

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Навчальний посібник

За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора В. І. Бойка

Рекомендовано вченою радою Сумського державного університету



Суми
Сумський державний університет
2018

УДК 613.888:[618.179+616.697/.699](075.8)

ПЗ7

Авторський колектив:

В. І. Бойко, доктор медичних наук, професор;
Н. В. Калашник, кандидат медичних наук, доцент;
А. В. Бойко, кандидат медичних наук;
С. А. Сміян, кандидат медичних наук, доцент;
І. М. Нікітіна, кандидат медичних наук, доцент

Рецензенти:

Ю. П. Вдовиченко – доктор медичних наук, професор, перший проректор, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, член-кореспондент АМН України;

Т. Г. Романенко – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

*Рекомендовано до видання
вченою радою Сумського державного університету
як навчальний посібник
(протокол № 6 від 15 березня 2018 року)*

Планування сім'ї та контрацепція : навчальний посібник /
ПЗ7 *В. І. Бойко, Н. В. Калашник, А. В. Бойко та ін.* ; за заг. ред.
д-ра мед. наук, проф. *В. І. Бойка*. – Суми : Сумський державний
університет, 2018. – 223 с.
ISBN 978-966-657-710-1

Навчальний посібник спрямований на формування базових знань із планування сім'ї та контрацепції. Видання охоплює комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на зниження захворюваності, збереження здоров'я жінок, запобігання небажаній вагітності, його нормативно-правове забезпечення та всі методи контрацепції. Кожна тема містить доступний виклад теоретичного та аналітичного матеріалу.

Призначений для студентів спеціальностей 221 «Стоматологія» та 222 «Медицина», а також буде корисний усім, хто прагне розширити свої знання щодо планування сім'ї та контрацепції.

УДК 613.888:[618.179+616.697/.699](075.8)

© Бойко В. І., Калашник Н. В.,
Бойко А. В. та ін., 2018

ISBN 978-966-657-710-1

© Сумський державний університет, 2018

ЗМІСТ

| | С. |
|--|-----|
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1 Планування сім'ї..... | 6 |
| РОЗДІЛ 2 Нормативно-правове забезпечення послуг із планування сім'ї..... | 8 |
| РОЗДІЛ 3 Фізіологія репродуктивної системи..... | 29 |
| РОЗДІЛ 4 Консультування..... | 45 |
| РОЗДІЛ 5 Методи контрацепції відповідно до періодів життя..... | 64 |
| РОЗДІЛ 6 Методи контрацепції..... | 67 |
| 6.1 Ефективність методів контрацепції..... | 69 |
| 6.2 Медичні критерії прийнятності ВООЗ..... | 69 |
| 6.3 Класифікація категорій..... | 70 |
| 6.4 Оцінювання пацієнтки..... | 72 |
| РОЗДІЛ 7 Гормональна контрацепція..... | 76 |
| 7.1 Комбіновані оральні контрацептиви..... | 76 |
| 7.2 Трансдермальна терапевтична система (гормональний пластир)..... | 88 |
| 7.3 Комбіноване вагінальне кільце..... | 91 |
| 7.4 Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду..... | 94 |
| 7.5 Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви..... | 97 |
| 7.6 Комбіновані ін'єкційні контрацептиви..... | 99 |
| 7.7 Імплантанти..... | 102 |
| РОЗДІЛ 8 Внутрішньоматкові контрацептиви..... | 110 |
| РОЗДІЛ 9 Внутрішньоматкова система з левонор- гестрелом (Мірена)..... | 117 |
| РОЗДІЛ 10 Бар'єрні методи контрацепції..... | 122 |
| 10.1 Чоловічі презервативи..... | 123 |
| 10.2 Жіночі презервативи..... | 128 |

| | |
|---|------------|
| 10.3 Діафрагми і шийкові ковпачки..... | 130 |
| 10.4 Сперміциди..... | 134 |
| РОЗДІЛ 11 Методи розпізнавання фертильності..... | 144 |
| 11.1 Календарний метод..... | 144 |
| 11.2 Метод базальної температури тіла..... | 146 |
| 11.3 Метод цервікального слизу..... | 148 |
| РОЗДІЛ 12 Метод лактаційної аменореї..... | 151 |
| РОЗДІЛ 13 Хірургічна контрацепція..... | 155 |
| 13.1 Добровільна хірургічна стерилізація жінок..... | 157 |
| 13.2 Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків..... | 164 |
| РОЗДІЛ 14 Невідкладна контрацепція..... | 168 |
| РОЗДІЛ 15 Планування сім'ї для різних вікових категорій населення..... | 174 |
| 15.1 Контрацепція для сексуально активних осіб до 18 років..... | 174 |
| 15.2 Контрацепція в післяпологовому періоді..... | 185 |
| 15.3 Контрацепція після аборту..... | 191 |
| 15.4 Контрацепція після медикаментозного аборту..... | 200 |
| 15.5 Контрацепція в жінок, які наближаються до менопаузи..... | 200 |
| РОЗДІЛ 16 Участь чоловіків у плануванні сім'ї..... | 207 |
| РОЗДІЛ 17 Планування сім'ї та профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом..... | 211 |
| ВИСНОВОК..... | 217 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ..... | 218 |

ВСТУП

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

Із кінця 80-х років XX ст. особливо акцентують увагу на концепції якості медичного обслуговування, що сприяє покращанню задоволення пацієнтів, збільшенню потреби й прийнятності послуг із репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї. Висока якість обслуговування надає пацієнтам більшої впевненості під час прийняття сучасних та поінформованих рішень з питань, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям і щодо використання методів контрацепції.

Охорона репродуктивного здоров'я, зокрема надання послуг із планування сім'ї та відповідної інформації, не лише вважається основним засобом збереження здоров'я жінок і чоловіків, а й належить до розряду фундаментальних прав людини. Кожна людина має право на доступ, вибір та користування досягненнями наукового прогресу в галузі планування сім'ї. Консультативні послуги з питань контрацепції, що будуються на основі принципу поваги прав людини, передбачають проведення комплексного оцінювання життєвих обставин і стану здоров'я пацієнта з урахуванням його конкретних потреб щодо послуг з охорони репродуктивного здоров'я.

РОЗДІЛ 1 ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Планування сім'ї (ПС) – це комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на зниження захворюваності, збереження здоров'я жінок, запобігання небажаний вагітності, забезпечення оптимальних інтервалів між пологами, кількості дітей у сім'ї, попередження занадто ранніх, пізніх, частих пологів, профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), ВІЛ. Однією зі складових системи ПС є контрацепція – попередження непланованої вагітності. Надання послуг із ПС, спрямованих на пацієнтку не лише в момент вибору її першого методу контрацепції, а й упродовж усього її репродуктивного життя, дозволяє забезпечити високу якість таких послуг.

Потреби щодо планування сім'ї існують упродовж усього репродуктивного життя і часто змінюються зі зміною періодів життя. Вибір контрацептивів жінкою найімовірніше буде змінюватися в різні періоди її життя через те, що вона буде надавати різну перевагу окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо попередження вагітності або ПСС, зворотності методу та легкості щодо використання. На основі цього розроблений підхід підбору методу контрацепції відповідно до періодів життя, представлений у цьому навчальному курсі. Під час підбору контрацептивного засобу медичний спеціаліст і пацієнт виходять із того, що метод повинен бути ефективним та зручним у застосуванні, можливий ризик ускладнень необхідно звести до мінімуму. Протизаплідний ефект повинен бути тимчасовим, щоб репродуктивна функція могла відновлюватися за бажанням користувача. При цьому не повинні порушуватися

фізіологія статевого акту і виникати негативні емоції. Не менш важливим аспектом ПС є наявність медичних працівників, обізнаних щодо питань репродуктивного здоров'я, контрацепції та консультування різних прошарків населення з цих питань. Тому великого значення набуває якість підготовки медичних спеціалістів (акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, середнього медичного персоналу та ін.), які надають послуги в цій сфері.

Планування сім'ї поєднує проблему непланованої вагітності з проблемою збереження репродуктивного здоров'я, що залежить від умов його формування та збереження впродовж 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 із 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 можливість 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. Важливими ефективними цільовими заходами щодо вдосконалення та поліпшення послуг із 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.

РОЗДІЛ 2 НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСЛУГ ІЗ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

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

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

Нормативно-правове забезпечення служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я в Україні має міжнародні витoki, адже право на охорону здоров'я, зокрема й репродуктивного, є невід'ємною частиною прав людини взагалі. Незважаючи на те, що кожна країна має свої специфічні особливості правового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я, ця проблема не є вузьконаціональною. Тому були розроблені міжнародні програми дій для урядів країн, неурядових і громадських організацій у сфері зміцнення здоров'я, і зокрема репродуктивного. Одним з основних форумів, присвячених цій проблемі, необхідно вважати конференцію ООН із питань народонаселення і розвитку, яка відбулась у вересні 1994 р. у Каїрі за участі 188 країн світу і де було зроблено акцент на необхідності посилення уваги урядів до питань репродуктивного здоров'я.

Програма дій щодо розвитку народонаселення, прийнята на цій конференції, стала основою для розроблення і прийняття міжнародних актів стосовно захисту репродуктивних прав та охорони репродуктивного здоров'я.

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

Репродуктивні права базуються на визнанні основного права всіх пар та осіб вільно і відповідально вирішувати, яку кількість дітей, в який час і з якими інтервалами вони хочуть мати, а також можливість досягти найвищих стандартів сексуального та репродуктивного здоров'я.

ВООЗ взяла зобов'язання щодо збереження здоров'я населення в 21-му столітті. Щодо цього визначений і пріоритетний напрямок – репродуктивне здоров'я.

Право на вільний репродуктивний вибір – це право кожної особи, насамперед жінки, тому що саме вона страждає від несприятливих наслідків та ускладнень вагітності, які спричиняють ризик для її здоров'я і навіть життя.

У зв'язку з цим для кожної жінки право на вільний репродуктивний вибір та охорону репродуктивного здоров'я – це право на свободу прийняття рішення щодо

реалізації її репродуктивної функції – розвитку бажаної вагітності і народження бажаних дітей, або використання методів контрацепції, а в разі розвитку небажаної вагітності – можливості її переривання в умовах доступної безпечної, ефективної та висококваліфікованої медичної допомоги.

Міжнародних документів у сфері репродуктивних прав та охорони репродуктивного здоров'я є достатня кількість. Основними з яких є такі:

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

У кожному з цих документів є ключові норми, характерні лише для цього документа. Вони, у свою чергу, доповнюються змістом усіх наступних документів.

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

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

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

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

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

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

Програмою дій Каїрської конференції проголошено, що метою програм планування сім'ї повинно бути надання можливості подружнім парам та окремим особам вільно й

відповідально приймати рішення щодо кількості дітей та часу їх народження.

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

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

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

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

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

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

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

У 2003 році були встановлені такі національні цілі розвитку:

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

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

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

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

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

Завдання: Зменшити наполовину рівень материнської смертності. Індикатори:

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

5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1 000 жінок фертильного віку;

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

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

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

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

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

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

Пріоритетним завданням із позиції «Здоров'я-21» є забезпечення «здорового старту» в житті дитини. Адже народження здорової дитини створює умови для здоров'я людини в майбутньому. Здоровий початок життя дитини багато в чому залежить від способу життя батьків, стану їх репродуктивного здоров'я.

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

У 2010 році ВООЗ розроблено ***Пакет заходів із планування сім'ї, безпечногo абoрту, здоров'я матері, новонародженогo та дитини.***

У сфері планування сім'ї Пакет вміщує:

Компоненти:

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

Просвіта та консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції.

Наявність та доступність методів контрацепції.

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

Переваги та потенційні результати:

Поширення гендерної рівності та зміцнення позиції жінок і сімей. Заходи з планування сім'ї мають потенціал:

– знизити рівень материнської смертності на 32 %, рівень малюкової та дитячої смертності – на 10 %;

– знизити рівень непланованої вагітності на 71 %: а саме: попередити 53 мільйони непланованих вагітностей, 22 мільйони непланованих пологів, 25 мільйонів абортів та 7 мільйонів викиднів;

– попередити 80 % заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів;

– у разі використання сучасних методів контрацепції всіма жінками з ризиком небажаної вагітності це б допомогло знизити рівень непланованої вагітності та вартість післяабортного лікування внаслідок небезпечного абортів приблизно на 230 мільйонів доларів щороку.

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

Політика:

• заручення політичною підтримкою для покращання доступу до засобів контрацепції та

розширення асортименту;

- визначення та впровадження стратегій щодо вирішення проблемних питань у сфері планування сім'ї, рішення яких впливають на 215 мільйонів пар в усьому світі;
- зміцнення системи охорони здоров'я шляхом збільшення фінансування для планування сім'ї.

Надання послуг:

- інтеграція послуг із планування сім'ї до послуг з охорони здоров'я матері та дитини, зокрема послуг із попередження ВІЛ та ІПСШ, профілактики раку шийки матки та раку молочної залози;
- забезпечення постійного доступу до засобів контрацепції;
- інтеграція послуг із планування сім'ї до послуг первинної медико-санітарної допомоги;
- зміцнення зв'язків між різними рівнями системи охорони здоров'я.
- наявність підготовлених із питань ПС медичних спеціалістів: акушерок, медсестер та лікарів, які набули навичок консультування з питань ПС із додержанням прав людини.

Критерії для оцінювання діяльності служби:

- рівень використання населенням контрацептивів;
- потреби, які необхідно вирішити у сфері планування сім'ї;
- медичні заклади, в яких жінка може отримати один із наявних щонайменше трьох методів планування сім'ї (із запасом контрацептивів та медичними спеціалістами, які пройшли підготовку з питань ПС);
- державне фінансування компонента планування

сім'ї в загальній системі фінансування системи охорони здоров'я;

- відсоток медичних закладів із ПС, де проводиться консультування з ПС та тестування на ВІЛ/ПСПШ.

Нормативно-правовими актами, що діють у зазначеній сфері суспільних відносин, є:

- Програма дій Міжнародної конференції з питань народонаселення та розвитку (Каїр, 1994);

- Цілі розвитку тисячоліття ООН (2000–2015);

- План та Цілі сталого розвитку (2016–2030).

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

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

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

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

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

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

Хоча Конституція не містить терміна «репродуктивне здоров'я», вона, безперечно, створює належні рамкові умови, в яких може позитивно розвиватися національне законодавство про репродуктивні права. У ст. 24 Конституції України проголошено рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, зокрема 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 й доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Крім того, важливе значення для забезпечення охорони репродуктивного здоров'я має ціла низка інших законодавчих актів України, основними з яких є: Сімейний кодекс України (2002), Цивільний кодекс України (2003), Основи законодавства України про

охорону здоров'я (1992, 2011).

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

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

Регулювання права на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї визначене і в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах щодо охорони здоров'я. Проголошене Основами законодавства України про охорону здоров'я право жінки самій вирішувати питання про материнство гарантується відсутністю будь-яких обмежень щодо застосування тих чи інших методів контрацепції, а також стерилізації. Стерилізація може здійснюватися за власним бажанням або поінформованою добровільною згодою пацієнта в акредитованих закладах охорони здоров'я за медичними показаннями,

встановленими Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.07.1994 р. № 121 «Про застосування методів стерилізації громадян».

Істотне значення для охорони репродуктивного здоров'я, особливо неповнолітніх (дітей підліткового віку), має законодавче визначення віку вступу до шлюбу та законодавча регламентація порядку медичного обстеження осіб, які вступають до шлюбу, зокрема й консультації з питань планування сім'ї. В Україні шлюбний вік як для жінки, так і для чоловіка встановлюється у вісімнадцять років. За наявності поважних причин за заявою особи рішенням суду їй може бути надане право на шлюб після досягнення 14 років. Цивільним кодексом України (ч. 3 статті 284) визначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою. Особам, які не досягли 14 років, медична допомога надається за згодою законних представників. Це стосується також і послуг із переривання вагітності та планування сім'ї.

Необхідно 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.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації, отриманої від пацієнтки, та не допустити її розголошення іншим особам. Основами законодавства України про охорону здоров'я регламентується додержання конфіденційності. Так, у статті 39-1 «Право на таємницю про стан здоров'я» зазначено, що «пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані під час медичного

обстеження. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта».

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

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

При цьому особи, хворі на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, підлягають обов'язковому

(за їх бажанням – анонімно) лікуванню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а відомості про них становлять лікарську таємницю (ст. 26 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»).

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

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

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

правову відповідальність.

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

За період із 1991 року видано понад 100 указів Президента та постанов Кабінету Міністрів, що стосувалися нагальних проблем охорони здоров'я населення. Серед них найвагомішими є Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» від 08.08.2000 р. № 963/2000, «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України» від 07.12.2000 р. № 131 3/2000. В обох документах зазначається необхідність поліпшення демографічної ситуації, пріоритетність охорони здоров'я жінок та дітей.

Фундаментальним документом щодо збереження репродуктивного здоров'я стала Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2030 року» (2017 рік). Відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2030 р. безкоштовними контрацептивами забезпечуються такі категорії жінок: жінки з екстрагенітальною патологією, молодь віком 18–20 років, малозабезпечені жінки та ВІЛ-позитивні жінки. Закупівля контрацептивів здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, для цього в державній програмі щорічно передбачені відповідні кошти.

Таким чином, державна політика у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення виходить за межі компетенції охорони здоров'я і набуває характеру

першочергових завдань національної політики. Загалом сформоване законодавче та нормативне поле України є сприятливим для розв'язання проблем репродуктивного здоров'я і планування сім'ї.

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

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

Відомчі нормативно-правові документи

Надання послуг із питань планування сім'ї регламентується низкою галузевих нормативно-правових документів:

Наказ МОЗ України від 29.11.2013 № 1030/102 «Про вдосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» регулює організацію діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні, встановлює чітку систему надання медичної допомоги з ПС відповідно до рівнів надання медичної допомоги, затверджує примірні положення про центр/кабінет планування сім'ї всіх рівнів. Націлений на забезпечення доступності надання консультативної та лікувально-діагностичної допомоги з ПС та охорони репродуктивного здоров'я населення.

Призначений для впровадження в роботу закладів охорони здоров'я всіх рівнів незалежно від власності та підпорядкування. ***Наказ МОЗ України від 21.01.2014 № 59***

«Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї» затверджує:

Адаптовану клінічну настанову, що ґрунтується на доказах «Планування сім'ї»;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

Адаптована клінічна настанова є інформаційним джерелом найкращої практики для вибору методу контрацепції та методик консультування відповідно до періодів життя жінки. Це рекомендаційний документ, що базується на доказах ефективності та безпечності медичних технологій.

Положення Уніфікованого клінічного протоколу ґрунтується на даних адаптованої клінічної настанови «Планування сім'ї», що містить рекомендації ВООЗ, докази з міжнародного і вітчизняного досвіду та базується на клієнт-орієнтованому підході та принципах додержання репродуктивних прав.

Протокол вміщує принципи надання комплексної кваліфікованої медичної допомоги з питань планування сім'ї та використання методів контрацепції на всіх рівнях надання медичної допомоги. Відповідно до **Наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»** амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога передбачає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу. Посадові інструкції

лікаря-акушера-гінеколога, сімейного лікаря, акушерки містять положення про проведення консультивання з питань планування сім'ї. Також Наказом затверджені нормативи надання допомоги з питань ПС, що відповідають міжнародним стандартам та рекомендаціям ВООЗ.

Наказ МОЗ України від 29.11.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» визначає проведення лікарями акушерами-гінекологами та акушерками акушерських і гінекологічних стаціонарів післяпологового чи післяабортного консультивання, 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» передбачає заходи щодо підвищення якості та ефективності послуг, що надаються в системі охорони здоров'я для профілактики непланованої вагітності та безпечного переривання вагітності.

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

У Наказі МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрованому Міністерством юстиції України від 19 січня 2012 р. за № 68/20381, зазначено, що

послуги з планування сім'ї повинні надаватися на кожному рівні перинатальної допомоги.

Наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 905 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги "Планування сім'ї"»

Наказ МОЗ України від 21.01. 2014 р. № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї»

Реалізація Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року» дозволить досягнути ключових показників: знизити рівень материнської смертності, перинатальної та малюкової смертності, штучного переривання вагітності, рівень підліткової вагітності, переривання вагітності серед дівчат-підлітків тощо. У період виконання Програми очікується покращання демографічного та соціально-економічного розвитку держави.

РОЗДІЛ 3

ФІЗІОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

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

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

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

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

запрограмований на вік 18–45 років.

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

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

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

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

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

На 8-му тижні вагітності під впливом статевих гормонів починається диференціювання гонад. При генетично детермінованій чоловічій статі клітинами Лейдіга починається синтез тестостерону, що сприяє розвитку чоловічої статевої системи. За відсутності впливу Y-хромосоми розвивається жіноча гонада і формується

жіноча статева система, розвиток жіночих статевих органів відбувається на 12–13-му тижнях вагітності.

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

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

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

Гіпоталамус – відділ проміжного мозку, розміщений нижче від *bulbus opticus*. Це скупчення ядер нервових клітин із численними висхідними й низхідними волокнами нижче від *bulbus opticus* головного мозку. Ядра гіпоталамуса виробляють специфічні нейросекрети, які переносяться разом із кров'ю у передню частину гіпофіза,

де стимулюють чи гальмують виділення його гормонів.

Гормони гіпоталамуса, що стимулюють виділення тропних гормонів гіпофіза, називаються ліберинами, гальмівні – статинами.

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

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

Усі гонадотропні гормони впливають на функціонування яєчників (жіночих гонад) – парного органа, розміщеного в малому тазу. Вони складаються з периферичної кіркової речовини, в якій знаходяться зародкові клітини різного ступеня зрілості, і мозкового (судинистого) шару.

Ріст яєчника відбувається в основному за рахунок збільшення розміру строми. Основною морфофункціональною одиницею яєчників є фолікул. Примордіальні фолікули утворюються на п'ятому місяці антенатального розвитку плода й існують кілька років після менопаузи. До моменту народження в обох яєчниках міститься 300–500 тисяч примордіальних фолікулів, потім їх кількість прогресивно зменшується і до 40 років

становить близько 40–50 тисяч (фізіологічна атрезія примордіальних фолікулів).

