕДОЛІКИ
<ul style="list-style-type: none"> • метод контролюється жінкою; • відсутність протипоказань; • немає алергічних реакцій. 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність (5 вагітностей на 100 жінок за умови правильного застосування протягом першого року використання); • дороговартісні; • потрібна згода партнера; • потрібен постійний запас.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Внутрішній обідок презерватива викликає дискомфорт або біль:

- Витягти презерватив і ввести його повторно або змінити його положення

98
таким чином, щоб внутрішній обідок 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 проконсультувати жінку щодо порядку введення презерватива.

Слабке подразнення слизової піхви або статевого члена (свербіж, почервоніння або висипання):

- Виключити наявність інфекції, алергічну реакцію.
- Якщо після статевого акту симптоми не минають і немає ніяких ознак ПСШ, допомогти вибрати інший метод.

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 таблеток;
- вагінальних супозиторіїв;
- розчинних супозиторіїв;
- розчинних плівок;
- речовин, що застосовуються для змащення презервативів.

Як основні активні інгредієнти у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконію хлорид, октоксінол, менфегол. Згідно даних ВООЗ, ноноксінол-9 сприяє поширенню ПСШ через ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів, тому не рекомендується до застосування.

Коментар робочої групи: Станом на 01.07.2013р. в Україні не зареєстровані контрацептиви для зовнішнього застосування у лікарських формах: аерозолі (піни), креми, вагінальні таблетки, вагінальні супозиторії, які в якості сперміциду містять бензалконій.

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 піхвою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- викликають руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їх 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	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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.

Рекомендації

- Вводити сперміцид до початку кожного статевого акту.

- Після введення вагінальної¹⁰⁰ таблетки, супозиторію або плівки необхідно почекати певний проміжок часу до ймовірного статевого контакту залежно від типу сперміциду та відповідно до інструкції виробника.
- виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату (наприклад, струсити контейнер з аерозольною піною перед тим, як витиснути її в аплікатор).
- Ввести додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1-2 годин після першого введення.
- Ввести 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.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Вагінальне подразнення:

- Якщо подразнення викликане сперміцидом, поради́ти перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомогти пацієнтці вибрати інший метод.

Подразнення пеніса та дискомфорт:

- Якщо подразнення викликане сперміцидом, поради́ти перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомогти вибрати інший метод.

Занепокоєння відчуттям печіння у піхві:

- Заспокоїти, пояснивши, що відчуття печіння є нормальним явищем. Якщо пацієнтка стурбована, поради́ти перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомогти їй вибрати інший метод.

МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ (ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї)

Методи розпізнавання фертильності (природні методи планування сім'ї - (назва походить з перекладу англomовного 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.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ

Показник „контрацептивної невдачі” становить від 3 до 25 випадків на 100 жінок протягом першого року використання.

Ефективність природного планування сім'ї як методу контрацепції визначають:

- 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	НЕДОЛКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї та відповідального батьківства; • використовуються для діагностики і лікування безпліддя. 	<ul style="list-style-type: none"> • необхідне детальне навчання для правильного використання; • вимушене утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення; • вимагає щоденного ведення записів; • вагінальні інфекції та прийом медикаментів унеможливають інтерпретацію цервікального слизу; • відсутність захисту від ППСШ, ВІЛ.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

Методи є оптимальними для пар, які не бажають застосовувати інші методи планування сім'ї з релігійних чи інших міркувань. 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.

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.

Рекомендації з використання

Жінка може приблизно визначити свій фертильний період, спостерігаючи за менструальними циклами.

Необхідно розрахувати фертильний період. Простежити за тривалістю щонайменше 6 менструальних циклів, протягом яких необхідно або утримуватися від статевих стосунків, або користуватися іншим контрацептивним методом. Потім розрахувати свою фертильну фазу за наведеною нижче формулою:

- від кількості днів у найдовшому з ваших циклів відняти 11 (визначається **останній фертильний день** циклу);
- від кількості днів у найкоротшому з циклів відняти 18 (визначається **перший фертильний день** 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). Необхідно уникати статевих актів під час фертильних днів.

