

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 21 січня 2014 року № 59

**Уніфікований клінічний протокол
первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Планування сім'ї»**

ВСТУП

Згідно з ключовими міжнародними документами та положеннями про охорону репродуктивного здоров'я населення, планування сім'ї вважається основним засобом збереження здоров'я жінок та чоловіків, а також відноситься до розряду фундаментальних прав людини.

Незважаючи на позитивну динаміку зниження частоти абортів в Україні, вони все ще залишаються одним із методів регуляції народжуваності. Непланована вагітність у 85-92% закінчується штучним перериванням вагітності (абортом), що може бути причиною ускладнень, які негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків.

Консультативні послуги з питань контрацепції, що будуються на основі принципу поваги прав людини, передбачають проведення комплексної оцінки життєвих обставин і стану здоров'я пацієнта з урахуванням його конкретних потреб у послугах з охорони репродуктивного здоров'я.

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

Положення цього Протоколу базуються на даних адаптованої клінічної настанови „Планування сім'ї”, яка містить рекомендації ВООЗ, докази з міжнародного і вітчизняного досвіду та ґрунтується на клієнт-орієнтованому підході, принципах дотримання репродуктивних прав. Репродуктивний вік, відповідно до визначення, наведеного в Методологічних положеннях зі статистичного аналізу природного руху населення (Державна служба статистики України, 2013. С.8.) – вік жінки, у якому вона здатна до народження дитини, загальноприйнятим є віковий інтервал 15–49 років.

Перелік скорочень

АТ	Артеріальний тиск
БТТ	Базальна температура тіла
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВК	Вагінальні кільця
ВМК	Внутрішньоматковий контрацептив
ВМС	Внутрішньоматкова система
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМП	Депо медроксипрогестерону
ДХС	Добровільна хірургічна стерилізація
Е	Естроген
ЕЕ	Етинілестрадіол
ж/к	Жіноча консультація
ЗЗОМТ	Запальне захворювання органів малого таза
ЗПСШ	Захворювання, що передаються статевим шляхом
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
КП	Контрацептивні пластирі
КПР	Контрацептиви прогестагенового ряду
ЛЕ	Легенева емболія
ЛНГ	Левоноргестрел
МЛА	Метод лактаційної аменореї
НЕТ-ЕН	Норетистерон енантату
НК	Невідкладна контрацепція
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
ОК	Оральні контрацептиви
П	Прогестин
ПК	Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви
ППС	Природне планування сім'ї
ПС	Планування сім'ї
ТКП	Протизапальні таблетки прогестагенового ряду
ТНК	Таблетки для невідкладної контрацепції
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СТШ	Синдром токсичного шоку
ТКП	Таблетовані контрацептиви, що містять прогестаген
ТТС	Трансдермальна терапевтична система
ТГВ	Тромбоз глибоких вен
УЗО	Ультразвукове обстеження
ЦІН	Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія
ЦПС	Центр планування сім'ї

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Планування сім'ї

1.2. Шифр МКХ-10-Z30

1.3. Протокол призначений для лікарів акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, медичних сестер, акушерок, фельдшерів, медичних психологів, керівників ЗОЗ різних форм власності та підпорядкування, організаторів охорони здоров'я.

1.4. Мета Протоколу: Надання комплексної кваліфікованої медичної допомоги з питань планування сім'ї та використання методів контрацепції, підвищення якості та ефективності послуг з планування сім'ї.

1.5. Дата складання Протоколу: вересень 2013 рік

1.6. Дата перегляду протоколу: вересень 2016 рік

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці Протоколу

Персона	Посада	Тел/факс
Камінський В. В.	- головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з акушерства та гінекології, Завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика	044 411-97-19
Коломейчук В. М.	- заступник начальника Управління охорони материнства, дитинства та санаторно-курортного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України – Голова робочої групи	044 200-07-91
Адамова Г. М.	- консультант програми „Здоров'я жінок України”	044 498-24-92
Борис О. М.	- завідувача клініки репродукції УДІР	044 411-92-33
Вовк І. Б.	- керівник відділу планування сім'ї ШПАГ НАМН України	044 483-84-23
Гойда Н. Г.	- проректор з лікувальної роботи НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор кафедри «Управління охорони здоров'я» НМАПО ім. П.Л.Шупика	044 205-49-48