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

Овуляція – розрив великого зрілого фолікула з виходом яйцеклітини, оточеної трьома – чотирма шарами епітелію, в очеревину, а потім – в ампулу маткової труби. Якщо запліднення не відбулося, яйцеклітина через 12–24 години руйнується. Як правило, упродовж менструального циклу дозріває один фолікул, останні підлягають атрезії, при цьому фолікулярна рідина розсмоктується, а порожнина фолікула заповнюється сполучною тканиною. За репродуктивний період жінка овулює близько 400 яйцеклітин, останні підлягають атрезії.

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

Жовте тіло – це клітини зернистого шару фолікула, що підлягають овуляції, які розмножилися і зафарбувалися жовтим кольором унаслідок накопичення в них ліпохромного пігменту. Якщо запліднення не відбулося,

жовте тіло існує 10–14 днів, проходячи за цей час стадії проліферації, васкуляризації, розвитку та регресу. Пізніше, через 1–2 місяці, на місці жовтого тіла утворюється біле тіло, яке поступово повністю розсмоктується.

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

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

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

протидіють скороченням матки.

Андрогени утворюються в інтерстиціальних клітинах внутрішньої оболонки фолікулів (у невеликій кількості) і в сітчастій зоні кіркової речовини надниркових залоз (основне джерело андрогенів у жінок). Вони стимулюють ріст клітора, викликають атрофію малих статевих губ і гіпертрофію великих. У жінок із функціонуючими яєчниками андрогени впливають на матку: за умови достатньої естрогенної насиченості невеликі дози їх викликають передгравідарні зміни ендометрію; великі – його атрофію. Андрогени пригнічують утворення молока в матерів-годувальниць.

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

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

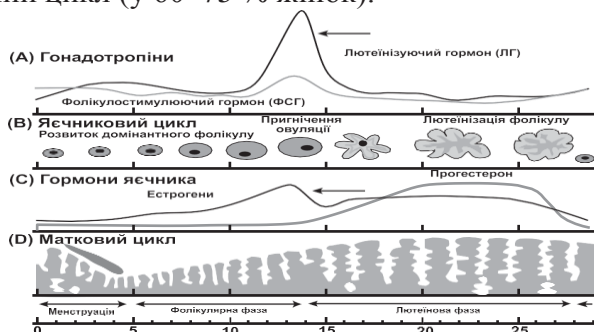
Ріст волосся починається з великих статевих губ, потім поширюється на весь лобок із верхньою горизонтальною межею (жіночий тип оволосіння). Якщо оволосіння поширюється на білу лінію живота з ромбоподібною межею, – це ознака вірилізації. Приблизно через півроку після появи волосся на лобку починається оволосіння пахвових ямок (фізіологічні межі – 10,5–14,5

року). Необхідно зазначити, що відхилення в статевому дозріванні може бути проявом гінекологічної чи екстрагенітальної патології. Тому дівчатка дошкільного і шкільного віку повинні перебувати під диспансерним наглядом педіатра, дитячого гінеколога, сімейного лікаря.

Репродуктивний вік – це період від завершення статевого дозрівання до згасання менструальної функції. Нормальна тривалість репродуктивного періоду – від 15 до 49 років. Цей період характеризується ритмічним дозріванням яйцеклітин та активною гормональною функцією системи гіпоталамус – гіпофіз – яєчники.

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

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



Малюнок 1 – Схема менструального циклу

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

Упродовж менструального циклу:

1 Гонадотропін-рилізінг-гормон стимулює тонічну постійну) секрецію гонадотропінів, що обумовлює ріст і розвиток фолікулів, секретом яких є естрогени.

2 Циклічна (пульсуюча) секреція гонадотропін-рилізінг-гормону стимулює утворення максимальної кількості гонадотропінів та естрогенів, що викликає овуляцію.

3 Велика кількість естрогенів, які циркулюють на цей час у крові, пригнічує подальшу секрецію фолікулостимулювального гормону, що призводить до активізації лютеїнізуючого гормону.

4 Лютеїнізуючий гормон стимулює утворення жовтого тіла (для цього також необхідний гормон пролактин), секретом якого є прогестерон.

5 Збільшена кількість прогестерону, у свою чергу, гальмує секрецію лютеїнізуючого гормону.

Під впливом естрогенів, які накопичуються в організмі, залози шийки матки виділяють рідкий, тягучий, слизистий секрет (фертильний слиз), який жінка звичайно відчуває на статевих органах за кілька днів до овуляції. Коли рівень естрогенів досягає максимуму, один, а іноді й кілька фолікулів розриваються, вивільняючи яйцеклітину. Період життя яйцеклітини надзвичайно короткий, приблизно 12 годин, іноді – більше ніж одна доба.

Яйцеклітина потрапляє в одну з маткових труб, а по ній – у матку.

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

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

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

У менструальному циклі жінки розрізняють три фази:

1 Відносно безплідну (ранню) інфертильну, яка починається одночасно з менструацією.

2 Фертильну, в яку входить день овуляції і дні безпосередньо напередодні та після овуляції, під час яких статеві зносини можуть стати причиною запліднення.

З Постовуляторну (пізню) інфертильну, що починається після завершення фертильної фази і продовжується до початку менструації.

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

До чоловічої репродуктивної системи належать:

- 1) дві статеві залози або яєчка, в яких утворюються чоловічі статеві клітини – сперматозоїди, і синтезуються чоловічі статеві гормони – андрогени;
- 2) копулятивний орган – статевий член (penis), за допомогою якого статеві клітини вводяться у піхву жінки;
- 3) парний довгий трубчастий вивідний канал складної конфігурації, який з'єднує кожне яєчко із статевим членом. Він забезпечує дозрівання утворених в яєчках клітин і збереження їх до моменту надходження в орган під час статевих зносин;
- 4) спеціальні додаткові статеві залози,

стінки яких багаті на гладком'язові клітини. Залози виділяють рідке середовище – носій для сперматозоїдів (сперму), а рефлекторне скорочення гладких м'язів у їх стінці викликає швидке виштовхування сперматозоїдів разом зі спермою із статевого члена під час статевого акту. Цей процес, в якому також беруть участь деякі групи скелетної мускулатури, називається еякуляцією.

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

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

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

Сперматогенез можна поділити на три етапи:

1 Спермацитогенез – розмноження сперматогоній, кожна наступна генерація клітин виявляється більш диференційованою, ніж попередня.

2 Мейоз – період сперматогенезу. Під час мейозу відбувається спарювання хромосом, кросинговер – обмін генними локусами і два поділи дозрівання, які приводять до скорочення кількості хромосом вдвічі та утворення із сперматоцитів сперматид.

3 Сперміогенез – гаплоїдні клітини (сперматиди) перетворюються на сперматозоїди.

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

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

Виходячи з того, що відомо про чоловічу фертильність (організм продукує сперму безперервно, а сперматозоїди після еякуляції живуть від 24 до 120 годин) і про жіночу фертильність (овуляція відбувається один раз за цикл, а яйцеклітина живе від 12 до 24 годин), можна

визначити період можливого запліднення. Насамперед варто враховувати період життєздатності як сперматозоїда, так і яйцеклітини. На виживання сперматозоїда та його здатність проникати через статеві шляхи жінки в місце запліднення – фаллопієву трубу – впливає також якість цервікального слизу. Рідка, в'язка цервікальна змазка допомагає сперматозоїдам потрапити в матку і може бути резервуаром сперми.

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

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

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

**У сучасній сексології розрізняють кілька
стапів формування та виявлення
сексуальності:**

1 Пренатальний період, в якому відбувається диференціація гонад, геніталій, структур мозку.

2 Парапубертатний період (7–11 років), коли дитина усвідомлює статеву належність, починає розрізняти стать тих, хто її оточує, і незмінність статевої належності (формування статевого самоусвідомлення).

3 Передпубертатний період (12–18 років) – формування платонічного та еротичного лібідо.

4 Перехідний період сексуальності (16–26 років) – формування сексуального лібідо і початок сексуальних відносин.

5 Період зрілої сексуальності (26–55 років) – регулярні статеві відносини, входження у смугу умовно-фізіологічного ритму.

6 Інволюційний період (55–70 років) – зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня платонічного та еротичного.

Крім фізіологічних процесів, що проходять у психічній, ендокринній, статевій та інших системах, сексуальна сфера впливає на формування соціально-поведінкових, особистих реакцій. Від сукупності цих факторів залежить сексуальне здоров'я особистості, яке, за визначенням ВООЗ (Женева, 1974), є комплексом соматичних, емоційних та соціальних аспектів сексуального існування людини, що позитивно збагачують особистість, підвищують комунікабельність особи та її здатність кохати. В основі сексуального здоров'я особистості лежить право на інформованість щодо питань сексуальності та статевої освіти; воно також

передбачає свободу від страху, почуття сорому і провини, хибних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальне взаєморозуміння.

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

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

РОЗДІЛ 4 КОНСУЛЬТУВАННЯ

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

Консультавання – це комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я, пошук шляхів їх вирішення та способів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки в бік менш ризикованої. Медичні спеціалісти будь-якого рівня надання допомоги повинні бути підготовлені для проведення консультавання з усіх наявних методів контрацепції. При цьому вони не повинні застосовувати ніяких методів стимулювання чи примушення пацієнтів до використання як планування сім'ї в цілому, так і будь-якого окремого методу контрацепції. Консультавання – інструмент, що широко використовується в галузі інтелектуальних технологій. Консультативна робота застосовується в різноманітних галузях і сферах фахової діяльності та життя людини. Існують різні види консультавання: медичне, психологічне, організаційне, управлінське, педагогічне, профорієнтаційне, кадрове і маркетингове. Часто консультавання як одну з форм роботи застосовують у тих галузях, де необхідне використання психологічних знань, оскільки консультавання є процесом спілкування, який передбачає аспект впливу.

Консультавання – основний етап надання допомоги пацієнтам. Його використовують в усіх галузях медицини.

Консультування – це конфіденційна бесіда, що передбачає двостороннє спілкування (діалог, а не монолог) і концентрується на індивідуальних потребах пацієнта. Консультант надає пацієнтові чітку, об'єктивну та вичерпну інформацію і допомагає зробити усвідомлений вибір (прийняти поінформоване і добровільне рішення). У процесі консультування беруть участь дві сторони: **консультант і пацієнт.**

Консультування залежно від тривалості спілкування та кількості зустрічей поділяють на:

Короткотривале консультування

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

Тривале консультування

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

Оперативне консультування

Спрямоване на надання термінової медико-психологічної допомоги пацієнтові. Проблема, з якою звертається пацієнт до консультанта, може бути досить складною і потребувати надання термінової допомоги.

Консультування залежно від типу поділяють на: *Індивідуальне*

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

Сімейне

Це окремий випадок групового консультування, який застосовують у разі роботи з подружніми парами або сім'ями. Психологічні проблеми пари в сімейному житті є взаємозв'язаними. Вони зазвичай створюють єдину подружню психологічну проблему, яку необхідно вирішувати з позицій парного підходу.

Групове

Це будь-які форми надання консультативної допомоги групі. Розмір групи залежить від завдань та умов проведення консультування, проте не повинен перевищувати 30 осіб. Групове консультування має свої переваги. Воно дозволяє заощаджувати час консультанта. До групи можуть входити: студенти, вчителі, лікарі, спеціалісти соціальних служб або спеціально підібрана група пацієнтів. Групове консультування передбачає наявність уміння в консультанта «вести» групу, відстежувати психологічну динаміку як кожного члена,

так і загальну групову.

**Консультавання залежно від виду призначення
поділяють на:**

Довідково-інформаційне

Цей вид консультавання спрямований на те, щоб з'ясувати інформаційні прогалини і надати пацієнтові відсутню в нього інформацію.

Діагностичне

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

Коригувальне

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

Спрямоване на формування та розвиток особистості пацієнта

Його основне завдання – формування та розвиток певних умінь і навичок пацієнта. Наприклад, вміння сказати «ні», навичок контролю своєї поведінки. Таке консультавання може проводитися як для пацієнтів, які звертаються до консультанта за допомогою, так і для спеціалістів стосовно їх підготовки до проведення консультавання (консультавання певних груп).

**Психологічні бар'єри щодо консультавання
та їх попередження**

У процесі консультавання можуть виникнути проблеми, які призводять до виникнення психологічних бар'єрів, що мають суб'єктивні та об'єктивні причини як із

боку пацієнта, так і з боку консультанта.

Суб'єктивні причини з боку пацієнта:

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

Отже, перш ніж розпочати консультування, спеціаліст повинен установити доброзичливі стосунки, уточнити стан пацієнта, проводити бесіду з пацієнтом доступною мовою та, якщо потрібно, перенести консультування на інший час.

Суб'єктивні причини з боку консультанта:

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

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

- консультування відбувається в приміщенні, де перебувають сторонні особи, що заважає відвертій розмові;
- заздалегідь не обговорені години прийому, час, відведений на консультування; пацієнт і консультант не мають можливості зручно розташуватися у приміщенні під час консультування.

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

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

Для попередження психологічних бар'єрів під час консультування необхідно:

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

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

Вибір оптимальних технік консультування та суворе їх додержання

Особливо варто виділити техніку «дзеркального відображення» як спосіб подолання психологічних бар'єрів. Вона полягає в тому, що консультант

використовує невербальні техніки консультування. У результаті в пацієнта створюється відчуття того, що консультант цілком розуміє не лише зміст і сенс його висловлень, а й його емоційний стан.

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

На завершальному етапі консультування рекомендується призначити дату наступного консультування та попрощатися. Особливо це важливо у стосунках із підлітками, які можуть не прийти наступного разу на консультування, але підуть із переконанням та усвідомленням того, що їх тут чекають і завжди готові надати допомогу, це є також одним із принципів «дружнього підходу». Така організація завершальної стадії консультування однозначно знижує можливість виникнення психологічних бар'єрів на подальших консультаціях.

Отже, психологічні бар'єри, що можуть виникати у спілкуванні консультанта та пацієнта, можна не лише подолати, а й попередити.

Техніки консультування

До основних технік консультування належать:

- запитання;
 - підбадьорення та заспокоєння;
 - відображення змісту проблеми;
- перифразування та узагальнення;
- відображення почуттів;

- паузи мовчання;
- надання інформації;
- інтерпретація;
- конфронтація;
- почуття консультанта і самовідкриття;
- структурування консультування;
- завершення консультування.

Запитання

Запитання поділяють на *закриті* та *відкриті*.

Закриті запитання використовують для одержання конкретної інформації, вони допускають односкладову відповідь, підтвердження або заперечення («так», «ні»). Наприклад: «Чи знаєте ви способи запобігання ПСШ або вагітності?»

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

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

Структурування консультування

Ця процедура проходить через весь процес консультування. Структурування означає організацію стосунків консультанта з пацієнтом, виділення окремих етапів консультування й оцінювання їх результатів, а

також надання пацієнтові інформації про процес консультування. Закінчивши один етап, ми разом із пацієнтом обговорюємо результати, формулюємо висновки. Необхідно переконатися, що оцінювання результатів цього етапу консультантом і пацієнтом збігаються.

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

Завершення консультування

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

Часом виникає питання про необхідність подальших зустрічей із пацієнтом після закінчення консультування.

Потрібно залишити можливість пацієнтові звертатися до консультанта в разі потреби, під час виникнення нових проблем, але з іншого боку не варто заохочувати такі звернення. Якщо консультування було ефективним, у пацієнта не повинно виникнути потреби в нових консультаціях.

Вимоги до ефективного консультанта

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

- емпатія, або розуміння, – уміння побачити світ очима іншої особи;
- повага – ставлення до іншої особи, яка має на увазі віру в її здатність подолати проблему;
- конкретність – або спроможність бути певним і точним – спосіб комунікації з іншою особою, маючи очевидну чіткість у своїх висловлюваннях;
- знання і прийняття себе, а так само готовність допомогти в цьому іншим;
- відвертість – уміння бути чесним у взаємовідносинах;
- конгруентність – відповідність слів мові тіла;
- безпосередність (спроможність робити щось негайно без обмовок, за своїм внутрішнім потягом, просто та щиро) – робота з тим досвідом, що має місце в повсякденному житті пацієнта. Особливе значення приділяється консультуванню з питань планування сім'ї та репродуктивного здоров'я.

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

Консультування з питань планування сім'ї повинне допомогти пацієнтам:

- одержати знання про відповідальну статеву поведінку;
- мати безпечні статеві відносини;
- бути зацікавленими в 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 ПСШ;

- бути інформованим про місце звернення в разі виникнення проблем репродуктивної сфери чи використання методу контрацепції.

Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта в конкретній ситуації, є запорукою успіху використання конкретного засобу контрацепції та попередження незапланованої вагітності. Професіоналізм консультанта залежить багато в чому від його готовності слухати, правильно й своєчасно відповідати на всі запитання та намагатися подолати сумніви пацієнта про поінформований вибір методу. Поінформований вибір – добровільне рішення пацієнта, що базується на одержаній 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, додержання 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, враховуючи прихильність до контрацепції та доступність і наявність інших засобів, необхідних у використанні обраного методу контрацепції;

- необхідність захисту від ПСШ, включаючи ВІЛ. Обговорюючи з пацієнтом його/її контрацептивні можливості, медичні спеціалісти повинні стисло розповісти про наявні методи планування.

Етапи консультування з планування сім'ї

Пацієнти повинні самі прийняти рішення про те, який метод контрацепції їм більше за все підходить. Консультант повинен 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. У подальшому консультування проводиться з урахуванням рівня поінформованості пацієнта. Процес консультування можна поділити на такі етапи: вибір методу; початкове (первинне) консультування – описуються всі методи контрацепції, і пацієнтові 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 застосування кожного методу контрацепції;

- запитати, які методи контрацепції вона знає. (Це дасть можливість визначити рівень знань пацієнтки і виправити неправильну інформацію);

- розповісти про кожний метод, починаючи з методів, прийнятних відповідно до періоду життя. Дати детальну інформацію про метод, який зацікавить жінку. Інформація повинна містити:

- механізм дії методу;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки;
- зворотність методу;
- можливі короткострокові та довгострокові побічні ефекти, ускладнення;
- медичні протипоказання, можливість повторного візиту/звернення у разі виникнення запитань;

- заохотити пацієнтку ставити запитання;
- обговорити переваги і недоліки різних методів у зв'язку з обставинами та 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 того часу, поки вона не зупиниться на конкретному методі. Якщо жінка не може визначитися 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 із причини, пов'язаної зі здоров'ям. У такій ситуації консультант повинен пояснити протипоказання і допомогти обрати інший метод.

- Якщо пацієнтка обирає метод, який вона не може використовувати на даний час, необхідно допомогти їй обрати тимчасовий метод, який можна використовувати до постійного методу.

Консультація з конкретного методу контрацепції – пацієнтка одержує 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 ніж 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 із метою профілактики виникнення побічних ефектів, а також що робити в разі їх виникнення. Якщо після обговорення всіх аспектів пацієнтка все ж таки вибирає метод, якому 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 – класи 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 разі може знадобитися додаткове обстеження.

Пояснення правил використання методу

- Під час обговорення правил використання методу необхідно зупинитися на таких питаннях:

- коли починати і як використовувати метод;
- можливі побічні ефекти;
- усунення побічних ефектів;
- стани, що свідчать про необхідність звернення за медичною допомогою, а також куди звертатися;
- термін повторного візиту.

- Перевірити, чи зрозуміла надана інформація, попросити пацієнтку повторити інструкції своїми словами. Якщо необхідно, повторіть інструкції, звертаючи особливу увагу на незрозумілі аспекти. виправити неправильно зрозумілу інформацію і дати пояснення.

- Пояснити, коли необхідно звернутися для подальшого спостереження.

- Підкреслити важливість повторного візиту, якщо пацієнтка: відчуває побічні ефекти, виникли запитання, хоче використовувати інший метод, хоче припинити використання контрацептиву.

Консультування 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 в плануванні сім'ї упродовж репродуктивного життя є тривалим процесом.

Наступні візити до медичного працівника дозволяють:

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

Пацієнтка не має проблем із використанням методу контрацепції:

- обговорити задоволеність методом контрацепції, тривалість використання методу контрацепції, періодичність спостереження за станом здоров'я, а також дати 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, впевнитись у правильності його застосування. Якщо необхідно, повторно розповісти правила використання методу.

Пацієнтка має проблеми, пов'язані з використанням методу:

- з'ясувати причини виникнення проблеми (побічні ефекти, труднощі щодо застосування методу, неприйнятність методу партнером тощо) та допомогти жінці вирішити проблему;
- якщо проблема полягає в побічному ефекті, оцінити тяжкість його прояву, запропонувати способи його усунення або призначити лікування;
- якщо обраний метод контрацепції більше не використовується, визначити причину і з'ясувати, чи

непов'язано це з неправильним розумінням/нерозумінням інструкції щодо використання, побічними ефектами методу, труднощами придбання методу тощо. Якщо пацієнтка хоче продовжувати використовувати метод, дати відповіді на запитання та інформацію, яка допоможе продовжити використання методу;

- допомогти пацієнтці вибрати інший метод контрацепції, якщо вона не задоволена методом, якщо змінилася ситуація або 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 внаслідок невдачі щодо використання методу, і з'ясувати чинники, які могли цьому сприяти.

Взаємовідносини спеціаліста і пацієнта будуються на повній довірі, взаємоповазі та конфіденційності. Незважаючи на те, що існує багато ефективних методів контрацепції, можлива так звана контрацептивна невдача, або виникнення непланованої вагітності. У такому разі під час консультивання необхідно поінформувати пацієнтку про наявні в неї можливості щодо репродуктивного вибору.

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

РОЗДІЛ 5

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

ВІДПОВІДНО ДО ПЕРІОДІВ ЖИТТЯ

Потреби щодо планування сім'ї існують упродовж усього репродуктивного життя і часто змінюються зі зміною періодів життя. Надання послуг із ПС, спрямованих на пацієнтку не лише в момент вибору її першого методу контрацепції, а й упродовж усього репродуктивного життя, дозволяє забезпечити високу якість таких послуг.

Упродовж свого репродуктивного життя жінки проходять 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 в контрацепції та захисті від ППСШ.

Із точки зору підходу ПС відповідно до періодів життя постійними користувачами послуг із ПС можуть бути різні групи осіб, 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; пари, які задоволені кількістю дітей у сім'ї і більше не планують мати дітей.