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 самостійно з контрацептивною метою.

Рекомендації з використання

Можна визначити фертильну фазу, акуратно вимірюючи температуру спеціальним термометром, який зафіксує навіть незначне її підвищення.

Необхідно використовувати правило зміни температури:

Температура вимірюється в один і той же час щоранку до того, як жінка встане з ліжка та записується в карту. Використовуючи записи у карті за перші 10 днів менструального циклу, визначається найвища з „нормальних низьких” температур (тобто щоденних температур, записаних у звичайному порядку і без виняткових умов). Не беруться до уваги аномально високі температури через лихоманку або інші стани.

Проводиться лінія дещо вище (на 0,05°C) 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 необхідно утримуватись 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 дочекатися 3 днів **поспіль** з температурою вище температурної лінії до того, як поновити статеві стосунки;
- після початку нефертильної фази більше немає необхідності реєструвати температуру. Можна припинити це робити до початку наступного менструального циклу або мати статеві стосунки до першого дня наступної менструації.

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 нагадують малюнок у вигляді листка 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. Післяовуляторна, або пізня інфертильна фаза циклу починається на 4-й день після максимальних виділень і продовжується до 1-го дня чергової менструації.





Рекомендації з використання

Можна визначити 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 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, необхідно простежити за ним кілька разів на день. Щовечора перед сном визначається найвищий рівень фертильності і робиться у карті відповідна позначка.

Утримуються 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**).

Позначається останній день прозорого, слизького, тягучого слизу знаком X. Це „день пік” – найбільш фертильний період.

Після „дня пік” уникати 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.

Симптотермальний метод

Цей найбільш поширений метод у даний час. Правила методу – це синтез підходів, які якнайкраще зарекомендували себе в усьому світі.

Симптотермальний 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, симптотермальний метод є найбільш точним та ефективним за умови точного виконання всіх правил та методів, з яких він складається.

Рекомендації з використання

Можна визначити фертильні дні, стежачи одночасно за температурою і цервікальним слизом.

Після закінчення менструації можна 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. Утримуються від статевих стосунків до закінчення фертильної фази.

Утримуються 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 дотримуються 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, можна 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.

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 є основним методом годування дитини, то жінка може завагітніти після 6 місяців 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 лютеїнізуючого гормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчників. 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 ¹⁰⁹ 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	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Неконтрацептивні:</p> <p>Для матері:</p> <ul style="list-style-type: none"> • зменшення післяпологової втрати крові. <p>Для дитини:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пасивна імунізація (передача захисних антитіл); • найкраще джерело поживних речовин; • зниження ризику інфікування через воду, дитяче харчування, кухонний посуд. 	<ul style="list-style-type: none"> • залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного вигодовування); • має високу ефективність лише у разі дотримання всіх умов; • не захищає від ПСШ, ВІЛ.

Рекомендації

Як часто годувати

Годувати дитину з обох грудей на її вимогу приблизно 8-10 разів на добу.

Годувати 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 харчування збалансоване, й жінка достатньо відпочиває, щоб підтримувати адекватну кількість грудного молока, дитина до 6 місяців не потребує іншого харчування.

Як тільки грудне молоко починає замінюватись іншою їжею чи рідиною, дитина буде смоктати менше, і грудне годування **перестане** бути ефективним методом запобігання вагітності.

Менструації

Поновлення менструацій означає, що дітородна функція відновилася, і необхідно негайно почати використовувати інші методи ПС.

Потрібно використовувати інший метод контрацепції, якщо у жінки відновилися менструації, якщо вона більше не годує виключно грудьми або дитині 6 місяців.

Необхідно проконсультуватись зі спеціалістом перед тим, як починати використовувати інший метод контрацепції.

Якщо пара підлягає ризику зараження ПСШ, ВІЛ, то необхідно використовувати презервативи разом з МЛА.