Грива Л.О.	- користувачка послуг з планування сім'ї	044 449-96-77
Грищенко О. В.	- завідувача кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти	057 710-59-80
Думчева А. Ю.	- національний спеціаліст програм сексуального та репродуктивного здоров'я, здоров'я дітей та підлітків ВООЗ в Україні	044 425-88-28
Заглада Н. В.	- координатор з питань політики програми „Здоров'я жінок України”	044 498-24-92
Замостян П. В.	- заступник Представника Фонду Народонаселення ООН в Україні	044 253-00-53
Івасівка З. М.	- головний позаштатний спеціаліст з планування сім'ї Львівської ОДА, заступник директора КЗЛОР ЛОЦРЗН	032 276-21-70
Іркіна Т. К.	- консультант програми «Здоров'я жінок України»	044 498-24-92
Квашенко В. П.	- професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету	062 258-42-16
Кравченко О. В.	- завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету	037 227-67-04
Кузьменко О. О.	- директор програми «Здоров'я жінок України»	044 498-24-92
Майструк Г. П.	- голова правління Благодійного фонду «Здоров'я жінки та планування сім'ї»	044 423-73-68
Матюха Л. Ф.	- завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст з сімейної медицини МОЗ України	044 483-17-21
Ошовська Т. Т.	- головний позаштатний спеціаліст з планування сім'ї Вінницької ОДА, акушер-гінеколог ОЦПС	043 235-11-94
Пирогова В. І.	- завідувача кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Львівського державного медичного університету	032 270-17-44

Посохова С. П.	- заступник головного лікаря Одеської обласної клінічної лікарні	048 255-72-98
Сало Н. Й.	- заступник директора програми «Здоров'я жінок України»	044 498-24-92
Сіліна Т. М.	- професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно- поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика	044 483-17-21
Татарчук Т. Ф.	- заступник директора з наукової роботи інституту ПАГ НАМН України, головний дитячий гінеколог МОЗ	044 279-21-56

За методичної підтримки та експертизи:

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

Рецензенти:

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

Коротка епідеміологічна інформація

1.8.

За даними ВООЗ, щороку у всьому світі у 6 млн. жінок настає непланована вагітність. За даними МОЗ України, у 2012 році зареєстровано 91 484 випадків непланованої вагітності (7,71 на 1000 жінок фертильного віку), що значно перевищує рівень в країнах Європейського Союзу (в середньому 5,0 на 1000 жінок репродуктивного віку). Ця ситуація

залежить від низки обставин, що пов'язані з особистими факторами, серед яких є доступність і якість інформації з питань планування сім'ї та фактичного використання сучасних методів контрацепції.

Непланована вагітність, незважаючи на значні зусилля служб планування сім'ї щодо її зниження, залишається однією з актуальних проблем. Не дивлячись на те, що рівень абортів за останнє десятиліття в Україні знизився і така тенденція зберігається за результатами 2012 року, він залишається ще високим. У 2012 р. зареєстровано 141 396 абортів по Україні що становить 12,36 на 1000 жінок репродуктивного віку та 27,6 на 100 пологів.

Стратегічна оцінка політики, програм та досліджень „Аборти та контрацепція в Україні” (ВООЗ, МОЗ України, 2008) свідчить, що понад 32% заміжніх жінок та приблизно 38% одружених чоловіків не використовують сучасні засоби запобігання вагітності.

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

За результатами Медико-демографічного обстеження населення України (МДОУ) у 2007 дві третини (67%) заміжніх жінок повідомили, що у даний час користуються методами контрацепції: 48% використовували сучасні методи, а 19% – традиційні. Взагалі найбільш поширеним методом є чоловічий презерватив (24%). Другим найбільш поширеним методом є ВМК, яким користуються 18%, а 10% наразі заміжніх жінок користуються методом переривання статевого акту.