Вибір контрацептивів жінками найімовірніше буде змінюватися в різні періоди її життя через те, що вона буде надавати різної ваги окремим характеристикам методів: ефективності щодо попередження вагітності або ППСШ, 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 із ПС.

Більшість осіб змінюють метод контрацепції кілька разів упродовж їх репродуктивного життя. Дехто продовжує використовувати свій перший метод контрацепції впродовж 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 фахівцеві 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 ПС змінилися. Так само пацієнтки, які припинили використовувати контрацептив із метою завагітніти, є

постійними користувачами, в яких змінилися репродуктивні наміри.

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

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

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

РОЗДІЛ 6 МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ



Малюнок 2 – Види 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) позитивні ефекти. Це дає можливість підібрати засіб попередження вагітності відповідно до потреб 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 Бар'єрна контрацепція:

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

3 Гормональна контрацепція:

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

5 Внутрішньоматкові контрацептиви:

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

6 Добровільна хірургічна стерилізація:

- жіноча;
- чоловіча.

6.1 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, а й від того, наскільки систематично та правильно вони застосовуються. Ефективність будь-якого методу розраховується відповідно до так званих контрацептивних «невдач» (відсоток непланованих вагітностей).

Як регулярність, так і правильність використання методів контрацепції може істотно варіювати залежно від таких факторів, як вік, дохід, бажання запобігти або відкласти настання вагітності, а також від особливостей культурного середовища.

Методи, які залежать від правильного використання, характеризуються широким діапазоном ефективності. Більшість чоловіків і жінок у процесі використання конкретного методу з часом набувають досвіду більш ефективного його використання. Таблетки для невідкладної контрацепції: початок використання упродовж 72 годин після незахищеного статевого акту знижує ризик настання вагітності мінімум на 75 %.

6.2 Медичні критерії прийнятності ВООЗ

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

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

Консультативне обслуговування з питань контрацепції передбачає проведення комплексного оцінювання життєвих обставин і стану здоров'я пацієнта з урахуванням конкретних потреб особи щодо послуг із планування сім'ї, а також усіх відповідних медичних критеріїв і практичних рекомендацій для надання пацієнтові компетентної допомоги щодо вибору і використання того чи іншого методу контрацепції.

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

Пацієнти мають право на одержання адекватної інформації обсягом, достатнім для здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції.

6.3 Класифікація категорій

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

Поняття «стан» визначається відображенням як **індивідуальної характеристики** жінки (наприклад, вік

або репродуктивний анамнез), так і встановлених **соматичних захворювань**, таких як, скажімо, діабет або гіпертонія.

Стани, що впливають на допустимість використання будь-якого методу контрацепції, належать до однієї з категорій:

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.

Таблиця 1 – Використання шкали категорій на практиці

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

Значення категорій «1» та «4» не потребують пояснень. Категорія «2» означає, що цей метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль лікаря.

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

За умови неможливості проведення клінічного обстеження у відповідному обсязі відношення стану до категорії «3» означає, що використання цього методу контрацепції цією жінкою неприпустиме з причин медичного характеру.

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

6.4 Оцінювання пацієнтки

Основна мета оцінювання пацієнтки для надання їй послуг із 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 ніж 7 днів із початку менструації (з 1-го по 7-й день циклу);
- минуло не більше ніж чотири тижні після пологів (якщо жінка не годує грудьми);
- минуло не більше ніж 7 днів після аборту;
- 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 ніж 4–6 годин (вдень і вночі).

Проте ці ознаки не є абсолютним обґрунтуванням виключення вагітності. Доцільно жінку обстежити в 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, поки

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, що проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції (табл. 1).

Перед прийняттям рішення використання певного методу контрацепції для практично здорових осіб рекомендується обстеження відповідно до таблиці 1.

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

Клас «А» – проведення цього обстеження/аналізу обов'язково рекомендується в усіх 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 в системі охорони здоров'я і/чи системі надання медичних послуг. Остаточне рішення необхідно ухвалювати після оцінювання ризиків, пов'язаних із відмовою від проведення того чи іншого обстеження або аналізу і потенційної вигоди, яку можна одержати в забезпеченні доступу до конкретного методу контрацепції.

Клас «С» – проведення цього обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої істотної гарантії безпеки та ефективності конкретного методу контрацепції.

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

РОЗДІЛ 7 ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Комбіновані оральні контрацептиви



Малюнок 3 – Гормональні оральні контрацептиви

7.1 Комбіновані оральні контрацептиви

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

Типи комбінованих оральних контрацептивів

За складом КОК поділяють на:

- монофазові – активні таблетки, що містять однакову кількість естрогену та прогестагену (Е/П);
- двофазові – активні таблетки, що містять дві різні комбінації Е/П;
- багатофазові – активні таблетки, що містять декілька різних комбінацій Е/П.

За дозою естрогенних стероїдів КОК поділяють на:

- високодозовані (кількість ЕЕ 50 мкг і більше на 1 добу);
 - низькодозовані (кількість ЕЕ 30–35 мкг на 1 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: 21 чи 28 таблеток в упаковці.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність 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 починає використовувати будь-які нові ліки.

Побічні ефекти, що виникають при використанні КОК (нудота, запаморочення, зміни настрою, незначні болі в молочних залозах, несильні головні болі, збільшення маси тіла, а також мажучі виділення чи легка кровотеча (зазвичай проходять після 2–3 місяців приймання)), не є симптомами будь-якого захворювання.

КОК не захищають від ПСШ, ВІЛ. КОК – високоефективні та безпечні засоби контрацепції за умови відсутності протипоказань та додержання режиму приймання.

Необхідно відзначити, що:

- КОК найпопулярніший метод контрацепції у розвинених країнах;

- метод характеризується високою контрацептивною надійністю;

- після припинення приймання 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 упродовж першого року використання);

- негайний контрацептивний ефект;

- зазвичай не вимагається проведення спеціального гінекологічного огляду перед початком використання за умови, якщо після останнього огляду лікарем-гінекологом минуло не більше ніж 1 рік;

- 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 прийманні; можуть використовувати як жінки, які народжували, так і жінки, які не народжували дітей.

НЕДОЛІКИ використання КОК:

- необхідність постійного регулярного приймання. Неуважність збільшує ризик вагітності. Ефективність знижується, якщо не приймати таблетки кожного дня (рівень доказовості I, задовільне, побічне підтвердження) (20);

- можливість побічних ефектів: незначна нудота, запаморочення, незначний біль у молочних залозах, головний біль, а також мажучі виділення або незначна кровотеча (зазвичай проходять після 2–3 циклів приймання);

- 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 ПСШ, ВІЛ.

Початок використання КОК у перший день менструального циклу. Можна почати приймання в будь-який із 5 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності в додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції. Якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна, то приймання можна починати в будь-який день менструального циклу. Якщо минуло понад 5 днів після початку менструації, то впродовж наступних 7 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи. Через 3 тижні після пологів, якщо жінка не годує грудьми, можемо починати приймання КОК. При цьому немає необхідності чекати відновлення менструацій.

Якщо жінка годує грудьми, то починати приймання КОК можна через 6 місяців після пологів або після припинення грудного вигодовування. Після аборту бажано почати приймання негайно (за цієї умови немає необхідності в додатковому контрацептивному захисті) або в будь-який із наступних 7 днів.

Якщо минуло більше ніж 7 днів після аборт, то приймання таблеток можна починати в будь-який день за умови впевненості, що жінка не вагітна, і впродовж наступних 7 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

За умови переходу з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на КОК приймання таблеток можна починати без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка послідовно й точно виконувала рекомендації

щодо приймання 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 приймання КОК необхідно починати у день можливої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності в додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Після приймання таблетки невідкладної контрацепції жінка може розпочинати використання КОК наступного дня після припинення застосування ТНК. При цьому немає необхідності чекати початку наступної менструальної кровотечі.

Жінці, яка раніше не використовувала КОК, рекомендовано починати приймання з нової упаковки.

Жінка, яка регулярно використовувала КОК і була вимушена прийняти ТНК через пропуск однієї або декількох наступних таблеток КОК, може продовжувати приймання КОК із початої упаковки, вживаючи наступну за порядком таблетку.

У всіх вищеперелічених випадках необхідно використовувати додатковий метод контрацепції упродовж перших 7 днів приймання КОК.

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

У разі відмови від ВМК (включаючи ВМС, що містять левоноргестрел) приймання КОК можна починати

в один із 5 днів після початку менструації. Необхідності в додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалений упродовж цього періоду.

Якщо жінка впродовж цього менструального циклу мала статеві стосунки і від початку менструації минуло понад 5 днів, то в цьому разі рекомендується видалити ВМК під час наступного менструального циклу.

Жінка впродовж цього менструального циклу не мала статевих стосунків і від початку менструації пройшло більше ніж 5 днів, то в цьому разі їй рекомендується впродовж наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.

Якщо додатковим засобом був вищезгаданий ВМК, то його потрібно видалити під час наступного менструального циклу (рівень доказовості I, задовільне, побічне підтвердження). Тривалість використання гормональних контрацептивів визначається індивідуально в кожному конкретному випадку.

ПОДОВЖЕНЕ АБО БЕЗПЕРЕРВНЕ ПРИЙМАННЯ КОК

Жінка може використовувати монофазові КОК без будь-яких відновлювальних пауз, не побоюючись за своє здоров'я.

Переваги:

- менструальна кровотеча виникає не більше ніж 4 рази за 1 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 впродовж 6 місяців від початку приймання КОК, особливо у жінок, які їх ніколи не приймали раніше;
- потрібно мати більший запас упаковок – від 15 до 17 упаковок на 1 рік замість 13 (рівень доказовості II-2, задовільне, пряме підтвердження).

Продовжене приймання:

- 21 таблетка в упаковці – приймається по одній таблетці щодня впродовж 12 тижнів без перерви (підряд із 4 упаковок). Після приймання останньої таблетки із 4-ї упаковки необхідно робити 7-денну паузу перед початком вживання таблеток із наступних 4 упаковок;

- 28 таблеток в упаковці – пропускається приймання 7 останніх (негормональних) таблеток у 3 упаковках підряд. Приймаються усі 28 таблеток із 4-ї упаковки та очікується поява кров'янистих виділень.

При цьому немає необхідності в застосуванні додаткового методу контрацепції. Безперервне приймання:

- приймається по одній гормональній таблетці на день до того часу, поки пацієнтка не вирішить відмовитися від подальшого використання КОК. У разі виникнення запитань чи станів, що турбують, необхідно звернутися до лікаря.

Побічні ефекти

Аменорея (відсутність менструальних виділень після завершення приймання 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 із підвищеним умістом естрогену з лікувальною метою, коли 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 проходять через три цикли (А (I), задовільне, побічне підтвердження). Якщо відчуття нудоти виникає з початком приймання таблеток із чергової упаковки, призначається схема продовженого приймання контрацептиву (I, добре, пряме підтвердження).

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Приймають таблетки в один і той самий час щодня.

- Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати в перші 3 місяці використання таблеток. Якщо такі виділення будуть продовжуватися, необхідно вибрати інший метод.

Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати у зв'язку з:

- пропуском приймання таблеток;
- прийманням таблеток у різний час доби;

– блюванням під час приймання таблеток;
– прийманням протисудомних препаратів чи рифампіцину.

• Деяке полегшення стану можна досягти прийманням ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їди впродовж 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу за появи кровотечі.

• Якщо жінка приймала КОК упродовж декількох місяців, вживання нестероїдного протизапального засобу не дає бажаного ефекту, можна призначити їй КОК з іншою дозою гормонів, які необхідно приймати принаймні впродовж трьох наступних місяців.

• Якщо нерегулярні кровотечі набирають хронічного характеру, необхідно проаналізувати можливі причинні фактори, не пов'язані з прийманням КОК.

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

• У разі появи тривожних симптомів (головні болі, біль у 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 із мігренню):

• У деяких жінок головні болі виникають під час «безгормонального» тижня (тобто 7 днів, впродовж яких жінка не приймає гормональних таблеток).

• Призначають аспірин, ібупрофен, парацетамол чи інший знеболювальний засіб.

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

Перепади настрою чи порушення лібідо:

- За відсутності в 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, впродовж яких жінка не приймає гормональних таблеток) може супроводжуватися перепадами настрою. У цьому випадку призначають продовжене приймання 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 бути й не пов'язані з цим. Вагінальні кровотечі нез'ясованої етіології (підозра на захворювання, що не стосуються приймання КОК), значні або затяжні кровотечі:

- Необхідно оцінити стан за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження.

- Провести діагностику і призначити відповідне лікування. Лікування протитуберкульозними або протитуберкульозними препаратами.

- Контрацептивний ефект КОК може знижуватися під впливом барбітуратів, карбамазепіну, окскарбазепіну, фенітоїну, примідону, топірамату, ламотригіну, рифабутину та рифампіцину.

- Якщо передбачається тривале лікування вищепереліченими препаратами, жінці рекомендується перейти на альтернативний метод контрацепції, включаючи прогестагенові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, що містить мідь або гормональну ВМС.

- Якщо лікування вищеназваними препаратами призначається на короткий термін, жінці рекомендується

застосовувати допоміжний метод контрацепції поряд із прийманням КОК.

Мігренозний головний біль

- Поява мігренозних головних болів (з аурую чи без неї) або пов'язане з прийманням КОК посилення головного болю є протипоказаннями до використання КОК незалежно від віку жінки.

- Необхідно допомогти жінці вибрати альтернативний метод контрацепції, що не містить естрогенів.

Обставини, за 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 впродовж декількох тижнів, їй необхідно:

- повідомити лікаря, що вона використовує КОК;
- припинити приймання КОК і тимчасово перейти до використання іншого методу контрацепції;
- відновити приймання КОК через два тижні після того, як вона знову зможе пересуватися самостійно.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- 1 Сильний біль у грудях або задишка.
- 2 Сильні головні болі чи помутніння зору, які почалися або посилилися після початку приймання комбінованих оральних контрацептивів.
- 3 Сильні болі в нижніх кінцівках.
- 4 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.

7.2 Трансдермальна терапевтична система (гормональний пластир)



Малюнок 4 – Гормональний пластир

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

Контрацептивний пластир – невеликий, тонкий гнучкий квадратний пластир 20 см², що вивільняє прогестаген та естроген.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

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

– змінюють ендометрій, зменшуючи ймовірність імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

1 Одночасно можна використовувати лише один пластир ТТС.

2 Заміну пластиру проводять щотижня впродовж 3 тижнів із подальшою 1-тижневою перервою, під час якої в жінки відбувається менструальна кровотеча.

3 ТТС не захищають від ІПСШ, включаючи ВІЛ.

4 У жінок із масою тіла 90 кг і більше контрацептивна ефективність може бути зниженою.

5 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.

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

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок упродовж першого року використання);

- негайна ефективність;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- діючі речовини надходять відразу у кровотік.

Немає ефекту «першого проходження» через шлунково-кишковий тракт;

- дає додаткову впевненість в ефекті (стан ШКТ не впливає на надходження препарату);

- забезпечує рівномірне постачання препарату.

Неконтрацептивні:

- не потребує участі медичного спеціаліста;
- простота застосування.

НЕДОЛІКИ:

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів;

- залежать від користувача (пацієнтка повинна щоденно перевіряти, чи щільно приклеєна ТТС);

- ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних (барбітурати), протитуберкульозних (рифампіцин) препаратів або рослинних препаратів, які містять звіробій продірявлений;

- необхідно мати можливість поповнення запасу препарату;

- не захищають від ПСШ, ВІЛ.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ:

- можуть спричиняти зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів;

- можливі незначна нудота, запаморочення, болючість молочних залоз та головний біль;

- на місці приклеювання пластиру можливе подразнення шкіри.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Масивна (удвічі довша або вдвічі значніша за величиною крововтрата, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

7.3 Комбіноване вагінальне кільце



Малюнок 5 – Комбіноване вагінальне кільце

Вагінальне кільце – гнучке, прозоре та еластичне кільце, яке під час уведення в піхву діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та етоногестрелу з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятися з 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 ймовірність імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Одне кільце розраховане на один цикл. Упродовж трьох тижнів кільце перебуває у піхві, потім його видаляють і роблять 7-денну перерву. Після семиденної перерви вводять наступне кільце.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок упродовж першого року використання);
- негайна активність;
- зручний режим використання – один раз на місяць;
- метод не пов'язаний із статевим актом;
- метод зручний і простий у застосуванні;

- пацієнтка може сама припинити використання засобу;
- стабільне виділення гормонів;
- відсутність первинного проходження через печінку та ШКТ.

Неконтрацептивні:

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

НЕДОЛІКИ:

- експульсія кільця в разі опущення стінок піхви;
- можливі короткочасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни ваги;
- не захищають від ППСШ, ВІЛ.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ:

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення);
- можливі незначна нудота, запаморочення, болючість молочних залоз, головні болі;
- вагітність.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).

- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).

- Сильна (удвічі довша або вдвічі значніша за величиною крововтрата, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.

- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

7.4 Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду

Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (ПТП) – таблетки, що містять невеликі 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 у перші два чи три цикли. Ці зміни мають 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 ПСШ, включаючи ВІЛ. Рекомендовано відвідати лікаря через 3 місяці після початку приймання ПТП. Щорічний огляд лікарем-акушером-гінекологом здійснюється на загальних підставах за умови відсутності ускладнень.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

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

Неконтрацептивні:

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

НЕДОЛІКИ

- викликають зміни в характері менструального циклу майже в усіх жінок (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях приймання таблеток);
 - можливе деяке збільшення або втрата маси тіла;
 - повинні вживатися в один і той самий час щодня;
 - забування прийняти таблетку збільшує ризик вагітності;
 - необхідно мати можливість поповнити запас контрацептиву;
 - ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних (фенітоїн, карбамазепін, примідон, барбітурати, топірамат, окскарбазепін) чи протитуберкульозних (рифампіцин, рифабутин) препаратів;

Метод не захищає від ПСШ, ВІЛ.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Сильна (удвічі довша чи вдвічі більша за об'ємом

за звичайну) або тривала (> 8 днів) менструація.

• Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

7.5 Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви

До ПБК належать прогестагени пролонгованої дії – депомедроксипрогестерону 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 становлять будь-яку небезпеку для здоров'я. Повернення фертильності тимчасово затримується після припинення проведення ін'єкцій (у середньому на 6–12 місяців після останньої ін'єкції). Загалом ДМПА не знижує фертильності жінки. ДМПА не впливає на лактацію, концентрація препарату в грудному молоці незначна. До цього часу будь-якої негативної дії на розвиток дітей не встановлено. Явищ передозування препарату не спостерігали. ПБК не захищають від ППСШ, включаючи ВІЛ.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

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

Неконтрацептивні:

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

7.6 Комбіновані ін'єкційні контрацептиви

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- пригнічують овуляцію;
- згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- впливають на товщину ендометрію, зменшуючи ймовірність імплантації;
- зменшують рух сперматозоїдів у фаллопієвих трубах.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

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

Деякі лікарські препарати (ламотригін) можуть знизити ефективність КІК, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використовувати якісь нові ліки.

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

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,05 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання);
- негайна ефективність;
- немає потреби проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання;

- метод не пов'язаний зі статевим актом;
- мало побічних ефектів;
- від пацієнтки не вимагається мати запас контрацептиву.

Неконтрацептивні:

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

НЕДОЛІКИ:

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

ЗАГАЛЬНІ ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- вагітність;
- патологічні маткові кровотечі невстановленого генезу;
- планування вагітності найближчим часом (особливо у пацієток віком 30–40 років).

ЗАГАЛЬНІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ:

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

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ:

- затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності);
- сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності);
- масивна (удвічі довша або вдвічі значніша за величиною крововтрата, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча;
- виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції;
- мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

7.7 Імплантанти



Малюнок 6 – Імплантанти

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

ТИПИ

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

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

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

Сино-імплант (II) – аналог Джадель, імплантат

китайського виробництва, також відомий як Фемплант, Траст імплант або Зарин – два стрижні, що загалом містять 150 мг левоноргестрелу, запобігає вагітності впродовж 4 років.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

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

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Імплантанти не містять естрогенів, що робить їх прийнятними для жінок, які мають протипоказання до використання естрогенів, та жінок, які годують грудьми.

Контрацептивна дія імплантантів починається відразу після введення імплантанту і продовжується до його вилучення.

Імплантант можна вилучити за бажанням пацієнтки. Фертильність відновлюється відразу після припинення використання методу.

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

Певні лікарські препарати можуть знизити ефективність імплантантів, тому пацієнтка повинна повідомити лікаря, якщо вона починає використовувати будь-які нові ліки.

Лікар, який уводить імплантант, повинен видати талончик, на якому будуть зазначені дата введення імплантанта і назва клініки, де це було здійснено.

Необхідно пам'ятати, що в жінок із надлишковою масою тіла протизаплідний ефект Джадель, Сино-імпланта (II) і Норпланта починає знижуватися раніше порівняно з іншими жінками:

- жінкам із надлишковою масою тіла рекомендується проводити заміну імплантантів раніше, ніж це передбачено номінальними характеристиками цього виду контрацептиву (див. питання та відповіді);

- якщо жінка важить 80 кг і більше, то протизаплідний ефект Джадель, Сино-імпланта (II) і Норпланта починає знижуватися через 4 роки;

- якщо жінка важить від 70 до 79 кг, то протизаплідний ефект Норпланта починає знижуватися через 5 років (ВООЗ, 2011).

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

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

- негайна ефективність (< 24 години);

- тривалий період дії (3–5 років) при зворотності методу;

- необов'язково проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання методу;

- метод не пов'язаний зі статевим актом;

- метод не впливає на грудне вигодовування. Може використовуватися через 6 тижнів після пологів;

- негайне повернення фертильності після видалення капсул;

- мало побічних ефектів;

- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;

- пацієнтці не потрібно кожного дня приймати таблетки або часто робити ін'єкції;
- капсули не містять естрогену.

Неконтрацептивні:

- сприяють зменшенню менструального болю;
- сприяють зменшенню менструальних виділень і, як наслідок, анемії;
- знижують ризик розвитку раку ендометрію;
- знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози;
- зменшують ризик ектопічної вагітності.