Що робити, якщо жінка не годує виключно грудьми або припинила грудне годування

Необхідно мати вдома тимчасовий запас презервативів або інший контрацептивний засіб, щоб почати його використовувати, як тільки виключно грудне годування дитини припинене.

Необхідно звернутись до спеціаліста, який допоможе підібрати і навчить 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 розпочати 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 місяці після пологів).
- Якщо жінка планує продовжувати грудне вигодовування дитини, вона може вибрати безпечний один з існуючих гормональних і негормональних методів контрацепції, залежно від тривалості післяпологового періоду.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЖІНОК

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

Пацієнтку не можна спонукати до згоди на проведення добровільної стерилізації.

Пацієнтка має право змінити своє рішення у будь-який момент до процедури.

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.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<ul style="list-style-type: none"> • висока та 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). 	<ul style="list-style-type: none"> • метод незворотний; • пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення; • невисокий ризик ускладнень (ризик зростає у разі використання загальної анестезії); • короткочасний дискомфорт/біль після операції; • необхідна участь кваліфікованого лікаря, який володіє методикою; • необхідність спеціального

	обладнання; • не захищає від ППСШ, ВІЛ.
--	--

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.

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.

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 стерилізацію¹¹³ 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.

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.

Трансцервікальна хірургічна стерилізація (гістероскопія) передбачає використання хімічних або інших матеріалів (наприклад, квінакрин, метилціаноакрилат, фенол) для оклюзії маткових труб.

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	НЕДОЛКИ
<ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність; • 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). <p><i>(А (I) добре, пряме підтвердження)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ
ВАЗЕКТОМІЮ:**

- чоловіки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
- чоловіки, які не дають добровільної усвідомленої згоди на процедуру.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна або посткоїтальна контрацепція (НК) – 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.

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.

Висока ефективність методу невідкладної контрацепції досягається за рахунок введення доз гормонів, які значно перевищують дозу, що міститься у таблетках для циклічного прийому. Єдиним механічним методом для посткоїтальної контрацепції є введення ВМК, яке має здійснюватися не пізніше, ніж через 5 діб після незахищеного статевого акту, що забезпечує контрацептивний ефект у 99% випадків, але цей метод має більше обмежень, ніж гормональна невідкладна контрацепція. (високий ризик інфікування жінок після зґвалтувань, у тих, хто не народжував та у підлітків).

ТИПИ НК

- спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції (ТНК) прогестагенового ряду, що містять левоноргестрел:
 - 1 таблетка містить 0,75 мг левоноргестрелу, 2 таблетки в блістері;
 - 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).

ВІДНОВЛЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

- Після використання ТНК фертильність відновлюється практично відразу. Жінка може завагітніти безпосередньо після прийому ТНК.
- ВМК забезпечує тривалий контрацептивний захист.

НЕДОЛІКИ

- КОК ефективні лише у тому разі, якщо перша доза прийнята протягом 120 годин після незахищеного статевого акту;
- КОК можуть викликати нудоту, блювання або біль у молочних залозах;
- перша доза ТНК прогестагенового ряду повинна бути прийнята протягом 72-96 годин після статевого акту, вони меншою мірою викликають нудоту і біль у молочних залозах;
- ВМК ефективний лише тоді, коли вводиться протягом 5 днів після незахищеного статевого акту. Введення ВМК виконується підготовленим медичним спеціалістом і не повинно здійснюватися жінкам, які мають ризик зараження ПСШ, ВІЛ.
- не захищає від ПСШ, ВІЛ.

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 згвалтування.

РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ

ПТП:	Доза ТНК прогестагенового ряду чи ПТП еквівалентну 1,5 мг левоноргестрелу орально за один прийом протягом 96 годин після статевого контакту. <i>(А (I), добре, пряме підтвердження)</i>
	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. <i>(В (II) добре, побічне підтвердження)</i>
КОК:	4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально за один прийом 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 її протягом 5 днів від часу незахищеного статевих 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):

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.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ: ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ (Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011)

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 ефектом, 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).

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА	ЛНГ/ ЕТГ імпланти	Су- ВМК	ЛНГ- ВМК
I=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	1	1	1	1	1	1	4	4

аборту								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА	ЛНГ/ ЕТГ імплант ати	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 2	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 4 4	3 3 3 4 4	3 3 3 4 4	2 1 1 2 2	2 2 2 3 3	2 1 1 2 2	1 1 1 1 1	2 1 1 2 2

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ											
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП		ДМПА	ЛНГ/ ЕТГ імплант ати		Су- ВМК	ЛНГ- ВМК	
I=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	4	4	4	2		2	2		1	2	
б) гострі ТГВ/ЛЕ	4	4	4	3		3	3		1	3	
в) ТГВ/ЛЕ й антикоагулянтна терапія	4	4	4	2		2	2		1	2	
г) сімейний анамнез (родичі першого ступеню)	2	2	2	1		1	1		1	1	
г) великі хірургічні втручання:											
(i) з подовженою іммобілізацією	4	4	4	2		2	2		1	2	
(ii) без подовженої іммобілізації	2	2	2	1		1	1		1	1	
д) “мала” хірургія без іммобілізації	1	1	1	1		1	1		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	1	1	1	1		1	1		1	1	
б) поверхневий тромбофлебіт	2	2	2	1		1	1		1	1	
ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ЗАРАЗ ТА РАНІШЕ	4	4	4	I 2	П 3	3		I 2	П 3	I 2	П 3
ІНСУЛЬТ (інсульт в анамнезі)	4	4	4	I 2	П 3	3		I 2	П 3	1	2
ВСТАНОВЛЕНІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ	2/3	2/3	2/3	2		2	2		1	2	
УРАЖЕННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ											
а) без ускладнень	2	2	2	1		1	1		1	1	
б) з ускладненнями (легенева гіпертензія, ризик фібриляції передсердь, підгострий бактеріальний ендокардит в анамнезі)	4	4	4	1		1	1		2	2	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ																
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА		ЛНГ/ ЕТГ імплант ати	Cu- ВМК		ЛНГ- ВМК						
I=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується																
РЕВМАТОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ																
СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК						I	П		I	П						
а) Наявність (або невідомо) антифосфоліпідних антитіл	4	4	4	3	3	3	3	3	1	1	3					
б) Важка тромбоцитопенія	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2					
в) Імуносупресивне лікування	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2					
г) Жодне з вищепереліченого	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2					
НЕВРОЛОГІЧНІ СТАНИ																
ГОЛОВНІ БОЛІ	I	П	I	П	I	П	I	П	I	П	I	П	I	П		
а) немігренозні (середні чи сильні)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1		
б) мігрень:																
(i) без вогнищевих неврологічних симптомів $V_{ik} < 35$ $V_{ik} \geq 35$	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	
(ii) з вогнищевими неврологічними симптомами (в різному віці)	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2	
	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1	2	3	
ЕПІЛЕПСІЯ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ																
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
ІНФЕКЦІЇ ТА РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ТРАКТУ																
ХАРАКТЕР ПІХОВОЇ КРОВОТЕЧІ														I	П	
а) нерегулярні без великих крововтрат	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	
б) сильні або тривалі кровотечі (включаючи регулярні та нерегулярні)	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	
ПІХОВІ КРОВОТЕЧІ НЕЗРОЗУМЛОЇ ЕТІОЛОГІЇ (підозра на серйозне захворювання) до обстеження														I	П	
	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	2	4	2
ЕНДОМЕТРІОЗ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ (включаючи кісти)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
ВИРАЖЕНА ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА	ЛНГ/ ЕТГ імплант ати	Су- ВМК		ЛНГ- ВМК	
I=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 зляквісна 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	I	П	I	П
							4	2	4	2
ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ										
а) недиагностоване утворення	2	2	2	2	2	2	1		2	
б) доброякісне захворювання молочної залози	1	1	1	1	1	1	1		1	
в) сімейний анамнез раку	1	1	1	1	1	1	1		1	
г) рак молочної залози:										
(i) в теперішній час	4	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) в минулому та без рецидивів протягом останніх 5 років	3	3	3	3	3	3	1		3	
РАК ЕНДОМЕТРІУ	1	1	1	1	1	1	I	П	I	П
							4	2	4	2
РАК ЯЄЧНИКІВ	1	1	1	1	1	1	I	П	I	П
							3	2	3	2
ФІБРОМІОМА МАТКИ										
а) без змін порожнини матки	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) зі зміною порожнини матки	1	1	1	1	1	1	4		4	
АНАТОМІЧНІ АНОМАЛІЇ										
а) зі зміною порожнини матки							4		4	
б) без змін порожнини матки							2		2	