НЕДОЛКИ:

- жінка повинна звернутися до лікаря для введення нових капсул або видалення старих;
- потрібен спеціально підготовлений медичний спеціаліст для введення та видалення капсул;
- можливі побічні ефекти;
- метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ В РАЗІ ІХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання. Мають досить поширений характер, однак у деяких користувачів можуть бути відсутні. Здебільшого побічні ефекти стають менш вираженими чи повністю зникають упродовж першого року використання імплантанта.

Поява побічних ефектів знижує задоволеність жінки

цим методом контрацепції та може привести до відмови від його подальшого використання. Такі ситуації потребують вжиття відповідних заходів. Якщо жінка повідомляє про виникнення будь-яких побічних ефектів чи проблем під час використання контрацептиву, необхідно уважно її вислухати, допомогти порадою чи призначити лікування.

Якщо неможливо усунути побічні ефекти і жінка незадоволена використанням методу, варто запропонувати їй вибрати інший метод контрацепції, використання якого вона може почати відразу.

Побічні ефекти

Нерегулярні кров'янисті/мажучі виділення

- Якщо причину не виявлено і вагітність відсутня, поясніть жінці, що кровотеча/мажучі виділення не є серйозною проблемою і можуть спостерігатись у багатьох жінок, які використовують імплантанти, не завдають шкоди здоров'ю і не потребують лікування.

- У більшості жінок нерегулярні кров'янисті/мажучі виділення зазвичай стають менш вираженими чи зникають зовсім через 12 місяців після введення імплантанта.

- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, а вона хоче продовжувати використовувати імплантанти, то деяке покращання стану досягається призначенням:

- ібупрофену (до 800 мг 3 рази на день після приймання їжі впродовж 5 днів) чи меклофенаматової кислоти (по 500 мг 3 рази на день після приймання їжі впродовж 5 днів);

- циклу монофазових КОК (30–35 мкг ЕЕ) по 1 таблетці на день упродовж 21 дня, починаючи з моменту появи кровотечі. Не забудьте попередити пацієнтку, що

менструальна кровотеча повинна початися впродовж тижня після завершення курсу КОК.

- У випадку значної кровотечі призначте по 2 таблетки монофазових КОК на день до кінця цього циклу (не менше ніж 3–7 днів), а потім – ще один цикл монофазових КОК.

Аменорея (відсутність менструальних виділень)

- Перевірте пацієнтку на вагітність. Якщо вона не вагітна, вимагається лише консультиування. Постійна невелика дія прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних виділень, а в деяких жінок – і до повного їх припинення. Порадьте жінці знову звернутися до лікаря, якщо аменорея буде продовжувати її турбувати.

- Не намагайтеся викликати менструальну кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК), у цьому немає необхідності.

- У разі маткової вагітності поясніть жінці наявні в неї можливості. Якщо вагітність буде доношуватися, вилучіть імплантанти і заспокойте жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.

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

Головний біль (немігренеподібний)

- Призначте ібупрофен (200–400 мг), парацетамол (325–1 000 мг) чи інший знеболювальний препарат.

- Головний біль, що посилюється або виникає частіше при використанні імплантантів, є показанням для додаткового обстеження жінки відповідним спеціалістом.

Збільшення чи втрата ваги (зміна апетиту)

- Поясніть жінці, що коливання маси тіла 1–2 кг є

звичайним явищем під час використання імплантантів.

Стани, що можуть вимагати зміни методу

Причина виникнення таких станів може дійсно полягати в застосуванні методу, але може цього й не стосуватися.

Вагінальні кровотечі нез'ясованої етіології (поява таких кровотеч може свідчити про стан, не пов'язаний із використанням імплантата)

- Оцініть стан жінки за результатами анамнезу та гінекологічного обстеження. У разі необхідності призначте додаткове обстеження та необхідне лікування. Якщо визначити причину кровотечі відразу неможливо, то в цьому разі варто відмінити метод, щоб виключити побічний ефект та полегшити встановлення діагнозу.

- Можна рекомендувати жінці інший метод контрацепції (за винятком ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду та ВМК), який вона може використовувати до завершення діагностики та лікування.

- Якщо причина кровотечі пов'язана з ІПСШ чи запальним захворюванням органів малого таза, жінка може продовжити використання імплантанта під час лікування.

Проблеми

Частковий вихід капсули

- Вилучіть частково витіснену(-ні) капсулу(-ли). Перевірте наявність на місці інших капсул (для Норпланта).

- Якщо зона введення не інфікована (немає почервоніння, болю, жару), замініть капсулу(-ли).

- Якщо зону введення інфіковано, вилучіть капсули, що залишилися, і введіть новий комплект на другій руці або допоможіть жінці вибрати інший метод.

Інфекція в місці введення

- У випадку інфекції (але не абсцесу) обробіть зону введення дезінфекційним розчином і призначте відповідний антибіотик на 7 днів.

- Не вилучайте капсулу! Запросіть пацієнтку прийти через 1 тиждень. Якщо покращання не настане, вилучіть капсулу і введіть новий імплантант на другій руці або допоможіть пацієнтці вибрати інший метод.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів може бути ознакою вагітності.

- Сильні болі в нижній частині живота можуть бути ознакою ектопічної вагітності.

- Масивна (удвічі довша чи вдвічі більша за об'ємом, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.

- Виділення гною або кровотеча з місця введення капсул.

- Відторгнення капсул.

- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

РОЗДІЛ 8 ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ



Малюнок 7 – Внутрішньоматкові контрацептиви

Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) – це невелика гнучка рамка з пластику з мідними гільзами чи обмоткою з мідного дроту або з визначеною кількістю прогестагену (левоноргестрелу), що вивільняється щоденно у порожнину матки. Пристрій виготовляють із поліетилену з додаванням сульфату барію, що забезпечує можливість одержати 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;

- спричиняють відповідну реакцію ендометрія на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Контрацептивна дія ВМК розпочинається негайно.

Можлива самовільна експульсія ВМК із матки, особливо у перші кілька місяців після введення.

Упродовж перших кілька днів після введення можливі кров'янисті виділення або невелика кровотеча.

Менструації зазвичай стають більш тривалими та значними (під час використання мідних ВМК) або більш короткочасними та мізерними (під час використання прогестагенових ВМК).

Вилучення ВМК можливе у будь-який час за бажанням пацієнтки.

Лікар повинен повідомити пацієнтці, який тип ВМК їй встановлено і коли його потрібно вилучити, а також дати їй картку з цією інформацією.

ВМК не захищають від ППСШ, враховуючи ВІЛ. Якщо хто-небудь із партнерів має ризик зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи разом із ВМК.

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

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,6 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання ВМК, що містять мідь);

- метод ефективний відразу після введення;
- довготривале попередження непланованої вагітності;
- метод не пов'язаний безпосередньо зі статевим актом;
- метод не впливає на грудне вигодовування;
- негайне повернення фертильності після вилучення ВМК;
- мало побічних ефектів;
- ВМК не взаємодіють із будь-якими медикаментами;
- крім візиту після введення ВМК, пацієнтці потрібно звертатися до лікаря лише в разі виникнення проблем та для щорічних оглядів на загальних підставах;
- пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас;
- недорогий метод (ВМК Copper T 380 A).

НЕДОЛІКИ:

- перед введенням ВМК необхідно провести гінекологічний огляд пацієнтки та рекомендовано оцінити ризик зараження ПІСШ;
- обов'язкова наявність підготовленого медичного спеціаліста для введення і вилучення ВМК;
- жінка повинна перевіряти нитки ВМК після менструації, якщо вона супроводжувалася болями та спазмами;
- жінка не може сама припинити використання методу;
- посилення менструальних кровотеч і болю 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 із подальшим безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІПСШ.

ОЦІНЮВАННЯ РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ ІПСШ

Наявність гонореї і хламідіозу є протипоказанням до введення ВМК. Введення ВМК за наявності однієї з цих інфекцій підвищує ризик розвитку ЗЗОМТ. За відсутності клінічних ознак та симптомів і без попереднього лабораторного обстеження єдиною вказівкою на можливе носійство ІПСШ може бути характерна модель поведінки конкретної жінки чи обставини її особистого життя, що відносять її до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ. Якщо ця жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, то введення ВМК протипоказане.

Навпаки, якщо обставини життя жінки, яка використовує ВМК, раптово змінюються, і жінка попадає до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, то у цьому разі вона може продовжити використовувати ВМК з одночасним лікуванням за необхідності.

Спеціаліст може проаналізувати разом із жінкою її сексуальну поведінку та обставини, за яких жінки можуть підлягати підвищеному ризику зараження ІПСШ.

Етапи бесіди:

- повідомити жінці, що належність до групи підвищеного ризику щодо деяких ІПСШ є протипоказанням до використання ВМК;

- запропонувати жінці самостійно визначити рівень ризику щодо ІПСШ, якому вона підлягає на основі визначених обставин.

Обставини, які можуть свідчити про належність цієї жінки до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ:

- 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, враховуючи гнійні виділення з уретри, болючість чи печіння під час сечовипускання або відкриті виразки на шкірі статевих органів;

- жінці чи її статевому партнеру нещодавно поставили діагноз ІПСШ.

Якщо жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, допоможіть їй обрати альтернативний метод контрацепції.

Якщо жінка, яка входить до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, наполягає на встановленні ВМК, і є умови для проведення достовірних лабораторних тестів, ВМК може бути введений на підставі негативних результатів лабораторних аналізів. При одержанні позитивних результатів лабораторного обстеження ВМК може бути введений по завершенні відповідного курсу лікування за умови, що жінка не піддається ризику повторного інфікування на момент введення ВМК.

Стани, за яких необхідно змінити метод

Причиною виникнення таких станів може дійсно бути застосування методу, але може і не мати до нього

ніякого відношення.

Вагінальні кровотечі неясної етіології (поява таких кровотеч може свідчити про стан, не пов'язаний із використанням ВМК):

- оцінити стан жінки за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження. За необхідності провести додаткову діагностику і призначити відповідне лікування;
- якщо причина кровотечі пов'язана з ППСШ чи ЗЗОМТ, жінка може продовжити використовувати ВМК під час лікування.

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- перевірити пацієнтку на наявність вагітності;
- якщо вона **не вагітна**, не вилучайте ВМК. Провести консультування і заспокоїти пацієнтку. Направити на обстеження для встановлення причини аменореї, якщо пацієнтка залишається стурбованою;
- у разі **вагітності** пояснити пацієнтці наявні у неї можливості. Порадити вилучити ВМК, якщо видно нитки спіралі і вагітність терміном менше ніж 13 тижнів. Якщо ниток не видно, чи термін вагітності більше ніж 13 тижнів, не вилучайте ВМК. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучати ВМК, пояснити їй, що у цьому разі збільшується ризик викидня та інфекції, й вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ:

- затримка менструації із симптомами вагітності (нудота, біль у молочних залозах тощо);
- тривалі чи переймоподібні болі у нижній частині живота, особливо коли вони супроводжуються поганим

самопочуттям, лихоманкою (ці симптоми свідчать про можливу інфекцію органів малого тазу);

- нитки спіралі відсутні або під час перевірки із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК;
- у жінки або у її партнера з'явився інший партнер, ВМК не захищає від ППСШ, ВІЛ.

ВМК і ВІЛ-інфекція

Підвищений ризик ВІЛ-інфікування чи носійство ВІЛ не перешкоджають безпечному використанню ВМК.

Жінки, хворі на СНІД, які отримують антиретровірусне лікування і клінічно знаходяться у задовільному стані, можуть безпечно використовувати ВМК.

Введення ВМК протипоказане, якщо жінка хворіє на СНІД, але не отримує антиретровірусне лікування чи клінічно перебуває у незадовільному стані.

Якщо СНІД розвивається у жінки в період використання ВМК, то у цьому разі видаляти ВМК необов'язково.

Користувачі ВМК, хворі на СНІД, повинні спостерігатися у лікаря з приводу можливого розвитку ЗЗОМТ.

Рекомендуйте ВІЛ-інфікованим жінкам використовувати ВМК у поєднанні з презервативами. При ретельному і правильному використанні презервативи є дієвим засобом профілактики ВІЛ-інфекції та інших інфекцій.

РОЗДІЛ 9

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (МІРЕНА)



Малюнок 8 – Внутрішньоматкова система «Мірена»

Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом виділяє прогестин ЛНГ безпосередньо у порожнину матки (20 мкг за 1 добу), її вводить лікар у матку на 5 років.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Контрацептивний ефект досягається за допомогою комбінації трьох механізмів:

- вплив на ендометрій, що зменшує ймовірність імплантації;
- згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів;
- зменшення рухливості сперматозоїдів. При цьому спостерігається мінімальний вплив на функцію яєчників

(здебільшого у 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 упродовж 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

Контрацептивні:

- висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок упродовж першого року використання);
- негайна контрацептивна ефективність;
- використання методу не залежить від користувача (немає потреби вживати препарат за схемою або регулярно);
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- незначні побічні ефекти, добра переносимість;
- метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років);
- можливість застосування за наявності протипоказань до естрогенного компонента;

- мінімальний системний вплив (прогестаген виділяється локально у порожнину матки) 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 ендометрія (30 днів) та відсутність загального впливу на фертильність;

- відсутність впливу на кров'яний тиск.

Неконтрацептивні:

- істотно зменшує тривалість та об'єм менструації (ідіопатична менорагія – одне із зареєстрованих показань до застосування);

- має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок із певною патологією ендометрію (наприклад, під час аденоміозу, гіперплазії ендометрія тощо);

- позитивно впливає під час альгодисменореї;

- сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та феритину);

- зменшує ризик ектопічної вагітності (особливо порівняно з негормональними внутрішньоматковими засобами).

НЕДОЛІКИ:

- можливі такі небажані ефекти, як кров'янисті мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (звичайно минають після періоду адаптації);

- може бути необхідною спеціальна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу;

- вимагається певна кваліфікація лікаря для правильної підготовки пацієнтки та введення системи, що дає можливість 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 ППСШ, ВІЛ.

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 рецидивна інфекція, або гостра інфекція не піддалася лікуванню впродовж декількох днів, варто видалити систему.

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, ефективність його дії зменшується. Якщо відзначаються ознаки, які свідчать про те, що засіб змістився (збільшилася довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо не відчуються 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.

РОЗДІЛ 10

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Кожний метод контрацепції має свої переваги і недоліки. Жодний із тих, що запропоновані на сьогодні, методів не може вважатися ідеальним для всіх життєвих ситуацій, а також 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 чи поєднанням того й іншого.

Бар'єрні контрацептиви:

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

Незважаючи на те, що у цей час існує ціла низка більш ефективних сучасних засобів контрацепції, використання презервативів залишається дуже важливим, враховуючи, що вони є єдиним контрацептивним засобом, спроможним запобігти передаванню ІПСШ, ВІЛ.

10.1 Чоловічі презервативи



Малюнок 9 – Чоловічі презервативи

Чоловічий презерватив – це тонкий чохол, виготовлений із 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.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- запобігають потраплянню сперми у жіночі статеві органи;
- запобігають передаванню мікроорганізмів (що спричиняють ПСШ, враховуючи ВІЛ) від одного партнера до іншого (лише латексні презервативи).

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Презервативи відрізняються за формою, кольором, змазкою, товщиною, додаванням сперміциду. 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 розриванню 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 становить 98 % при правильному використанні та 85 % – при звичайному.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне вигодовування;
- можуть використовуватися як додатковий метод разом з іншими контрацептивами;
- відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний із використанням методу;
- відсутні системні побічні ефекти;
- широкодоступні (в аптеках та немедичних закладах);
- продаються без рецепта;
- не потребує медичного огляду перед початком використання.

Неконтрацептивні:

- єдиний метод планування сім'ї, що забезпечує захист від ПСШ;
- сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї;
- можуть продовжити період до еякуляції;
- можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки у жінок;
- можуть використовуватися у разі розвитку у жінки алергічних реакцій на сім'яну рідину і/або сперматозоїди;
- можуть використовуватися для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кільце презерватива виконує роль слабкого джгута);
- можуть використовуватися під час лікування імунологічних форм безпліддя (вродовж 3–6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву.

НЕДОЛІКИ:

- ефективність (2 вагітності на 100 жінок при правильному застосуванні впродовж першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання пари додержуватися інструкцій;
- метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберегатися (мотивація) і використання під час кожного статевого акту);
- можуть знизити чутливість статевого органу, ускладнюючи тим самим підтримання ерекції;
- необхідні відповідні умови зберігання;

- необхідно мати презервативи до початку статевого акту;
- необхідна постійна наявність презервативів у продажу;
- можуть спричинювати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Презерватив розірваний 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 зникають і немає ніяких ознак ППСШ, 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.

У разі якщо жінка отримує лікування з приводу вагінальної інфекції із застосуванням міконазолу або еконазолу:

- не рекомендується користуватися латексними презервативами у період вагінального застосування міконазолу або еконазолу через негативний вплив цих медикаментів на латекс (ці препарати не впливають на властивості латексу під час перорального приймання);

- пара повинна користуватися жіночими презервативами, іншим методом контрацепції або практикувати статеве утримання до закінчення курсу лікування.

10.2 Жіночі презервативи



Малюнок 10 – Жіночий презерватив

Жіночий презерватив – це чохол із тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець – це гнучке кільце великого діаметра, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметра 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 упродовж першого року використання. За звичайного використання – 21 вагітність на 100 жінок. Частка жінок, які використовують жіночий презерватив, становить 49 % на кінець першого року його застосування.

ПЕРЕВАГИ:

- метод контролює жінка;
- відсутність протипоказань;
- немає алергічних реакцій.

НЕДОЛІКИ:

- ефективність (5 вагітностей на 100 жінок за умови правильного застосування впродовж першого року використання);
- дорогі;
- потрібна згода партнера;
- потрібен постійний запас.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Якщо внутрішній обідок презерватива спричинює дискомфорт або біль, необхідно витягнути презерватив і ввести його повторно або змінити його положення таким чином, щоб внутрішній обідок знаходився за лобковою кісткою і не заважав при статевому акті.

Презерватив зісковзує або його використовують 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 зникають і немає ніяких ознак ППСШ, допомогти вибрати інший метод.

10.3 Діафрагми і шийкові ковпачки



Малюнок 11 – Діафрагма

Історія застосування діафрагми починається з 80-х років XVII століття, коли в Німеччині вперше було описано цей бар'єрний метод контрацепції. Найбільшу популярність діафрагма мала в Голландії, тому її називали «голландським ковпачком». Подальшого розвитку метод набув наприкінці XX століття, коли було запропоновано нову модифікацію діафрагми з м'якою облямівкою із латексу для кращого контакту зі стінками піхви. Уже розроблені і продаються у деяких країнах діафрагми одноразового використання з нанесеним на них сперміцидом. Цей вид запобігання вагітності менш ефективний, ніж використання презерватива, що пояснюється більш високою ймовірністю помилок під час використання діафрагми. У той самий час поєднання застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ПІСШ. Сучасні діафрагми виготовляють із гуми і латексу.

ТИПИ ДІАФРАГМ

Діафрагми відрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка у міліметрах і буває чотирьох основних видів, залежно від особливостей будови обідка:

- діафрагма з обідком з плоскою пружиною;
- діафрагма із спіральною пружиною;
- діафрагма з дугоподібною пружиною;
- діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Діафрагми з обідком з плоскою пружиною можуть застосовувати жінки, які не народжували, з добрим тонусом піхвових м'язів. Такі діафрагми мають різні розміри – від 50 до 90 мм. Вони зручні для користувача, тому що їх можуть вводити за допомогою спеціального інструменту.

Діафрагма з обідком зі спіралеподібною пружиною зручна для більшості жінок із помірним тонусом піхвових м'язів. Вона також зручна для введення, тому що вводять її з використанням спеціального інструменту. Розрізняють розміри від 50 до 95 мм.

Діафрагми з дугоподібною пружиною характеризуються наявністю міцного обідка з пружинною силою, що дозволяє рекомендувати їх більшості жінок. Для введення діфрагму складають у дугу.

ТИПИ КОВПАЧКІВ

На сьогодні існують три типи протизаплідних ковпачків: заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називають просто «шийковим ковпачком», ковпачком Прентифа), ковпачок Vimule і куполоподібний ковпачок. Їх виготовляють із латексної гуми. Вони не

використовуються широко у більшості країн.

М'який гумовий **ковпачок Прентифа**, заглиблений з обідком, має наперсткоподібну форму і щільно охоплює шийку матки. Його випускають чотирьох розмірів із внутрішнім діаметром 22, 25, 28 і 31 мм відповідно. Цей ковпачок покриває всю довжину шийки матки. Із трьох згаданих типів ковпачків цей найбільш поширений.

Ковпачок Vimule (Вімуля) має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем. Його випускають трьох розмірів із зовнішнім діаметром 42, 48 і 52 мм відповідно. Цей ковпачок також безпосередньо охоплює шийку матки, але його відкритий кінець покриває також частину склепіння піхви. Ковпачок Vimule більш зручний, ніж заглиблений порожнистий ковпачок з обідком, у тих випадках, коли шийка матки має неправильну форму – надто коротка чи надто довга, для того щоб до неї можна було щільно підігнати найбільший заглиблений порожнистий ковпачок з обідком. За поширеністю ковпачок Vimule займає друге місце.

Куполоподібний ковпачок – порівняно неглибокий, випускається п'яти розмірів – від 50 до 70 мм (зовнішній діаметр), причому кожен наступний розмір на 5 мм більший від попереднього. Він має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму. Його виготовляють з важчого матеріалу, ніж діафрагму, і в його обідку немає пружин. Коли він установлений, то покриває верхній кінець піхви, включаючи шийку матки і склепіння. Він утримується на місці в основному стінками піхви, а не завдяки прилипанню до шийки матки.

Ефективність використання ковпачків залежить від користувача.

У жінок, які не народжували дітей, при

правильному використанні – 9 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання і при звичайному використанні – 16 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання.

У жінок, які народжували, при правильному використанні – 26 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання і при звичайному використанні – 32 вагітності на 100 жінок упродовж першого року використання.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- визначається бар'єрною функцією, що виявляється у перешкоджанні потрапляння сперми у шийку матки;
- наявність сперміцидного засобу має важливе значення для досягнення максимальної контрацептивної дії.