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ										
СТАН	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА НЕТ- ЕН	ЛНГ/ ЕТГ імплан тати	Су- ВМК		ЛНГ- ВМК	
I=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 ризиків ППСШ не встановлено):							I	П	I	П
	(i) з подальшою вагітністю	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	(ii) без подальшої вагітності	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	б) ЗЗОМТ – в теперішній час	1	1	1	1	1	4	2	4	2
ППСШ а) гнійний цервіцит, хламідіоз або гонорея в теперішній час б) інші ППСШ (за виключенням ВІЛ- інфекції та гепатиту) в) вагініт (включаючи вагінальний трихомоніаз та бактеріальний вагіноз) г) підвищений ризик ППСШ	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	I 2	П 2	I 2	П 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 антиретровірусна терапія	Див. 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	I 1	П 1	I 1	П 1
	1	1	1	1	1	1	4	3	4	3
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								
	I	II	I	II	I	II		
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								
і. вогнищева вузлова гіперплазія	2	2	2	2	2	2	1	2
ii. гепатоцелюлярна аденома	4	3	4	3	3	3	1	3
б) злаякісна (гепатома)	4	3/4	4	3	3	3	1	3

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	1	1	2/3	2	2/3	2
б) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)	2	2	2	2	1	2	2/3	2	2/3	2
в) інгібітори протеаз, що потенціюються ритонавіром	3	3	3	3	1	2	2/3	2	2/3	2
ПРОТИСУДОМНА ТЕРАПІЯ										
а) деякі протисудомні препарати (фенітоїн, карбамазепін, барбітурати, примідон, топірамат, окскарбазепін)	3	2	3	3	1	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	1	2	1		1	

**Директор Департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги**

М. Хобзей

ЛІТЕРАТУРА «ПРОТОТИП»

1. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Fourth edition. 2009. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/family_planning/9789241563888/en/index.html
2. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO 2010.
3. Black, A., Francoeur, D., & Rowe, T. (2004, February, March, & April). SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. No. 143, Part 1, Part 2, & Part 3. Retrieved February 12, 2008 Clinical Practice Guidelines (CPGs).
4. Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. American Journal of Preventive Medicine, 2001, 20 (Suppl.3):21-35
5. Family planning: a global Guidelines for providers. Baltimore and Geneva, 2008. World Health Organization (WHO), and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP.
6. Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: A new system for WHO's evidence-based family planning guidance. 2005; 28:483—490.
7. Selected practice recommendation for contraceptive use 2rd edition. Geneva: WHO, 2008.
8. Family Planning. A Global Handbook For Providers. A WHO Family Planning Cornerstone, 2011.
9. Mimi Ziemann and others. Managing Contraception. 2010, Atlanta, US, 165 p.
10. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC 2005\2006).
11. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Fourth edition. 2009.
12. Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. Всемирная организация здравоохранения, 2008. – с. 489.
13. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Всемирная организация здравоохранения. Издание третье, 2008.
14. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Всемирная организация здравоохранения. Издание четвертое, 2009.
15. Сучасні принципи планування сім'ї. Навчальний посібник, Київ, 2012. – 236 с.

16. Методи прієпції відповідно до періодів життя. Навчальний посібник. Київ -2013.

ЛІТЕРАТУРА, ВИКОРИСТАНА ПРИ АДАПТАЦІЇ НАСТАНОВИ

17. Lopez LM, Mann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. 2008; Issue 2. Art. No.: CD006260. DOI: 10.1002/14651858.CD006260.pub2. Cochrane Database of Systematic Reviews.
18. Polis CB, Bines DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. 2007, Issue 2. Art. No.: CD005497. DOI: 10.1002/14651858.CD005497.pub2. Cochrane Database of Systematic Reviews
19. Andrew H, Venous thromboembolism Clinical review, BMJ 2006; 332:215-219.
20. Brigham Women's Hospital. Contraception and family planning. A guide to counseling and management. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2005; 15 p.
21. Céline Ska, PhD; Emmanuel Oger. Prothrombotic Mutations, Hormone Therapy, and Venous Thromboembolism Among Postmenopausal Women. Circulation. 2005; 112:3495-3500.
22. 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).
23. Contraception and fertility options in HIV. Reproductive Health Matters. 2007; 15(29 supplement):46-66.
24. D.A. Grimes, M. Lopez, K.F. Schulz, N. Stanwood. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 4.
25. Danel Chikwe, Manzian 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.
26. 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.
27. 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; quiz CE1-4.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2006. MMWR 2006; 55(No. RR-11).

29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2007). Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2006.
30. Guidelines of Management of sexually transmitted infections. 2003.
31. Guidance on contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2004; 30 (3).
32. Kulier R, Hodder FM, O'Brien P, Usher-Patel M, d'Arcangues C. Copper containing, framed intra-uterine devices for contraception (Cochrane Review).; Issue 3, 2006.
33. Cheng L, Inceoglu AM, Piaggio GGP, Ezcurra EE, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception. 2008; Issue 1. Art. No.:CD001324; DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3.
34. First prescription of combined oral contraception. *J. Fam Plann Reprod Health Care*. 2003 Oct;29 (4):209-222.
35. Grimes D., Schulz K., Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18; (4) : CD001777.
36. Lidegaard, Birgitte Edstrom, Svend Kreiner. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception* 65 (2002): 187–196.
37. Managing Contraception 2003-2004. Robert A. Hatcher, MD, MPH.
38. Mittal S., Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):56-60.
39. 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; quiz 242.
40. P.L. Bockenstedt. Management of Hereditary Hypercoagulable Disorders. *Hematology*, 2006.
41. 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).
42. 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).
43. Rutstein S. Effect of birth intervals on mortality and health: Multivariate cross-country analyses. [Power Point Presentation]. Presented at the Champions Meeting on Birth Spacing, Washington, DC, Jan. 31, 2002. Catalyst Consortium, 16 p.

44. 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.
45. Sevinsky 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.
46. Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D. Birth Spacing: Three to Five Saves Lives.,
47. 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.
48. 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.
49. Soley S., Bendera C., Reynir T., Geirssonb C. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. Contraception 69 (2004) 481–487.
50. 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.
51. The copper intrauterine device as long-term contraception. J Fam Plann Reprod Health Care 2004 Jan;30(1):29-41; quiz 42.
52. 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.
53. 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, 2000.
54. Gallo, MF, LM Lopez, DA Grimes, KF Schulz, and FM Helmerhorst. 2007b. Combination contraceptives: effects on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1.
55. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. Під редакцією проф. Гойди Н.Г.- Вид-во Раєвського, 2004: 128 с.
56. 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.
57. Клінічний протокол планування сім'ї/МОЗ України, Київ, 2006.

58. Національна доповідь «Цілі розвитку тисячоліття. Україна -2010», Київ, 2010. – 107 с.
59. Основи суспільства з питань репродуктивного та сексуального здоров'я: навчально-методичний посібник. Під загальною редакцією Б.М. Ворника. К. ВЦ «День печати», 2004. – 248 с.