ПЕРЕВАГИ ДІАФРАГМ І КОВПАЧКІВ

Контрацептивні:

- негайна ефективність;
- не впливають на грудне вигодовування;
- метод не пов'язаний зі статевим актом (вводиться за 6 годин до статевого акту);
- відсутність ризику для здоров'я;
- відсутність системних побічних ефектів.

НЕДОЛІКИ ДІАФРАГМ І КОВПАЧКІВ:

- контрацептивна ефективність залежить від додержування жінкою інструкцій;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися, мотивація) і використання під час кожного статевого акту;

- необхідно проведення гінекологічного огляду кваліфікованим медичним спеціалістом (допускається проведення огляду медсестрою або акушеркою) для первинного і післяпологового приміряння;
 - не рекомендовано вилучати впродовж 6 годин після статевого акту;
 - необхідно, щоб ці засоби були в наявності до початку статевого акту;
 - потрібна постійна наявність цих засобів у продажу (сперміцид необхідний під час кожного використання);
 - маніпуляції у піхві можуть виявитися неприйнятними для деяких жінок;
 - деякі жінки зіштовхуються із труднощами під час вилучення;
 - може зміститися під час статевого акту;
 - необхідно мити і зберігати з додержанням усіх умов, інакше погіршуються властивості гуми;
 - необхідно навчити жінку визначати термін придатності діафрагми або ковпачка для їх заміни.

10.4 Сперміциди



Малюнок 12 – Різні види сперміцидів

Сперміциди – це хімічні речовини, що інактивують або руйнують сперматозоїди у піхві до того часу, 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 до сперміцидних засобів, – забезпечити дисперсію хімічного агента у піхві через огортання шийки матки й утримання його на місці так, щоб жоден сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом.

Сперміциди розрізняють в основному за типом носія, що входить до їх складу, і випускають у вигляді:

- аерозолів (піни);
- паст;
- гелів (крему);
- желе;
- вагінальних таблеток;
- вагінальних супозиторіїв;
- розчинних супозиторіїв;
- розчинних плівок;
- речовин, що застосовуються для змащення презервативів.

У сучасному виробництві сперміцидів як основні активні інгредієнти застосовуються: бензалконію хлорид, октоксинол, менфегол. Згідно з даними ВООЗ ноноксинол-9 сприяє поширенню ПСШ через ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів, тому не рекомендується до застосування.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- спричинюють руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їх рухливість і здатність запліднювати яйцеклітину.

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).

Під час використання кремів і желе передбачається як самостійне їх застосування, так і в поєднанні з піхвовою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ

Аерозолі (піни) ефективні відразу після введення. Аерозолі рекомендуються у тому разі, якщо сперміцид застосовується ізольовано (без іншого методу контрацепції). **Крем** вводять не швидше 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 використовують лише у поєднанні з діафрагмою.

Після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки необхідно почекати певний проміжок часу до ймовірного статевого контакту залежно від типу сперміциду та відповідно до інструкції виробника.

Правила застосування:

- необхідно 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 впродовж 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.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- ефективні негайно (піна та крем);
- не впливають на грудне вигодовування;
- можуть використовуватись як додатковий метод при застосуванні інших методів;
- відсутній ризик для здоров'я;
- відсутні системні побічні явища;
- прості у застосуванні;
- додаткове зволоження (змазування) під час статевого акту;
- продаються без рецепта і не вимагають медичного огляду перед застосуванням;
- можливість використання без участі партнера.

НЕДОЛІКИ:

- ефективність (18 вагітностей на 100 жінок при правильному використанні, а при звичайному використанні – 29 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання);
- контрацептивна ефективність залежить від бажання і можливості жінки виконувати інструкції;
- залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатися (мотивація) і використання засобу під час кожного статевого акту);
- жінка повинна ввести контрацептив за 10–60 хвилин до статевого акту (вагінальні пінисті таблетки, супозиторії і плівка);
- кожне введення ефективне лише впродовж 1–2 годин;
- необхідно мати засіб до початку статевого акту;
- вимагається постійна наявність засобу в продажу.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Вагінальне подразнення:

- Якщо подразнення спричинене сперміцидом, необхідно порадити перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомогти пацієнтці вибрати інший метод.

Подразнення пеніса та дискомфорт:

- Якщо подразнення спричинене сперміцидом, необхідно порадити 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, порадити 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 із перекладу англомовного визначення „natural family planning”) – ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (можливість запліднення) та нефертильності (коли запліднення найменш імовірне) впродовж 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.

Із 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 та овуляція може настати так рано, що відразу після закінчення менструації починається період високої ймовірності зачаття.

II період – найбільшої ймовірності 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 ймовірності 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 упродовж 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.

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 стосовно того, що вони будуть мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів, які віддають перевагу саме таким методам. Подружжя повинне бути поінформованим про можливість вагітності за неправильного застосування ППС.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Для деяких жінок визначення і моніторинг симптомів, пов'язаних із 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 із менструальним циклом;

- застосування лікарських препаратів.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

- можна використовувати як для запобігання непланованої вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності;

- відсутність ризику для здоров'я;
- не мають побічних ефектів;
- не потребують грошових витрат;
- не впливають на грудне вигодовування;
- негайне відновлення фертильності.

Неконтрацептивні:

- дають жінці можливість глибшого розуміння фізіології свого організму, репродуктивної системи і закономірностей менструального циклу;

- сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї та відповідального батьківства;

- сприяють установленню ближчих подружніх стосунків;

- використовуються для діагностики й лікування неплідності та передменструального синдрому.

НЕДОЛІКИ:

- необхідне детальне навчання для правильного використання;

- необхідні консультації підготовленого спеціаліста;

- вимушене утримання під час фертильної фази

для уникнення запліднення;

- вимагається щоденне ведення записів;
- вагінальні інфекції та приймання медикаментів

можуть ускладнити інтерпретацію цервікального слизу;

- відсутність захисту від ПСШ, ВІЛ.

РОЗДІЛ 11

МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

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).

На сьогодні найчастіше застосовують такі методи розпізнавання фертильності:

- календарний (або ритмічний);
- метод базальної температури тіла;
- метод цервікального слизу;
- симптотермальний.

11.1 Календарний метод



Малюнок 13 – Календарний метод контрацепції

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).

На сьогодні цей метод майже не використовується через невисоку ефективність.

Рекомендації з використання

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

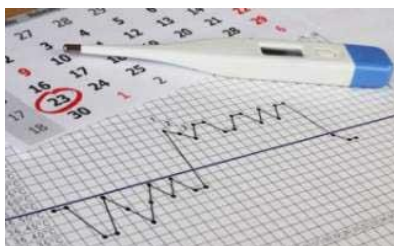
Для цього необхідно простежити за тривалістю щонайменше 6 менструальних циклів, упродовж яких необхідно або утримуватися від статевих стосунків, або користуватися іншим контрацептивним методом.

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 із 8-го до 19-го дня циклу (для запобігання вагітності потрібно утримуватися 12 днів). Необхідно уникати статевого акту під час фертильних днів.

11.2 Метод базальної температури тіла



Малюнок 14 – Метод базальної температури тіла

Метод базується на зміні температури тіла відразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла свідчить про розвиток овуляції, але не дозволяє зробити висновок про те, коли відбудеться наступна овуляція.

Базальна температура знижується за 12–24 години до овуляції, після овуляції підвищується на 0,2–0,5 °С.

Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною впродовж 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. Основна температура тіла після овуляції 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 вимірювань 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.

Температуру потрібно вимірювати в один і той самий час щоранку до того, як жінка встане з ліжка. Записати в карту. Використовуючи записи у карті за перші 10 днів менструального циклу, визначити найвищу з «нормальних низьких» температур (тобто щоденних температур, записаних у звичайному порядку і без виняткових умов). Не беруться до уваги аномально високі температури через гарячку або інші стани. Проводиться лінія дещо вища (на 0,05 °C) від найвищої з цих 10 температур. Цю лінію називають температурною. Нефертильна фаза починається увечері третього дня поспіль, коли температура залишається вищою від температурної лінії (правило зміни температури).

Для контрацепції необхідно утримуватися від статевих стосунків із початку менструації до вечора третього дня поспіль, коли температура залишається вищою від температурної лінії.

Примітка:

- якщо упродовж трьох днів одна з трьох температур знизиться до температурної лінії або нижче від неї, це може означати, що овуляція ще не відбулася. Для уникнення вагітності дочекайтеся 3 днів поспіль з температурою вище температурної лінії до того, як відновити 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.

11.3 Метод цервікального слизу

Характер шийкового слизу змінюється впродовж менструального циклу, а особливо у період овуляції. Це й допомагає у визначенні фертильних днів жінки.

Спосіб контролю цервікального слизу впродовж менструального циклу відомий як овуляторний **метод Біллінга**. Цей метод передбачає характерні зміни цервікального слизу впродовж 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 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 секреції називають фертильними. Кількість слизу такого типу спричинена 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 та 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. Із 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 подальшого дослідження під мікроскопом краплі шийкового слизу нагадують малюнок у вигляді листка папороті («феномен папороті»). Останній день значної вологості називають «днем піку», 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 піку» виділення різко змінюються під впливом прогестерону – вони стають густими або припиняються. Жінка знову відчуває сухість у піхві. Фертильний період продовжується впродовж ще 4 днів після зникнення значних світлих та 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.

Симптомтермальний метод

Цей метод найбільш поширений на сьогодні. Правила методу – це синтез підходів, які якнайкраще зарекомендували себе в усьому світі.

Симптомтермальний метод передбачає контроль базальної температури тіла, змін цервікального слизу, положення та щільності шийки матки, а також ураховує інші фізіологічні показники овуляції (чутливість молочних залоз, кров'янисті виділення з піхви, відчуття тяжкості у нижній частині живота тощо). Порівняно з іншими методами симптомтермальний метод є найбільш точним та ефективним за умови точного виконання всіх правил та методів, з яких він складається.

РОЗДІЛ 12 МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМІНОРЕЇ

Методом лактаційної аменореї (МЛА) називають використання грудного вигодовування як тимчасового методу запобігання вагітності. Він базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції завдяки смоктанню дитиною грудей матері.

Тривалість ановуляції варіює від 4 до 6 місяців після пологів, хоча у деяких жінок овуляція поновлюється на другому місяці післяпологового періоду. Якщо грудне вигодовування не є основним методом вигодування дитини, то жінка може завагітніти на 4–6-му тижні після пологів. Якщо грудне вигодовування є основним методом вигодування дитини, то жінка може завагітніти на 6-му місяці після пологів.

Під час лактації розвивається тимчасова фізіологічна неможливість завагітніти. Частота і тривалість грудного вигодовування визначають довготривалість ановуляторного безпліддя внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропін-рилізинг-гормону (ГТРГ), що, в свою чергу, призводить до пригнічення секреції лютеогормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчників. Дослідження показали, що під час грудного вигодовування у гіпоталамусі зменшується вміст опіоїдів, що впливають на виділення ГТРГ.

Від частоти і тривалості вигодовування 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 та 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 вигодовування 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 досліджень та конференцій в Белладжіо (Італія), розглянула наукові дані про дію грудного вигодовування 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 ніж 2 %) завагітніти у перші 6 місяців після пологів. Висновки, сформульовані цією групою, стали відомі як «Консенсус у Белладжіо».

«Консенсус» став науковою базою для визначення станів, за яких грудне вигодовування може безпечно застосовуватися для планування інтервалів між пологами. Було розроблено правила з використання лактаційної аменореї як метод планування сім'ї. Ці правила передбачають три умови, яких потрібно дотримуватися одночасно для того, щоб був забезпечений захист від непланованої вагітності:

- виключно грудне вигодовування;
- аменорея;
- після пологів пройшло не більше ніж 6 місяців.

МЛА забезпечує захист від вагітності більше ніж на 98 % упродовж перших 6 місяців після пологів за додержання вищезгаданих умов.

Правила із застосування лактаційної аменореї як методу контрацепції жінкам, для яких хоча б одна з цих умов не виконується, рекомендоване застосування іншого методу планування сім'ї.

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- пригнічує овуляцію.

ПЕРЕВАГИ

Контрацептивні:

• ефективний (0,9 вагітностей при правильному використанні, а при звичайному – 2 вагітності на 100 жінок *у перші 6 місяців використання*);

- негайна ефективність;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- відсутність побічних ефектів;
- немає необхідності у спеціальному медичному спостереженні;
- не потрібно поповнювати запас контрацептиву;
- не потрібні грошові витрати.

Неконтрацептивні

Для дитини:

- пасивна імунізація (передача захисних антитіл);
- найкраще джерело поживних речовин;
- зниження ризику інфікування через воду, дитяче харчування, кухонний посуд.

Для матері:

- зменшення післяпологової втрати крові.

НЕДОЛІКИ:

- залежить від жінки (вимагає додержання правил грудного вигодовування);
- може виявитися таким, що важко виконати через соціальні обставини;
- має високу ефективність лише у разі додержання всіх умов;
- не захищає від ППСШ, ВІЛ.

Перехід до постійного методу контрацепції

Жінка, яка використовує МЛА, може в будь-який час почати використання іншого методу контрацепції. Якщо чітко додержуватися усіх трьох критеріїв використання МЛА та є достатньою впевненість у тому, що жінка не вагітна, вона може приступити до застосування нового методу без попереднього обстеження на вагітність або гінекологічного обстеження.

Для запобігання вагітності, жінці необхідно в обов'язковому порядку перейти до іншого методу контрацепції відразу ж після того, як перестане задовольнятися той чи інший критерій використання МЛА. Новий метод контрацепції повинен бути підібраний до того, як виникне необхідність у його використанні (бажано проконсультувати жінку щодо зміни методу на 5-му тижні після пологів).

Якщо жінка планує продовжувати грудне вигодовування дитини, вона може вибрати один з існуючих гормональних і негормональних методів контрацепції залежно від тривалості післяпологового періоду.

РОЗДІЛ 13

ХІРУРГІЧНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

На сучасному етапі добровільна хірургічна стерилізація (ДХС) є одним із поширених методів планування сім'ї як у розвинених країнах, так і в тих, що розвиваються. ДХС – необоротний та ефективний метод запобігання вагітності як для жінок, так і для чоловіків, і в той самий час це безпечний та економічний засіб контрацепції.

Ураховуючи важливість добровільності і вільного вибору методу контрацепції, особлива увага надається консультуванню, оскільки рішення про проведення стерилізації повинне базуватися на бажанні пацієнтів більше не мати дітей, повній поінформованості і можливості виважено обдумати свій вибір. Передусім пацієнтам необхідно повідомити, що процедури ДХС, як для чоловіків, так і для жінок, повинні розглядатися як постійні і необоротні. Парам, які можуть захотіти мати дітей у майбутньому, потрібно порадити інші методи планування сім'ї.

Під час проведення консультування пацієнтам необхідно надати можливість ставити всі запитання, що хвилюють їх; лише таким чином можна зробити правильний вибір методу планування сім'ї й усунути сумніви.

Пацієнтам необхідно пояснити переваги ДХС; одноразове рішення і застосування забезпечить постійне і найбільш ефективне запобігання вагітності.

Спеціаліст повинен пояснити детально всі етапи операції хірургічної стерилізації та її можливі побічні явища та ускладнення.

Пацієнт повинен добровільно письмово погодитися на проведення ДХС.

Шість основних елементів інформованої згоди, про які повинні бути попереджені пацієнти, які вибрали метод добровільної хірургічної стерилізації:

1. Жінка та її партнер можуть використовувати тимчасові (оборотні) методи контрацепції. Пацієнт/пацієнтка має право на вибір.

2. Перев'язування труб і вазектомія є хірургічною операцією.

3. Наявний ризик, пов'язаний з оперативним втручанням.

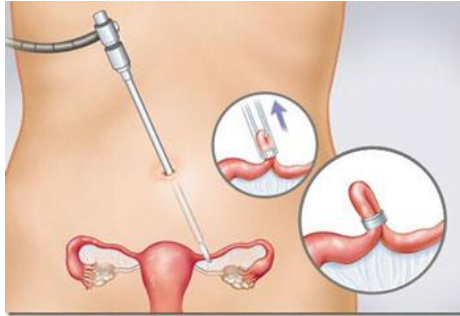
4. Пацієнт/пацієнтка більше не зможе мати дітей.

5. Передбачається, що ефект від цієї процедури буде постійним (необоротним).

6. Пацієнт/пацієнтка має право відмовитися від цієї процедури, що ніяк не вплине на його/її право одержувати інші послуги. Пацієнт/пацієнтка може змінити своє рішення у будь-який момент до операції.

Процедуру стерилізації повинен проводити досвідчений хірург і медичний персонал; для проведення процедури необхідне відповідне обладнання та медичне забезпечення.

13.1 Добровільна хірургічна стерилізація жінок



Малюнок 15 – Хірургічна стерилізація жінок

Немає медичних передумов, за якими стерилізація була б абсолютно неприйнятною для пацієнта. Можуть існувати стани або обставини, що диктують необхідність додержуватися деяких застережень чи відкласти процедуру для корекції стану пацієнта.

Процедуру стерилізації повинен проводити досвідчений хірург і медичний персонал; для проведення процедури необхідне відповідне обладнання та медичне забезпечення.

ТРУБНА ОКЛЮЗІЯ

Трубна оклюзія – це хірургічне блокування прохідності маткових труб для 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

Контрацептивні:

- висока ефективність (0,5 вагітностей на 100 жінок упродовж першого року використання);
- негайна ефективність;
- постійний метод;
- не впливає на грудне вигодовування;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- це хірургічне втручання, яке зазвичай виконують під місцевою анестезією;
- відсутність довготривалих побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на

продукцію гормонів яєчниками).

Неконтрацептивні:

- може сприяти зниженню ризику розвитку раку ендометрія.

НЕДОЛКИ:

- метод необоротний;
- пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення;
 - невисокий ризик ускладнень (ризик зростає у разі використання загальної анестезії);
 - короточасний дискомфорт/біль після операції;
 - необхідна участь кваліфікованого лікаря, який володіє методикою;
 - необхідність спеціального обладнання;
 - не захищає від ППСШ, ВІЛ.

ПРОВЕДЕННЯ ДХС

У будь-який день упродовж 7 днів після початку менструального циклу. При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції. Якщо після початку менструального циклу пройшло більше ніж 7 днів, то операція може бути проведена у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо жінка приймає гормональні оральні контрацептиви, то необхідно завершити прийом таблеток із поточної упаковки, щоб уникнути збою менструального циклу.

Після пологів: перші 7 днів або через 6 тижнів.

Після аборту:

- 1-й триместр (аборт до 12 тижнів): відразу після аборту чи впродовж 48 годин (2 днів), якщо немає ознак інфекції органів тазу (міні-лапаротомія або лапароскопія);
- 2-й триместр (аборт після 12 тижнів): відразу або впродовж 7 днів, якщо немає ознак інфекції органів тазу (лише міні-лапаротомія).

МІНІ-ЛАПАРАТОМІЯ

Існує два види міні-лапаротомії:

- післяпологова;
- інтервальна.

Післяпологова міні-лапаротомія повинна стати невід’ємною частиною медичних послуг пологових стаціонарів. Операцію можна провести відразу або у будь-який із 7 днів після пологів. Міні-лапаротомія після пологів виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5–3 см) нижче від пупка, тому що у післяпологовий період матка і фаллопієві труби розміщені високо у черевній порожнині. Операцію можна виконувати під місцевим знеболюванням із використанням седативних препаратів або анальгетиків.

Для проведення стерилізації під час міні-лапаротомії використовують метод Помероя або Притчарда, а також можуть застосовувати фаллопієві кільця, затискачі Фільші або пружинні затискачі. **Метод Помероя** полягає у перев’язуванні 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 брижу кожної маткової труби відсікають у безсудинній ділянці, трубу лігують у двох місцях хромованим кетгутом, а відрізок труби між ними відтинають. **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 та є одним із найбільш ефективних методів стерилізації у післяпологовому періоді. Під час використання 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 рекомендують. Післяпологову стерилізацію також можна провести під час оперативного розродження шляхом кесарева розтину. Лапароскопічну стерилізацію не рекомендують 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 ніж 160/100 мм рт. ст.);
- кровотеча під час пологів або у післяпологовому періоді, що супроводжується анемією (Hb менше ніж 80 г/л);

- ожиріння III–IV ступенів. Якщо міні-лапаротомію не можна провести після пологів, операцію можна виконати через 6 тижнів (42 дні).

Ускладнення післяпологової стерилізації можуть бути пов'язані з анестезією і розвитком післяопераційних запальних захворювань органів малого тазу. Ці ускладнення можна звести до мінімуму ретельним обстеженням пацієнтки для виявлення протипоказань до стерилізації (післяпологової кровотечі, інфекційних захворювань та запальних процесів).

Операцію необхідно виконувати обережно для уникнення травмування кишки. Лігування труб повинно бути надійним для запобігання кровотечі. Операцію не рекомендовано проводити пізніше ніж через 7 днів після пологів через високий ризик післяопераційних ускладнень на фоні неповної інволюції матки.

Якщо міні-лапаротомію не можна здійснити після пологів, операцію можна виконати через 6 тижнів (42 дні).

Інтервальна міні-лапаротомія

Інтервальну (надлобкову) міні-лапаротомію проводять після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або у будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Ускладнення після інтервальної міні-лапаротомії можуть виникати у менше ніж 1 % випадків. До найбільш частих ускладнень відносять такі, що пов'язані з анестезією, інфікуванням післяопераційної рани, травматизацією сечового міхура, кишківника, перфорацією матки під час її елевації, та невдале блокування прохідності маткових труб.

Лапароскопія

Під час лапароскопічної стерилізації найчастіше застосовують фаллопієві кільця, затискачі або електрокоагуляцію. Лапароскопію проводять у спеціально обладнаній операційній. Техніка виконання залежить від кваліфікації хірурга: черезчеревинна або черезпіхова.

Методика. У черевну порожнину жінки вводять спеціальну голку і через неї нагнітають певну кількість повітря або газу. Це дозволяє відвести черевну стінку на достатню відстань від органів малого тазу. Біль у верхньому плечовому поясі впродовж 12–24 годин після лапароскопії є звичним явищем, зумовленим наявністю газу (СО₂ чи повітря) під діафрагмою (побічне явище пневмоперитонеуму). Далі через невеликий надріз (довжиною близько одного сантиметра) у межах знеболеної ділянки вводять у черевну порожнину лапароскоп. За допомогою лапароскопа оглядають органи черевної порожнини і визначають місцезнаходження маткових труб. Кожну трубу перетискають за допомогою дужки або кільця. Існує також методика блокування просвіту маткових труб.

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

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ

- Гематома (підшкірна).
- Поверхнева кровотеча (краї шкіри або підшкірні)

судини).

- Післяопераційна гарячка ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$).
- Поранення сечового міхура, кишківника (рідко).
- Абсцес (інкапсульоване підшкірне гнійне утворення інфекційної етіології).
- Газова емболія при лапароскопії (дуже рідко).

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Гарячка ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$).
- Запаморочення з непритомністю.
- Постійний або наростаючий біль у животі.
- Витікання з рани крові.
- Ознаки чи симптоми вагітності.

13.2 Добровільна хірургічна стерилізація чоловіків



Малюнок 16 – Вазектомія

Вазектомія – це чоловіча добровільна хірургічна стерилізація (ДХС), яку здійснюють 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 впродовж перших 3 місяців після операції або якщо під час аналізу сім'яної рідини під мікроскопом у ній наявні сперматозоїди. Не впливає на сексуальну діяльність, оскільки яєчка продовжують нормально функціонувати. Не забезпечує захисту від ПСШ, враховуючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи навіть після вазектомії.

ПЕРЕВАГИ:

- висока ефективність (0,1 вагітність на 100 жінок упродовж першого року використання);
- постійний метод;
- не пов'язаний зі статевим актом;
- підходить для пар у тих випадках, якщо

вагітність або трубна оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки;

- хірургічне втручання, яке проводять під місцевою анестезією;
- відсутність побічних ефектів;
- не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчками).

НЕДОЛІКИ:

- метод необоротний;
- пацієнт може згодом шкодувати про своє рішення;
- затримка ефективності (ефект через 3 місяці);
- ризик та побічні ефекти, пов'язані з хірургічним втручанням, особливо під час використання загальної анестезії;
- короткочасний біль/дискомфорт після процедури;
- необхідна участь кваліфікованого медичного спеціаліста;
- не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ТЕХНІКА ВАЗЕКТОМІЇ

Під час виконання вазектомії особливу увагу приділяють додержанню правил асептики. Вазектомію зазвичай проводять під місцевим знеболюванням. Сім'явиносні протоки, розміщені по обидва боки мошонки, фіксуються атравматичним інструментом або пальцями; операційна ділянка разом із перивазальними тканинами інфільтрується 1 % розчином лідокаїну. Після фіксування протоки в знеболеній ділянці проводять розріз та

петлеподібну частину протоки витягують через рану.

Розріз шкіри та м'язового шару проводять над сім'явиносними протоками, які ізолюють, перев'язують та перетинають. Після цього обидва кінці проток можуть коагулюватися. Вазектомію можна проводити одним або двома розрізами.

Безкальпельна вазектомія (китайський метод)

Методика безкальпельної вазектомії

Цей метод полягає у тому, що для виведення сім'явиносних проток проводять пункцію, а не розріз, що значно зменшує частоту ускладнень, особливо гематом. Після місцевого знеболювання спеціальний кільцеподібний затискач накладають на сім'явиносну протоку. Другий інструмент – це препарувальний затискач із гострим кінцем, використовується як для пункції, так і для невеликого розрізу шкіри та стінки сім'явиносної протоки. Протоку ізолюють та проводять її оклюзію відповідним способом. Операцію проводять таким самим методом на другому боці. Для закриття рани використовують стерильну пов'язку.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Гарячка (> 38 °C).
- Витікання з рани крові.
- Мошонка дуже болюча або з набряком.
- У партнерки не було менструації.

РОЗДІЛ 14 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 непланованій вагітності. Ефективність методу досить висока, якщо з моменту незахищеного статевого акту минуло не більше ніж 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 приймання.

Єдиним механічним методом для посткоїтальної контрацепції є введення ВМК, яке необхідно здійснювати 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 звалтувань, 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).

МЕХАНІЗМ ДІЇ:

- впливають на овуляцію;
- сповільнюють рух сперматозоїдів по маткових трубах;
- викликають зміни ендометрія, що запобігають імплантації заплідненої яйцеклітини.

Точний механізм дії невідкладних контрацептивів залежить від того дня менструального циклу жінки, коли вона мала незахищений статевий контакт, та часу приймання таблеток невідкладної контрацепції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТНК

За статистичними даними:

- на 100 жінок, які мали статевий контакт на другому чи третьому тижні після початку менструального циклу без застосування протизаплідних засобів, припадає близько 8 непланованих вагітностей;
- на 100 жінок, які використали ТНК прогестагенового ряду, припадає 1 непланована вагітність;
- на 100 жінок, які використали комбіновані ТНК (естроген + прогестаген), припадає 2 неплановані вагітності.

ВІДНОВЛЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

- Після використання ТНК фертильність відновлюється практично відразу. Жінка може завагітніти безпосередньо після приймання ТНК.

- ВМК забезпечує тривалий контрацептивний захист.

ПЕРЕВАГИ:

- надають ще одну можливість попередити неплановану вагітність;

- усі типи дуже ефективні (менше ніж 3 % жінок вагітніють у цьому циклі);

- жінка може контролювати використання методу контрацепції;

- ВМК забезпечує також тривалий контрацептивний захист.

НЕДОЛІКИ:

- КОК ефективні лише у тому разі, якщо перша доза прийнята впродовж 120 годин після незахищеного статевого акту;

- КОК можуть спричинювати нудоту, блювання або біль у молочних залозах;

- перша доза ТНК прогестагенового ряду повинна бути прийнята впродовж 72–96 годин після статевого акту, вони меншою мірою спричинюють нудоту та біль у молочних залозах;

- ВМК ефективний лише тоді, коли його вводять впродовж 5 днів після незахищеного статевого акту. Введення ВМК виконує підготовлений медичний спеціаліст; їх не потрібно вводити жінкам, які мають ризик зараження ППСШ, ВІЛ;

- не захищає від ППСШ, 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 прийманні гормональних таблеток (пропускання приймання 3 і більше таблеток або початок нової упаковки із запізненням на 3 дні);
- запізнення введення чергової ін'єкції ДМПА більше ніж на 4 тижні;
- випадання ВМК;
- пари, які застосовували метод природного планування сім'ї та не втрималися від статевого акту, коли це було небажано;
- у разі згвалтування.

Використання довготривалих контрацептивних засобів після НК

Протизаплідний ефект ТНК не поширюється на статеві контакти, що можуть бути після приймання таблеток, навіть у тому разі, коли статевий контакт відбувається на наступний день після їх приймання. 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 початися відразу після приймання таблеток невідкладної контрацепції;
- КОК: першу таблетку приймають наступного дня після приймання таблеток невідкладної контрацепції,

впродовж наступних 7 днів необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (презерватив);

- ін'єкційний контрацептив та імплантати: можна розпочинати їх застосування впродовж 7 днів після початку менструальної кровотечі. Додатковий метод контрацепції необхідно використовувати упродовж перших 7 днів після введення ін'єкційного контрацептиву. Також потрібно почати застосовувати додатковий метод наступного дня після припинення приймання ТНК до моменту введення імплантата;

- жінка, яка вибирає ВМК як довготривалий метод контрацепції, може ввести його впродовж 5 днів від часу незахищеного статевого контакту замість використання інших засобів невідкладної контрацепції. Якщо жінка вирішує використовувати ВМК після приймання ТНК, його можна ввести в той самий день, коли вона прийняла ТНК. Потреби у додатковому методі контрацепції немає.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

1 Нудота та блювання (для ТНК прогестагенового ряду, ПТП і КОК).

Проконсультуйте жінку щодо побічного ефекту. Якщо блювання відбувається у перші 2 годин після приймання першої чи другої дози, пацієнтка може повторно прийняти цю дозу, або доза може бути введена вагінально. Якщо блювання відбувається через 2 години після приймання таблеток, то у цьому разі повторювати приймання таблеток не потрібно.

2 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.

3 Для ВМК.

Ті самі, що й під час інтервального введення (див. розділ «ВМК»).

РОЗДІЛ 15 ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ДЛЯ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ

15.1 Контрацепція для сексуально активних осіб до 18 років

Здоров'я жінок репродуктивного віку закладається з перших днів життя. У дитинстві та підлітковому віці відбувається становлення загальносоматичного здоров'я, беруть початок органічні й функціональні захворювання жіночих статевих органів, закладається фундамент сексуальної поведінки, формуються репродуктивні установки. Лише вирішивши проблему охорони здоров'я підлітків, у яких настає репродуктивний вік, можна очікувати народження здорового покоління.

Відповідно до українського законодавства використовується така вікова градація: діти – 0–18 років, діти підліткового віку (підлітки) – 14–18 років, молодь – 18–35 років.

Робота з підлітками – важлива частина роботи служби репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Підлітки у майбутньому – працездатне населення, яке забезпечуватиме економічний добробут і формуватиме демографічний потенціал держави.

Одним з ефективних напрямків зі збереження репродуктивного здоров'я підростаючого покоління є комплекс медично-організаційних заходів, спрямованих на формування у підлітків здорового способу життя, безпечної поведінки, зацікавленості у збереженні й покращанні репродуктивного здоров'я, основ відповідального батьківства як основних складових

системи планування сім'ї. Одержана інформація сприяє формуванню у юнаків та дівчат сексуальної культури і підготовці до створення міцної, здорової сім'ї. У більшості українських сімей статеве виховання неадекватне, тому молоді особи одержують відповідну інформацію від товаришів, яка часто буває неправильною чи недостатньою.

Необхідно визнати, що ранній початок статевого життя, часте неусвідомлення підлітками зв'язку між сексуальними стосунками і вагітністю, їх сексуальна активність, погана поінформованість про методи і засоби контрацепції, а також недостатнє їх використання, збільшують ризик настання небажаної вагітності і пологів у ранньому віці чи абортів, запальних захворювань органів малого тазу і, як наслідок, призводять до порушень репродуктивного здоров'я.

Вагітність у підлітковому віці завжди небажана. Насамперед вагітність у підлітків має тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13–16-річних). З одного боку, це нелегке випробування для молодої дівчини, яка фізіологічно і психологічно не готова до материнства, з іншого – для її дитини, яка може народитися більш слабкою, ніж у дорослої жінки. Крім того, вагітність серед підлітків та молодих людей є основною причиною, через яку вони залишають навчання.

Дослідження у багатьох країнах засвідчили, що 84 % випадків вагітності серед жінок, молодших за 20 років, є непланованими. Статистичні дані в Україні свідчать про те, що у кожному десятому випадку на операцію щодо переривання вагітності змушена йти молода жінка.

Отже, пріоритетними напрямками сучасної стратегії роботи з підлітками та молодими людьми повинні бути сексуальна просвіта в поєднанні з доступними, ефективними й недорогими контрацептивами. Одним з основних аспектів консультування молоді та підлітків є забезпечення їх інформацією з питань контрацепції.

Для встановлення довірчих відносин із підлітком консультант повинен переконати його у конфіденційності розмови. Делікатним моментом у вирішенні деяких інтимних питань є залучення батьків, тому бажано ставити запитання щодо залучення батьків з обережністю. І навіть у тих випадках, коли підліток відвідує медичний заклад із ким-небудь із батьків, консультант повинен вибрати час для особистої бесіди, щоб дізнатися, наскільки підліткові зручно обговорювати деякі питання у присутності батьків.

Бесіди з підлітками повинні бути спрямовані на такі важливі аспекти, як здоровий спосіб життя, статеве виховання, психологічні моменти – мораль і поведінка, а також на велику ймовірність зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом. Консультант повинен обговорити з підлітком можливі медичні проблеми, пов'язані з раннім початком статевого життя, такі як ризик виникнення раку шийки матки, а також пряму залежність між кількістю сексуальних партнерів і ризиком виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом.

Для підлітків, які мають статеві стосунки, консультація про методи контрацепції повинна починатися з бесіди про те, що найнадійнішим способом уникнення вагітності є відсутність сексуальних контактів. Потрібно погодитися з тим, що найкращий засіб контрацепції для

більшості молодих людей – це відповісти «ні» і додержуватися цього. Необхідно пояснити підліткові, що секс означає більше, ніж просто статевий акт, і утримання (відсутність статевих стосунків) – найкращий захист від захворювань, які передаються під час сексуальних контактів.

У той самий час консультант повинен бути тактовним, щоб надана інформація не сприймалася так, ніби він засуджує статеву активність пацієнта. Осуд і недоброчливість здатні надовго позбавити хлопця чи дівчину бажання звертатися за допомогою, якої вони так потребують.

Контрацепція для підлітків – дуже делікатна сфера консультування. Враховуючи той факт, що на консультацію з контрацепції приходять підлітки, які вже мають сексуальний досвід, а також беручи до уваги збільшення кількості непланованих вагітностей, лікарі зобов'язані надавати необхідну інформацію про засоби контрацепції.

Під час консультування необхідно детально обговорити сумніви і тривоги щодо використання контрацептивів. Молоді особи часто вірять різним міфам про методи контрацепції, і ці міфи повинен розвіяти консультант. Підлітка потрібно заспокоїти і пояснити, що різні методи контрацепції можуть бути допустимі у тій мірі, в якій вони можуть запобігти вагітності.

Різний вік, соціальні фактори і сексуальний досвід підлітків ускладнюють рекомендації методів контрацепції підліткам, тим більше, що за відсутності ідеального методу контрацепції дуже важко зробити правильний вибір. Для підлітків, які мають статеві стосунки, потрібний доступний метод контрацепції. Важливо, щоб підлітки могли

анонімно одержати протизаплідні засоби і використати їх без тривалої підготовки та планування.

Основними завданнями контрацепції у підлітків і молоді є:

- попередження непланованої вагітності (аборту і ранніх пологів);
- профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ («Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції», четверте видання, 2009) «...підлітки можуть використовувати будь-який метод контрацепції і повинні мати велику свободу вибору у цьому плані. Сам по собі 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 під час використання методів контрацепції. Усі види контрацепції є безпечними для підлітків та молоді.

Необхідно зазначити, що до контрацепції для сексуально активних підлітків ставляться більш суворі вимоги. Насамперед це висока, приблизно 100 %, ефективність. Також важливою вимогою є їх добра переносимість і максимальна безпека для здоров'я підлітка. Не менш цінною для юних користувачів є оборотність контрацепції, тобто швидке відновлення фертильності після припинення використання. Певне значення має доступність, конфіденційність, економічна вигода та інші аспекти соціального й особистого характеру.

Неодружені молоді особи можуть мати більшу кількість статевих партнерів порівняно з людьми більш зрілого віку і відповідно піддаватися більшому ризику інфікування ПІСШ.

Здебільшого молоді дівчата не так стійко

переносять побічні ефекти контрацептивів, як жінки більш зрілого віку. Однак своєчасна консультація спеціаліста часто дозволяє виправити ситуацію, оскільки в цьому разі молода жінка починає спокійніше ставитися до побічних ефектів і буде менш схильною відмовитися від використання методу контрацепції.

Консультуючи осіб підліткового віку та молодь, варто враховувати певні особливості, пов'язані з використанням конкретного методу контрацепції.

Презерватив

Для більшості підлітків, які, як правило, мають нерегулярне статеве життя і можуть мати декілька статевих партнерів, найбільш прийнятним методом контрацепції є презерватив. Він попереджає вагітність і захищає від ПСШ (подвійний захист). Це особливо важливо, якщо є сексуальні стосунки з декількома чи з одним випадковим партнером. Однак через неправильне одягання і використання презерватив може розірватися чи зісковзнути. Через брак коштів і недостатню поінформованість підлітки можуть використовувати неякісні презервативи. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними (при правильному використанні – 98 %, а при звичайному – 85 %). Під час консультування необхідно окремо зупинитися на питанні правильного використання презерватива.

Переваги:

- захист від ПСШ, враховуючи ВІЛ;
- відсутність побічних ефектів;
- можливість використання без візиту до лікаря;
- простота використання.

Недоліки:

- залежність від партнера;
- алергічні реакції на латекс;
- дискомфорт.

Перелічені недоліки значною мірою впливають на популяризацію цього методу контрацепції. Однак для підлітків, які мають нечасті статеві контакти, цей метод контрацепції повинен бути переважаючим, тому що є надійним засобом профілактики ІПСШ. Використання презервативів підлітками надає впевненості у собі, оскільки як юнака, так і дівчину хвилює ймовірність небажаної вагітності чи ризик заразитися захворюваннями, що передаються під час сексуальних контактів.

Комбіновані оральні контрацептиви

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) – високоефективний метод контрацепції для дівчат молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера.

Останні роками спостерігається значний прогрес у розробленні безпечних та ефективних оральних контрацептивів зі зниженими дозами естрогенів, а також в упровадженні прогестагенів нового покоління. Клінічні спостереження і багаторічний досвід дослідників із країн Західної Європи та США довели, що КОК є найбільш ефективним методом контрацепції серед здорових дівчат-підлітків. Однак у цій групі жіночого населення є особливі труднощі в їх використанні. Порівняно з більш дорослими жінками підлітки частіше забувають приймати таблетки або передчасно припиняють застосування таблеток у разі появи побічних ефектів.

Побічні ефекти методу – нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Необхідно зазначити, що такі побічні ефекти, як нудота і головний біль, трапляються не частіше ніж в 1 % пацієнток. Підвищену увагу привертає проблема збільшення маси тіла, що може бути основною причиною відмови від цього методу контрацепції. Підлітки більшою мірою, ніж інші групи населення, стурбовані своїм зовнішнім виглядом, і збільшення маси тіла може сприйматися ними різко негативно. Згідно з дослідженнями під час використання оральних контрацептивів третього покоління збільшення маси тіла відзначається лише у 1,4 % молодих пацієнток. Загалом побічні ефекти трапляються у 4,4 % дівчаток-підлітків, що змушує їх відмовитися від застосування цього виду контрацепції.

Оральні контрацептивні таблетки стають все більш популярними серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий контрацептивний ефект. Ефективність оральних контрацептивів у жінок репродуктивного віку становить 99,7 % при правильному використанні, а при звичайному – 92 %. Показник неефективності в підлітків дещо вищий, що пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні оральних контрацептивів у юному віці.

Переваги:

- висока ефективність за низької частоти побічних ефектів;
- регулювальний вплив на менструальний цикл;
- зниження частоти міжменструальних болів (альгодисменорея);
- зниження частоти анемії, мастопатії,

функціональних кіст яєчників;

- позитивний вплив на акне.

Недоліки:

- потрібно приймати таблетки щодня;
- КОК не захищають від ІПСШ.

Тому підліткам рекомендується використовувати так званий «подвійний голландський метод» (одночасне застосування гормонального орального контрацептиву з презервативом), коли висока ефективність гормонального засобу доповнюється профілактикою ІПСШ, яку забезпечує презерватив.

Сперміциди

Сперміциди доцільно рекомендувати у підлітковому віці як легкий і нешкідливий метод, який майже не має побічних ефектів. Однак незручність цього застосування полягає у досягненні контрацептивної ефективності не раніше ніж за 10–15 хвилин до статевого контакту. Крім того, ефективність сперміцидів при правильному використанні становить 82 %, а при звичайному використанні – 71 %, що не є найкращим методом контрацепції для підлітків.

Переваги:

- практично відсутні побічні ефекти;
- певною мірою – попередження ІПСШ.

Недоліки:

- необхідність введення перед кожним статевим контактом;
- можливі незручності при введенні і вилученні з піхви;

- необхідність спеціального догляду, що обмежує застосування цього методу в підлітків.

Внутрішньоматкові контрацептиви

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК) – високоефективний метод контрацепції для жінок, які мають регулярне статеве життя і одного партнера. Використання ВМК у підлітків та молодих жінок, які не народжували і рідко мають одного статевого партнера, не рекомендується у зв'язку з ризиком запальних захворювань органів малого таза.

Цей метод можна рекомендувати дівчатам, які живуть статевим життям з одним статевим партнером, не мають запальних захворювань статевих шляхів і, бажано, вже були вагітні. Але для дівчаток-підлітків існує великий ризик запальних захворювань статевих органів. Він збільшується зі збільшенням кількості статевих партнерів, що часто трапляється у молодому віці. Експульсія (випадання) ВМК частіше відбувається у жінок, які не народжували через невеликі розміри порожнини матки.

Переваги:

- високоефективний метод контрацепції;
- не залежить від користувача.

Недоліки:

- не захищає від ІПСШ;
- больовий синдром та збільшення тривалості менструацій і кількості менструальних виділень;
- високий ризик експульсії.

Методи розпізнавання фертильності

Використання методів розпізнавання фертильності складне для підлітків, оскільки для їх правильного

використання необхідна спеціальна підготовка. Таке навчання, ймовірно, буде важко здійснити. Але більш важливим є те, що використання цього методу ускладнюється у разі нерегулярного менструального циклу, що не дозволяє визначити фертильний і нефертильний періоди.

Однак у будь-якому випадку консультант повинен ознайомити дівчину зі змінами, що відбуваються у жіночому організмі у зв'язку з менструальними циклами.

Методи розпізнавання фертильності можна рекомендувати дівчатам:

- із регулярним менструальним циклом;
- які мають сильну мотивацію використовувати метод;
- які мають одного постійного партнера;
- дисципліновані та організовані;
- пройшли навчання з використання методу.

На випадок відмови від статевого утримання необхідно мати запас презервативів чи таблетки невідкладної контрацепції.

Невідкладна контрацепція

Підлітки повинні знати про методи невідкладної контрацепції, тому що у них достатньо часто бувають неплановані та незахищені сексуальні контакти. Однак під час консультування необхідно пояснити, що цей метод не можна використовувати як регулярну контрацепцію. Він ефективний лише впродовж 72–120 годин після статевого контакту залежно від типу НК.

Переваги:

- можливість епізодичного використання у пацієнок із нерегулярним статевим життям;

- достатньо висока ефективність;
- відсутність системних побічних ефектів;
- доступність.

Недоліки:

- застосовуються лише в екстрених випадках і не можуть використовуватися для регулярної контрацепції;
- не захищають від ПСШ.

У разі підозри на інфікування під час статевого контакту необхідно терміново звернутися до лікаря.

Таким чином, існує великий вибір засобів і методів контрацепції для підлітків. Проводячи консультування, необхідно враховувати індивідуальні особливості підлітка: характер, ступінь відповідальності, регулярність статевого життя, наявність чи відсутність постійного статевого партнера, стан соматичного здоров'я і плани стосовно майбутньої вагітності. Здоровий спосіб життя, зокрема безпечні статеві стосунки і профілактика непланованої вагітності, дають можливість зберегти репродуктивне здоров'я дівчини.

Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що консультування підлітків із питань сексуальної поведінки і контрацепції зменшує ризик порушення стану їх здоров'я та небажаної вагітності.

15.2 Контрацепція у післяпологовому періоді

Післяпологова контрацепція – це початок та продовження використання методів ПС після пологів для запобігання вагітності впродовж перших 2–3 років після народження дитини, коли наступна вагітність може зашкодити здоров'ю матері або дитини. У післяпологовому періоді можна використовувати низку

доступних та безпечних методів планування сім'ї. Тому головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій та клінік/центрів планування сім'ї полягає у тому, щоб пояснити пацієнтам про необхідність використання методів планування сім'ї у післяпологовий період для збереження здоров'я жінок та попередження небажаної вагітності. Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження небажаної вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію.

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

Проблему залежності відновлення овуляції від лактації досліджували впродовж останнього десятиліття. За допомогою математичного моделювання було показано, що для жінок, діти яких перебували на грудному вигодовуванні до 6 місяців, імовірними чинниками прогнозу відновлення менструальної функції були лише рівень пролактину після вигодовування та естріолу. Медіана лактаційної аменореї (у 50 % жінок відновилися менструації) становить 209 днів. Відновлення менструації до 6 місяців після пологів за даними різних досліджень відбувається в 11,1–39,4 % випадків, а контрацептивна ефективність МЛА становить від 93,5 до 100 %. Контрацептивна ефективність МЛА знижується у випадках гіпогалактії та початку введення прикормів для дитини, що важливо враховувати.

Висока ефективність – до 6 місяців – за додержання умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструації (аменорея).

Вигодовування грудьми повинно початися відразу після пологів. Значно корисна як для здоров'я матері, так і

дитини.

Дає час для вибору і підготовки до одержання хірургічного або іншого методу контрацепції.

Варто пам'ятати:

- для максимальної ефективності вигодовування повинно бути виключно грудним, не менше ніж 8–10 разів за 1 добу;
- ефективність методу знижується за спроби відлучити від грудей або ввести прикорм.

Контрацептиви прогестагенового ряду (імплантати, протизаплідні таблетки прогестагенового ряду або прогестагенові ін'єкційні контрацептиви – ПТП чи ППК).

Якщо жінка годує грудьми, потрібно уникати використання контрацептивів прогестагенового ряду у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні.

Під час використання МЛА відкласти застосування контрацептивів прогестагенового ряду до 6 місяців після пологів.

Якщо жінка не годує грудьми, їх можна почати застосовувати негайно.

Якщо жінка не годує грудьми і після пологів минуло більше 6 тижнів або у неї відновилися менструації, їх можна рекомендувати, переконавшись, що жінка не вагітна.

Метод не впливає на якість і кількість грудного молока та здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестаген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;

- навіть у жінок, які годують грудьми, під час використання контрацептивів прогестагенового ряду можуть з'явитися нерегулярні кров'яністі виділення.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Можна вводити постплацентарно, після кесарева розтину або у післяпологовий період (упродовж 48 годин після пологів). Якщо ВМК не введено постплацентарно або впродовж 48 годин після пологів, введення необхідно відкласти до 4 тижнів після пологів.

Якщо під час вигодовування грудьми у жінки відновилися менструації, ВМК можна ввести будь-якого дня менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.

У разі введення ВМК жінці, яка годує грудьми дитину, побічних явищ (кровотеча, біль) значно менше.

Варто пам'ятати:

- ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції);
- необхідний досвідчений персонал, навчений техніці постплацентарного або післяпологового введення ВМК;
- для постплацентарного введення ВМК пацієнтку необхідно обстежити та проконсультувати у пренатальний період;
- у матерів, які годують грудьми, менша частота випадків вилучення ВМК упродовж першого року використання;
- ймовірність експульсії під час введення ВМК у післяпологовий період вища (6–10%), ніж за

інтервального введення. Однак найнижчий коефіцієнт експульсії під час введення ВМК високо у порожнину матки в перші 10 хвилин після відходження плаценти;

- за інтервального введення ВМК через 4 тижні після пологів процедура введення звичайна (не вимагає спеціального навчання).

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)

Може бути проведена відразу після пологів під час виконання кесарева розтину або впродовж 7 днів після пологів.

Якщо стерилізацію не проведено впродовж 7 днів після пологів, вона повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів.

Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводити під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері та можливе тривале розлучення матері з дитиною;

- вазектомія чоловікові може бути проведена у будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно користуватися тимчасовим методом контрацепції у перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

Бар'єрні методи

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, таблеток, плівок можна використовувати у будь-який час після пологів, вони не впливають на кількість і якість грудного молока та

здоров'я дитини. Ці методи зручні як проміжні, якщо початок використання іншого методу відкладено.

Варто пам'ятати:

- за умови використання бар'єрних методів, що застосовуються на шийці матки (діафрагма зі сперміцидами), варто зачекати 6 тижнів після пологів перед тим, як застосовувати і використовувати діафрагму;
- використання сперміцидів вирішує проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, які годують грудьми).

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК)

Не рекомендовано для жінок, які годують, у перші 6 місяців після пологів. Необхідно відкласти використання КОК чи КІК до початку відлучення дитини від грудей.

Необхідно уникати застосування для жінок, які годують, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців).

Якщо жінка грудьми не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

Використання КОК чи КІК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців).

У перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення через вміст у них естрогенів.

Варто пам'ятати:

- КОК чи КІК є найменш прийнятним методом для матерів, які годують грудьми;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного

тромбоутворення зникає;

- КОК чи КІК можуть використовувати жінки, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і здорова.

Методи розпізнавання фертильності

Не рекомендовано починати використання методу до відновлення регулярних менструацій. Пацієнтка може почати вести карту через 6 тижнів після пологів, але при цьому вона повинна продовжувати використовувати МЛІА.

Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Варто пам'ятати:

- цервікальний слиз важко «інтерпретувати» до відновлення регулярних менструацій (овуляцій);
- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного вигодовування. Тому метод дослідження підвищення температури зранку після овуляції може виявитися не зовсім надійними.

15.3 Контрацепція після аборту

Комплексне обслуговування жінок після аборту повинно передбачати як медичні, так і профілактичні послуги. Мета післяабортного обслуговування полягає у:

- наданні невідкладної допомоги у випадку неповного аборту і післяабортних ускладнень;
- консультуванні з питань планування сім'ї і наданні обраного методу контрацепції;

- встановленні зв'язків між післяабортним обслуговуванням і системою охорони репродуктивного здоров'я.

Послуги з післяабортного консультування з питань планування сім'ї повинні розглядатися як звичайний елемент акушерсько-гінекологічної допомоги. Консультування з ПС у стаціонарі є одним із основних елементів якісного медичного обслуговування жінок після абортів. Медичні спеціалісти повинні інформувати жінок про швидке відновлення фертильності та наявність безпечних і ефективних методів контрацепції, які допоможуть жінкам запобігти подальшій небажаній вагітності. Крім того, медичні фахівці, які здійснюють процедуру абортів, мають можливість для консультування жінок про методи контрацепції, пояснюючи переваги того або іншого методу, як правильно його використовувати. Однак існують методи, які не можуть бути використані відразу після абортів. У цьому разі жінкам може бути надано тимчасовий метод (презервативи).

Надання невідкладної допомоги

Невідкладна допомога у разі післяабортних ускладнень передбачає:

- первинний скринінг (АТ, частота пульсу, частота дихання, температура, об'єм кровотечі) для оцінювання стану пацієнтки;
- медичне оцінювання (короткий анамнез, фізичний і гінекологічний огляд);
- пояснення жінці її медичного стану та плану лікування;

- ревізію порожнини матки для видалення залишків плідної тканини;
- стабілізацію невідкладного стану (шок, кровотеча, сепсис);
- негайне направлення і доставлення жінки у відповідний ЗОЗ, якщо їй потрібне лікування, яке виходить за межі можливостей того закладу, в якому вона на даний момент перебуває.

Негайне лікування післяабортних ускладнень є важливою частиною гінекологічних послуг, які повинні надаватися у кожному медичному закладі.

Післяабортне планування сім'ї (ППС)

Послуги з планування сім'ї після абортів повинні передбачати компоненти, характерні для якісного обслуговування у сфері планування сім'ї:

- консультування про необхідність використання контрацепції з урахуванням репродуктивних цілей пацієнтки;
- інформація і консультування про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність та побічні ефекти;
- надання можливості вибору (наприклад, коротко- та довготривалі методи, гормональні і негормональні);
- можливість поповнення запасу контрацептиву;
- доступність подальшого спостереження;
- інформація про необхідність захисту від ПСШ.

Післяабортне планування сім'ї повинно також базуватися на оцінюванні індивідуальної ситуації кожної жінки:

- характеристиках її особистості;
- клінічному стані;

- можливості одержання медичного обслуговування у тій місцевості, де вона мешкає.

ППС дозволяє перервати замкнуте коло втрати репродуктивного здоров'я та попередження небажаної вагітності.

Медичний фахівець повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод правильно (ефективно). Неправильне використання методу контрацепції може призвести знову до настання небажаної вагітності. Вибір методу контрацепції повинен бути усвідомленим для кожної жінки, а його обговорення повинне дати можливість жінці з'ясувати всі питання й висловити своє ставлення до нього або сумнів. За умови відсутності медичних протипоказань використання будь-якого методу контрацепції варто починати відразу після аборту. Хоча більшість жінок не хочуть завагітніти відразу після аборту, деяким із них важко відразу прийняти рішення про застосування певного методу контрацепції. Жінкам, які не обрали метод контрацепції відразу, можна запропонувати тимчасово використовувати презервативи й порадити звернутися за консультацією (можливо, разом із партнером) до амбулаторного закладу у зручний для неї час, як тільки рішення буде прийнято.

Коли починати надання послуг з планування сім'ї?

Надання послуг з планування сім'ї для жінки після аборту потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може настати вже на 11-й день після аборту і, як правило, відбувається до першої менструації.

Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко –

впродовж 2 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, та впродовж 4 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у другому триместрі вагітності. Для профілактики інфекції жінка повинна утримуватися від статевих стосунків до повного зупинення кровотечі – тобто приблизно 5–7 днів. Якщо жінка одержує лікування з приводу інфекції або пошкодження тканин піхви або шийки матки, їй рекомендується утримуватися від статевих контактів до повного одужання.

Якщо жінка планує знову завагітніти найближчим часом, необхідно порекомендувати їй почекати не менше ніж 6 місяців, що дозволить знизити ризик народження дитини з низькою масою тіла, передчасних пологів і виникнення анемії у матері.

Усі жінки після аборту потребують **консультування** і детальної **інформації**. Це гарантуватиме, що пацієнтки розумітимуть:

- вони можуть знову завагітніти до початку наступної менструації;
- жінки, які не планують завагітніти найближчим часом, або їх партнери повинні використовувати такий метод контрацепції, який буде ефективним відразу після відновлення статевого життя;
- існують безпечні методи контрацепції для профілактики небажаної вагітності, використання методів контрацепції можна почати безпосередньо у лікувальному закладі, де проведено процедуру аборту;
- де і як вони можуть одержати послуги з планування сім'ї і методи контрацепції;
- існує можливість подальшого спостереження й консультування щодо продовження користування методом

контрацепції.

Усі пацієнти, які вибрали якийсь із методів ПС, повинні одержати відповідні рекомендації подальшого спостереження щодо використання конкретного методу та розуміти, що у разі потреби вони завжди зможуть звернутися до медичного фахівця.

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ, ЯКІ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ

Дослідження засвідчили, що жінки більш ефективно й тривало використовують метод, що був обраний ними, а не призначений медичними фахівцями. І, навпаки, обмеження вибору призводитиме до настання небажаної вагітності, тому що жінки можуть припинити використання методу, який виявиться неприйнятним для них або для їх партнерів. Тому жінкам необхідно запропонувати широкий вибір методів контрацепції відповідно до їх потреб, клінічної ситуації та бажання.

Після абортів підходять всі методи контрацепції за умови, що медичний фахівець:

- перевіряє наявність у жінки будь-яких станів, що вимагають обережності під час вибору чи застосування конкретного методу;
- проводить консультування у достатньому обсязі.

Аборт до 12 тижнів вагітності. Рекомендації із застосування методів контрацепції після переривання вагітності у першому триместрі такі самі, як і для жінок, які застосовують їх у звичайний час. Інволюція матки при цьому відбувається швидко, і навіть бар'єрні методи, такі як шийковий ковпачок або діафрагма, можуть активно використовувати жінки після абортів, зроблених у

першому триместрі вагітності.

Аборт після 12 тижнів вагітності. Існують деякі розходження, пов'язані із розмірами матки, які зазвичай повертаються до нормальних розмірів через 4–6 тижнів. Цей фактор є принциповим для використання бар'єрних методів, хірургічної стерилізації та введення ВМК.

Методи контрацепції після неускладненого аборту

Не потрібно відкладати використання методів контрацепції; більшість методів можуть бути запропоновані негайно.

Оральні гормональні препарати (КОК, ПТП). Перша таблетка КОК чи ПТП може бути вжита в день проведення операції, її контрацептивний ефект настає відразу, немає необхідності у використанні додаткових засобів контрацепції.

Ін'єкційні препарати (комбіновані або прогестагенові). Ін'єкцію можна зробити перед випискою після аборту або в один із 7 днів після аборту.

Імплантат може бути введений упродовж першого тижня після аборту, контрацептивна дія його настає негайно.

ВМК (що містять мідь або з левоноргестрелом) можна вводити відразу після аборту або в один з 7 днів за умови відсутності симптомів інфекції. Якщо інфекція підозрюється або очевидна, необхідно відкласти введення ВМК до виліковування інфекції й запропонувати пацієнтці використовувати тимчасовий метод контрацепції. Введення ВМК після аборту має низку переваг порівняно з інтервальним введенням. Відомо, що овуляція відновлюється незабаром після аборту, причому в

половини обстежених жінок це відбувається впродовж 2–3 тижнів після процедури. Таким чином, введення ВМК безпосередньо після аборту забезпечує негайний контрацептивний захист. Доведено, що хоча ризик експульсії ВМК зростає відповідно до терміну гестації, за якого здійснюється аборт, і може підвищуватися порівняно з інтервальним введенням, надання жінці негайного й високоефективного методу контрацепції у ході однієї процедури може переважати зазначені чинники ризику. Дані доказової медицини свідчать про те, що традиційні побоювання клініцистів щодо високої ймовірності перфорації матки або розвитку запальних змін органів малого таза не є обґрунтованими.

Використання бар'єрних методів (презервативи, сперміциди) починають під час відновлення сексуальної активності.

Чоловіча або жіноча добровільна хірургічна стерилізація як метод контрацепції обмежень не мають. Однак під час консультування жінок після абортів необхідно враховувати психологічний стан жінки, відповідно до якого вони можуть приймати поспішні рішення, про які згодом можуть пошкодувати.

Для використання **методів розпізнавання фертильності** необхідно дочекатися, поки відновиться регулярний менструальний цикл.

Методи контрацепції після ускладненого абортів

Інфекція (підтверджений або попередній діагноз)

Відкласти стерилізацію або введення ВМК до виключення діагнозу інфекції або повного вилікування

інфекції (не раніше ніж 3 місяці). Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до виключення або повного виліковування інфекції. У всіх випадках підозрюваної або підтвердженої інфекції необхідно запропонувати пацієнтці відкласти початок статевого життя до вирішення проблеми. Якщо це неможливо, можна запропонувати такі методи: презервативи, імплантанти, ін'єкційні методи, гормональні оральні контрацептиви.

Травма (перфорація матки або травми шийки матки, стінок піхви)

Відкласти стерилізацію до повного вилікування травми. Якщо для ліквідації травми необхідна лапаротомія й за відсутності будь-якого додаткового ризику, стерилізацію можна здійснити одночасно з операцією. Відкласти введення ВМК до повного лікування перфорації матки або іншої серйозної травми. Травми піхви й шийки матки можуть ускладнити використання бар'єрних методів і сперміцидів. Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до повного вилікування травми стінок піхви або шийки матки. Можна запропонувати жінкам такі методи: гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, імплантанти, презервативи.

Кровотеча і гостра анемія

Надання послуг із планування сім'ї після усунення кровотечі та стабілізації стану жінки. Під час стабілізації стану й за наявності вираженої анемії необхідно уникати використання методів контрацепції, які можуть призводити до додаткової крововтрати. Цими методами є стерилізація та ВМК, що містять мідь. Введення імплантантів та ін'єкції потрібно відкласти до відновлення

нормальних показників гемоглобіну. Таблетки прогестагенового ряду можна застосовувати з обережністю. Кращим методом контрацепції є КОК (особливо показані за низького рівня гемоглобіну). Також можливе застосування презервативів та ВМС, що містять левоноргестрел.

15.4 Контрацепція після медикаментозного аборт

Кожну жінку необхідно поінформувати, що відновлення овуляції після медикаментозного переривання вагітності може відбуватися через 2 тижні після аборт. Тому для попередження наступної небажаної вагітності, важливо розпочати використання ефективних методів контрацепції.

Використання контрацепції може бути почато лише після точного встановлення факту переривання вагітності та евакуації плідного яйця. За умови відсутності ускладнень рекомендовано використання тих самих методів контрацепції, що й після неускладненого аборт до 12 тижнів вагітності.

15.5 Контрацепція в жінок, які наближаються до менопаузи

Вибір методу контрацепції у жінок у віці після 40 років, тобто у так званому «перехідному» періоді, нерідко представляє досить складне завдання у зв'язку з особливостями цього вікового періоду, пов'язаного з процесами поступового згасання функції яєчників, наявністю низки гінекологічних та екстрагенітальних

захворювань, появою вегето-судинних симптомів.

Жінка досягає менопаузи тоді, коли її яєчники перестають виробляти яйцеклітини (відсутність овуляцій). Оскільки менструальні кровотечі при цьому перестають з'являтися зі щомісячною циклічністю, жінка вважається такою, що втратила фертильність, якщо у неї відсутні будь-які менструальні кровотечі 12 місяців поспіль. Як правило, клімакс настає у віці 45–55 років. Близько половини жінок досягають менопаузи до 50 років, а у 55 років менопауза настає приблизно у 96 % жінок.

Перименопауза – це період часу, коли оваріальна функція знизилася, але остаточно не припинилася. Вона включає *пременопаузу* (2 роки до припинення менструацій) і *постменопаузу* (2 роки після припинення менструацій). Тривалість перименопаузи варіює, але зазвичай становить 4–6 років. Основна особливість перименопаузи – «гормональний хаос», який у 75,3 % жінок характеризується:

- зниженням рівня прогестерону;
- пікоподібними викидами ЛГ і ФСГ;
- відносною гіперестрогенією (у 75 % жінок);
- гіпоестрогенією (у 25 % жінок).

«Гормональний хаос», характерний для перименопаузи, обумовлює різноманітність клінічних проявів. Відбуваються непередбачувані зміни менструального циклу: у частини жінок зберігається регулярний овуляторний цикл і відповідно фертильність. Може також траплятися ановуляторний цикл, неповноцінна лютеїнова фаза циклу, мено- і метрорагії, олігоменорея.

У той самий час у багатьох жінок у цей період

фертильність зберігається: при регулярному ритмі менструацій частота овуляторних циклів становить 95 %, при фізіологічній олігоменореї 34 % циклів – овуляторні (Wane et al., 1995).

За статистичними даними країн Західної Європи, 50 % жінок віком 44 років і 30 % – 45–50-річних – сексуально активні, мають збережений менструальний цикл, здатні до зачаття і потребують контрацепції (ВООЗ, 2000).

Аборти у жінок у перименопаузі характеризуються підвищенням частоти ускладнень утричі порівняно з жінками репродуктивного віку, частим загостренням гінекологічної та екстрагенітальної патології, більш тяжким перебігом клімактеричного синдрому в подальшому. Тому метою контрацепції у жінок після 40 років є не лише попередження непланованої вагітності, а й збереження здоров'я.

Для попередження непланованої вагітності до настання того моменту, коли є абсолютною 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 чинником у тих випадках, коли мова йде про використання того чи іншого контрацептивного засобу. Вибір методу контрацепції проводиться насамперед з урахуванням стану здоров'я жінки та згідно з медичними критеріями прийнятності.

Що необхідно врахувати при виборі методу контрацепції?

Підбираючи метод контрацепції для жінок, які наближаються до менопаузи, необхідно врахувати нижчеподані чинники.

1 Комбіновані гормональні методи (комбіновані оральні контрацептиви, комбіновані ін'єкційні контрацептиви, комбіновані пластирі, вагінальні кільця).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ для жінок у перименопаузі потрібно рекомендувати комбіновані мікро- і низькодозовані КОК останнього покоління.

Абсолютні протипоказання для застосування КОК у перименопаузі практично не відрізняються від загальних абсолютних протипоказань для використання КОК:

- тромбоемболія, тромбоемболічні порушення, цереброваскулярні інсульти, інфаркт міокарда (зокрема в анамнезі);

- гостре захворювання печінки (гепатит);
- маткові кровотечі нез'ясованої етіології;
- уроджена гіперліпідемія;
- вагітність.

У перименопаузі на відміну від репродуктивного віку паління є абсолютним протипоказанням для використання КОК.

Використання КОК протипоказане жінкам, які палять віком 35 років і старше – незалежно від добової кількості викурених сигарет.

Використання комбінованих ін'єкційних контрацептивів протипоказане жінкам віком 35 років і старше, які випалюють 15 і більше сигарет за 1 добу.

Використання КОК, комбінованих ін'єкційних

контрацептивів, комбінованих пластирів і вагінальних кілець протипоказане жінкам старше 35 років з мігренозними болями (незалежно від того, чи супроводжуються такі болі мігренозною аурую).

У процесі застосування КОК у перименопаузі повинно проводитися спостереження за пацієнткою, що передбачає: контроль артеріального тиску, маси тіла, аналіз побічних реакцій.

2 Контрацептиви прогестагенового ряду (таблетки та ін'єкційні контрацептиви прогестагенового ряду, імплантанти).

Рекомендуються жінкам, яким протипоказане використання методів контрацепції, що містять естроген.

Тривале використання ДМПА (депо-медроксипрогестерону ацетат) приводить до зниження щільності кісткової тканини. У репродуктивному віці відміна ДМПА супроводжується поступовим відновленням щільності кісткової тканини. У дорослих жінок, які відмовилися від подальшого застосування ДМПА, щільність кісткової тканини після 2–3 років перестає відрізнятися від щільності у жінок, які ніколи раніше не використовували ДМПА. Якщо пацієнтка належить до групи ризику виникнення остеопорозу або має його прояви, ДМПА протипоказаний.

3 Таблетки для невідкладної контрацепції.

Можуть використовувати жінки будь-якого віку, враховуючи випадки непереносимості тривалого використання гормональних методів.

4 Добровільна хірургічна стерилізація (жіноча та чоловіча).

Можна рекомендувати жінкам та їх партнерам за умови абсолютної впевненості, що вони більше не хочуть

мати дітей.

У жінок старшого віку частіше виявляються розлади здоров'я, що потребують перенесення операції на більш пізній термін, скерування жінки на додаткове обстеження і лікування чи більш виваженого рішення щодо проведення операції.

5 Бар`єрні методи та сперміциди.

Ефективні методи контрацепції для жінок старшого віку, враховуючи чинник зниження фертильності у міру наближення до менопаузи.

Доступні і зручні методи контрацепції для жінок, які не живуть регулярним статевим життям.

6 Внутрішньоматкові контрацептиви (що містять мідь і гормональні).

Імовірність випадання ВМК знижується із віком і найбільш низька у жінок старше 40 років.

Введення ВМК може бути утрудненим через вікове звуження цервікального каналу.

Серед методів внутрішньоматкової контрацепції у перименопаузі перевага надається гормональній ВМС (Мірена), оскільки на відміну від ВМК, що містять мідь, вона має протективний і лікувальний ефект.

7 Методи розпізнавання фертильності.

Нерегулярний характер менструальних циклів у жінок, які наближаються до менопаузи, знижує надійність цих методів і робить їх неприйнятними.

Коли жінка може припинити використання контрацепції?

Зважаючи на нерегулярні менструальні цикли, що передують настанню менопаузи, визначити момент, коли можна припинити використання протизаплідних засобів

жінкою, чиї менструації нібито припинилися, складно. У зв'язку з цим рекомендується використовувати той чи інший метод контрацепції впродовж 12 місяців після останньої менструальної кровотечі.

Оскільки гормональні контрацептиви впливають на характер менструальних кровотеч, дуже важко визначити, чи досягла жінка, яка користується такими засобами, менопаузи чи ні. Після відмови від подальшого використання гормональних методів контрацепції жінка може перейти на використання негормонального методу. Жінці більше не потрібно використовувати протизаплідні засоби, якщо впродовж 12 місяців поспіль у неї були відсутні менструальні кровотечі. ВМК повинен бути видалений через 12 місяців після останньої менструальної кровотечі.

РОЗДІЛ 16

УЧАСТЬ ЧОЛОВІКІВ У ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї

За останні десятиліття відбулися значні зміни у поглядах на роль чоловіків у плануванні сім'ї та охороні сексуального і репродуктивного здоров'я.

Роль чоловіків у плануванні сім'ї надзвичайно важлива. Їй приділяли недостатньо уваги, оскільки багато з ефективних методів контрацепції, розроблених за останні 25 років, були призначені для використання лише жінками. Крім того, оскільки саме жінка переносить тягар вагітності, народжує дитину, вигодовує її та здебільшого доглядає за нею, вона більш зацікавлена у контролі своєї репродуктивної функції. В ідеалі чоловік та жінка повинні разом брати участь у виборі протизаплідного засобу і відчувати спільну відповідальність за його застосування; усвідомлювати можливість розвитку побічних ефектів і бути уважними до свого здоров'я. Відсоток жінок, які використовують різноманітні методи контрацепції і вимагають сприяння чоловіка, у різних країнах відрізняється і залежить від культурних традицій та деякою мірою – від віку пари.

Оскільки молоді чоловіки та юнаки рідко відвідують центри/кабінети планування сім'ї, необхідно створювати спеціальні служби і кабінети, які були б доступні для чоловіків, а також організовувати навчання чоловіків-волонтерів, які могли б навчати інших чоловіків питанням чоловічої сексуальності та участі у плануванні сім'ї.

Участь чоловіків у процесі планування сім'ї передбачає:

- відповідальність у прийнятті рішення про метод

планування сім'ї з метою збереження здоров'я жінки та свого власного;

- забезпечення безпечної статевої поведінки;
- готовність використовувати паралельний метод контрацепції для більш гарантованого запобігання вагітності та ІПСШ (подвійний голландський метод).

Особливе значення чоловіча контрацепція має у тих випадках, коли жінка не може або не готова використовувати контрацептиви за сімейними обставинами, або за станом здоров'я.

Для досягнення ефективної участі чоловіків у плануванні сім'ї необхідно, щоб вони засвоїли такі позитивні моменти:

- запобігання вагітності дозволяє статевим партнерам насолоджуватися статевим життям вільно і без страху, що статевий акт може призвести до непланованої вагітності;
- контрацепція дозволяє народити дитину у найкращий для пари час;
- свобода вибору має важливе значення для матеріального і соціального добробуту сім'ї;
- подружжя може бути позитивним прикладом застосування методів контрацепції для своїх дітей, що дозволить їх дітям у майбутньому планувати свою сім'ю і не мати проблем, пов'язаних із непланованою вагітністю, абортами та ІПСШ;
- використання презерватива значно знижує ймовірність зараження ВІЛ та іншими ІПСШ.

Навчаючи чоловіків плануванню сім'ї, спеціалісти повинні враховувати переваги та недоліки контрацепції для чоловіків.

Загальні **переваги** контрацепції для чоловіків:

- повна нешкідливість для організму більшості методів;
- можливість використання у будь-якій ситуації;
- відсутність побічних ефектів;
- більшість методів не вимагає додержання користувачем інструкцій.

Загальні **недоліки** контрацепції для чоловіків:

- неприйняття чоловіком того чи іншого методу контрацепції (за індивідуальними, психологічними або соціальними мотивами);
- небажання використовувати певний метод;
- необізнаність чоловіків у питаннях планування сім'ї;
- недостатньо високий ступінь ефективності деяких методів.

Методи контрацепції для чоловіків

Пошуки надійного контрацептивного засобу для чоловіків проводять різні лабораторії впродовж багатьох років, але до цього часу жоден із запропонованих методів не відповідає вимогам, поставленим перед контрацептивними препаратами, а саме:

- високий ступінь надійності;
- нешкідливість для здоров'я;
- зручність у використанні;
- зворотність дії;
- відсутність негативного впливу на сексуальну функцію.

Усі медикаментозні препарати, які пропонують для чоловічої контрацепції (андрогени, гестагени, анаболічні стероїди, інгібітори ферментів і рослинні препарати), спричиняють негативний вплив або на статеві органи, або

на сексуальні функції, при цьому їх ефективність дуже низька. Тому на даний момент про ідеальні препарати для чоловічої контрацепції говорити завчасно.

Найбільш поширеними методами контрацепції для чоловіків є:

- механічні (бар'єрні);
- хірургічні – добровільна хірургічна стерилізація (вазектомія);
- поведінкові – утримання від статевого акту.

Презервативи. Презерватив – це тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу), який може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Презерватив одягають на статевий член у стані ерекції (детальніше про презервативи див. у розділі «Бар'єрні методи»).

Вазектомія. Вазектомія – чоловіча хірургічна стерилізація, яку виконують стандартним методом (один чи два невеликих розрізи) або безскальпельною технологією (метод, який переважає). Контрацептивний ефект досягається завдяки блокуванню сім'явиносної протоки (детальніше про вазектомію див. у розділі «Добровільна хірургічна стерилізація»).

Періодичне утримання. Періодичне утримання – метод контрацепції, за якого подружжя повинне утримуватися від статевих стосунків у той період менструального циклу, коли найбільш висока ймовірність запліднення. Успіх методу багато в чому залежить від вміння пари визначати фертильну фазу кожного менструального циклу, а також від мотивації та дисципліни під час використання (детальніше метод утримання і техніка визначення фертильної фази описані у розділі «Методи розпізнавання фертильності»).

РОЗДІЛ 17

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

У 1982 році ВООЗ ввела термін «інфекції, що передаються статевим шляхом» (ПСШ). До цієї групи входять клінічно неоднорідні хвороби, які об'єднує переважно статевий шлях передачі інфекції і соціальна небезпека. Сьогодні відомий 31 збудник, для яких можливий статевий шлях передачі, серед них виявлено 15 видів бактерій, 10 вірусів, 3 види найпростіших, 2 види ектопаразитів, 1 вид грибів.

ПСШ – серйозна проблема і поширена у світі дуже широко. Щорічно у всьому світі більше ніж 340 млн чоловіків і жінок віком 15–49 років хворіють на виліковні ПСШ: сифілісом, гонококовою, хламідійною і трихомонадною інфекціями. Мільйони людей щорічно інфікуються ВІЛ, вірусами герпесу, папіломи людини, гепатиту В. У світовому масштабі ПСШ є причиною 17 % економічних втрат, обумовлених порушенням стану здоров'я. Наслідки нелікованих ПСШ можуть бути дуже серйозними.

До них належать:

- позаматкова вагітність (у жінок, які мають ПСШ в анамнезі, ризик підвищується в 7–10 разів);
- підвищений ризик розвитку раку шийки матки;
- хронічні абдомінальні болі (у 18 % жінок, які мають ПСШ в анамнезі);
- безпліддя:
 - у 20–40 % чоловіків із нелікованим хламідіозом або гонореєю;

- у 55–85 % жінок із нелікованими ППСШ;
- у 80 % жінок із непролікованою гонореєю розвиваються запальні захворювання статевих органів, що призводить до безпліддя;

- підвищений ризик зараження ВІЛ.

Крім того, інфікування жінок під час вагітності і пологів може призводити до: втрати зору, пневмонії, ушкодження центральної нервової системи або навіть загибелі немовлят.

Вивчення закономірностей поширення уrogenітальних інфекцій (УГІ), розроблення і впровадження методів ранньої діагностики має важливе медичне і соціальне значення.

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ППСШ) і контрацепція: подвійний захист

У той час як розроблення міжнародних норм у сфері контрацепції є необхідною передумовою високої якості медичних послуг, роботу у цьому напрямку необхідно проводити з урахуванням соціальних, культурних і поведінкових характеристик пацієнта у кожному конкретному випадку. У цьому разі на особливу увагу заслуговує небезпека зараження ППСШ, враховуючи ВІЛ-інфікування. За умови наявності високого ризику зараження ППСШ/ВІЛ наполегливо рекомендують використовувати метод подвійного захисту: або за допомогою використання презерватива у комбінації з іншим методом контрацепції, або шляхом систематичного й правильного використання презерватива як самостійного засобу з метою одночасного попередження вагітності й профілактики інфекції. Як жінкам, так і чоловікам, які звертаються до лікаря за допомогою у виборі методу

контрацепції, варто обов'язково нагадувати про ефективність бар'єрного методу контрацепції (презервативів) у попередженні передачі ІПСШ/ВІЛ і всіляко сприяти широкому використанню цього методу. Чоловічі латексні презервативи зарекомендували себе як надійний засіб профілактики ІПСШ/ВІЛ за умови їх регулярного й правильного використання.

Оцінювання ризику ІПСШ:

- вид занять та стиль життя пацієнта (деякі заняття можуть мати підвищений ризик захворювання, наприклад, надання сексуальних послуг);
- вид занять та стиль життя партнера;
- більше одного партнера впродовж останніх 3 місяців;
- чи має партнер симптоми ІПСШ і чи лікувався з приводу ІПСШ;
- чи був партнер у від'їзді впродовж останніх 3 місяців;
- чи мав партнер інших сексуальних партнерів упродовж останніх 3 місяців.

До основних ланок, що пов'язують венеричні диспансери та служби з планування сім'ї, належать:

- профілактика;
- скринінг пацієнтів.

Профілактика

Дуже важливо поінформувати всіх пацієнтів про:

- поведінку підвищеного ризику;
- захисні властивості презерватива (і обмежену ефективність діафрагми та сперміцидів).

Крім того, якщо у пацієнта виявлено ІПСШ,

рекомендується одночасно обстежити та лікувати і його/її партнера.

Обстеження пацієнтів на ПСШ

Під час першого відвідування медичний спеціаліст повинен пояснити пацієнтові, що таке інфекції, які передаються статевим шляхом, їх значення у порушенні репродуктивного здоров'я та виникненні перинатальних ускладнень.

Показання для обстеження:

- зміна характеру піхвових виділень;
- скарги на свербіж і печіння у ділянці статевих органів;
- виявлення або підозра на ПСШ у статевого партнера.

Скарги: виділення із статевих шляхів.

Анамнез:

- коли з'явилися виділення;
- коли був останній статевий контакт;
- чи використовувалися презервативи;
- кількість статевих партнерів;
- зв'язок між скаргами і статевим контактом;
- наявність подібних симптомів у партнера;
- наявність подібних симптомів чи ознак ПСШ в анамнезі (бажано з датою й отриманим лікуванням);
- лікування антибіотиками впродовж останніх 3 місяців;
- алергічні реакції;
- менструальний цикл і вагітності в анамнезі.

Обстеження:

- огляд шкірних покривів;
- огляд порожнини рота на наявність виразок і ерозій;

- огляд долонь і стоп;
- огляд живота, передньої черевної стінки;
- пальпація пахових лімфовузлів (збільшення, болючість).

Огляд зовнішніх статевих органів, промежини, анальної ділянки. Необхідно руками у рукавичках розсунути великі статеві губи й оглянути малі статеві губи та вхід у піхву.

Огляд за допомогою гінекологічних дзеркал: шийка матки і цервікальний канал (відкритий чи закритий), піхвові склепіння, при виведенні дзеркала потрібно оглянути стінки піхви.

Зверніть увагу на:

- висипання, розчіси на шкірі;
- лобкові воші та гниди;
- конділоми, ерозії, виразки;
- колір, кількість і запах виділень із піхви;
- характер виділень із цервікального каналу: прозорі слизові, слизово-гнійні, гнійні, з домішками крові.

Бімануальне обстеження: пальпація шийки матки, ділянки придатків, склепінь піхви.

Під час бімануального обстеження зверніть увагу на:

- розміри, болючість матки;
- збільшення і болючість придатків матки, наявність пухлиноподібного утворення у ділянці придатків матки, стан склепінь піхви;
- біль при рухах шийки матки може свідчити про наявність ЗЗОМТ.

Призначте/направте пацієнта на лікування.

Консультавання/інформування про ІПСШ/ВІЛ

Контакти: переконайтеся, що сексуальний партнер одержує лікування.

Презервативи: заохочуйте використання і по можливості надайте презервативи.

ВИСНОВОК

Планування сім'ї – надійний спосіб збереження та покращання репродуктивного здоров'я. Відповідальність за планування сім'ї покладається на обох майбутніх батьків та передбачає оволодіння знаннями про те, як вибрати оптимальний метод контрацепції, щоб запобігти небажаній вагітності та вберегтися від ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, а **головне – практикувати здорову стосовно себе та майбутнього покоління поведінку.**

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія : національний підручник : у 4 т. Т. 1. Акушерство / кол. авт. ; за ред. акад. АМН України, проф. В. М. Запорожана. – Київ : ВСВ «Медцина», 2013. – 1032 с.
2. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я / Н. Я. Жилка. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
3. Зведена III та IV періодична національна доповідь про реалізацію Україною положень Конвенції ООН про права дитини : нац. звіт (2002–2006 рр.) / за ред. В. О. Берегова ; Мінсім'ямолодь, Держ. ін-т сім'ї та молоді. – Київ, 2008. – 179 с.
4. Імунологія : національний підручник / за заг. ред. Л. В. Кузнецової, В. Д. Бабаджана, Н. В. Харченко. – Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2013. – 564 с.
5. Шкиряк-Нижник З. А. Детская поликлиника и антенатальная охрана плода / З. А. Шкиряк-Нижник, И. В. Царенко // Doctor. – 2002. – № 3. – С. 22–24.
6. Гінекологія дитячого і підліткового віку / Ю. П. Вдовиченко, Т. Ф. Татарчук та ін. – Київ : Медицина, 2012.
7. Введение в биоэтику / Ю. Б. Белоусов и соавт. // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 3. – С. 31–41.
8. Біоетика / за ред. О. М. Ковальнової ; МОЗ України. – 2006. – С. 150–163.
9. Гук А. П. Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні : у 2 т. / А. П. Гук, Н. Я. Жилка. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – Т. 1. – 368 с.

10. Гук А. П. Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні : у 2 т. / А. П. Гук, Н. Я. Жилка. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – Т. 2. – 443 с.
11. Психологічна і медикоментозна профілактика алкогольної і наркотичної залежності серед осіб підліткового віку / В. Д. Мішиєв та співавт. – Київ, 2005. – С. 40.
12. Коломійцева А. Г. Ведення вагітності / А. Г. Коломійцева, І. А. Жабченко, Н. Я. Жилка // Перинатологія : посіб. для акушерів, неонатологів та сімейних лікарів. – Кіровоград : Поліум, 2008. – С. 9–16.
13. Підготовка сім'ї до народження дитини в Україні : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки. – Київ, 2006. – 160 с.
14. Сучасні аспекти планування сім'ї : навчальний посібник / Г. М. Адамова, О. А. Бондаренко, Н. Г. Гойда та ін. – Київ, 2012. – 320 с.
15. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини : навч. посіб. / за ред. Н. Г. Гойди, Н. Я. Жилки. – Київ, 2006. – 238 с.
16. Клінічна і лабораторна імунологія : національний підручник / за заг. ред. Л. В. Кузнецової, В. М. Фролова, В. Д. Бабаджана. – Київ : ООО «Поліграф плюс», 2012. – 922 с. : іл.
17. Консультування з питань вагітності : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки, О. Г. Карагодіної. – Київ : Калита, 2007. – 136 с.
18. Абдуллаєв Р. Я. Ультразвуковая диагностика в репродуктивной гинекологии : навчальний посібник / Р. Я. Абдуллаєв, Ю. П. Вдовиченко, А. И. Мухомор. – Харків : Нове слово, 2013. – 147 с. : іл.

19. Цитологический скрининг рака шейки матки : пособие для врачей / Л. С. Болгова, Т. Н. Туганова, Л. И. Воробьева [та ін.]. – Киев, 2007. – 148 с.

20. Післяпологове та післяабортне планування сім'ї : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки. – Київ, 2007. – 193 с.

21. Акушерство і гінекологія / Т. Ф. Татарчук та ін. – Київ : Медицина, 2013.

22. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки. – Київ, 2008. – 252 с.

23. Репродуктивное здоровье ВИЧ-позитивных женщин и девушек : учеб.-метод. пос. / под ред. А. М. Щербинской. – Киев : ВЦ «День печати», 2008. – 148 с.

24. Фізіологічне акушерство (змістовий модуль) : навч. посіб. / Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко [та ін.]. – Київ : Чайка-Всесвіт, 2008. – 94 с.

25. Фізіологічне акушерство (змістовий модуль) : метод. вказівки для викладачів / Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко [та ін.]. – Київ : Чайка-Всесвіт, 2008. – 112 с.

26. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини : клін. посіб. / за ред. Н. Г. Гойди, Н. Я. Жилки. – 2-ге вид., переробл., допов. – Київ, 2008. – 222 с.

27. Неонатологія з позиції сімейного лікаря: навч.-метод. посіб. / Г. О. Слабкий, Т. К. Знаменська, В. Г. Бідний [та ін.]. – Київ, 2009. – 435 с.

28. Планування сім'ї : навч. посіб. / за ред. Н. Я. Жилки, І. Б. Вовк. – 3-тє вид., допов. – Київ, 2010. – 300 с.

29. Надання жінкам послуг, пов'язаних з абортom: клініко-організаційне керівництво / за ред. Н. Я. Жилки. – Київ, 2006. – 108 с.

30. Пероральні гормональні контрацептиви: клінічне керівництво / Б. М. Венцківський, І. Б. Вовк, Л. І. Воробйова [та ін.]. – Київ, 2007. – 36 с.

31. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за ред. Н. Г. Гойди. – Київ: Вид-во Раєвського, 2004. – 127 с.

32. Формування здорового способу життя молоді. – Київ, 2000. – С. 207.

33. Вдовиченко Ю. П. Критерії визначення базового лікувального закладу для створення регіонального перинатального центру : методичні рекомендації / Ю. П. Вдовиченко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна. – Київ, 2011. – 7 с.

34. Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна / ред. Н. Джудіс. – Вашингтон : ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project», 2011. – 115 с.

35. Наказ № 1030/102 МОЗ України від 29.11.2013 «Про вдосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні».

36. Наказ № 59 МОЗ України від 21.01.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї».

37. Наказ № 620 МОЗ України від 29.11.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

38. Наказ № 1177 МОЗ України від 31.12.2010 «Про затвердження клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності»

39. Наказ № 514 МОЗ України від 15.08.2011 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я».

40. Наказ № 726 МОЗ України від 31.10.2011 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрованому Міністерством юстиції України від 19 січня 2012 р. за № 68/20381.

Навчальне видання

**Бойко Володимир Іванович,
Калашник Наталія Володимирівна,
Бойко Алєся Валеріївна та ін.**

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Навчальний посібник

За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора В. І. Бойка

Художнє оформлення обкладинки Є. О. Каби
Редактори: С. М. Симоненко, Н. З. Клочко
Комп'ютерне верстання Л. Л. Стасюк

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 13,02. Обл.-вид. арк. 12,75. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.