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

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

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

Репродуктивні права ґрунтуються на визнанні фундаментального права усіх пар і окремих осіб на здійснення самостійного і відповідального вибору щодо кількості дітей, яких вони збираються мати і часу їх

народження, тривалості часових інтервалів між пологами та доступі до інформації та засобів, необхідних для реалізації такого вибору, а також на визнанні права кожного індивідуума на досягнення найвищого рівня сексуального і репродуктивного здоров'я.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Планування сім'ї – це види діяльності, які допомагають особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти непланованій вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Сучасні підходи до надання інформації з питань планування сім'ї повинні включати етичні питання для населення щодо дотримання вимог Декларації про права дитини у тому, що зародження нового життя повинне мати можливість народитись в безпечних умовах.

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

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

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

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

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Надання послуг з питань планування сім'ї відповідно до рівнів надання медичної допомоги

3.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу:

фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, амбулаторії сімейного лікаря

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.1.1. Первинна профілактика		
<p>1.1. Організація діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів щодо здорового способу життя, профілактики непланованої вагітності та ІПСШ.</p> <p>1.2. Проведення навчання сімей використанню сучасних методів планування сім'ї.</p> <p>1.3. Виявлення соціально неадаптованих сімей.</p>	<p>Доведений взаємозв'язок між репродуктивною поведінкою і станом здоров'я людини. Першочергово жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики непланованої вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції. Доведено, що навчання навичкам сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблеми із здоров'ям і формує більш зріле і відповідальне ставлення до цієї сторони життя. Особливе значення приділяється кваліфікованому консультуванню з питань планування сім'ї.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Розповсюдження інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, планування сім'ї та використання методів контрацепції.</p> <p>2. Консультування з питань планування сім'ї, враховуючи репродуктивні плани.</p> <p>3. Проведення роботи з питань здорового способу життя та статевого виховання молоді.</p>
3.1.2. Діагностика		
<p>2.1. Оцінка стану здоров'я пацієнтки згідно класифікації</p>	<p>Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Своєчасна організація та проведення</p>

<p>ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу.</p> <p>2.2. Своєчасне виявлення жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.</p>	<p>ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. (ВООЗ, 2010).</p>	<p>профілактичних оглядів жіночого населення з проведенням консультування з планування сім'ї.</p> <p>2. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції.</p> <p>3. Виявлення при обстеженні, що:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пацієнтка не вагітна; • немає станів, що потребують додаткового обстеження та обережності у використанні будь-якого методу. <p>4. Своєчасне направлення жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині до центру планування сім'ї для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції.</p>
---	---	--

3.1.3. Вибір сучасного методу контрацепції

<p>3.1. Проведення початкового (первинного) консультування з допомогою пацієнтці обрати той метод, який найбільше їй підходить.</p> <p>3.2. Допомога у виборі методу контрацепції з урахуванням Медичних критеріїв прийнятності використання методу контрацепції ВООЗ (Додаток 1).</p>	<p>Пацієнти мають право на отримання адекватної інформації в об'ємі, достатньому для здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції. Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта у конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Надання інформації по кожному сучасному методу контрацепції, яка включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> • механізм дії; • ефективність; • зворотність; • переваги і недоліки; • неконтрацептивні властивості; • правила використання; • можливі побічні ефекти;
--	--	--

<p>3.3. Проведення консультування з використання конкретного методу контрацепції.</p>	<p>конкретного засобу контрацепції та попередження непланованої вагітності.</p> <p><i>Допомогу у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушери-гінекологи, сімейні лікарі, навчений середній медичний персонал.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • стани, що потребують звернення до лікаря. <p>2. Пояснення правил використання методу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • коли починати і як використовувати метод; • можливі побічні ефекти та їх усунення; • дії у випадку порушення правил використання методу; • термін повторного візиту. <p>3. Врахування особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для соціально неадаптованих сімей, підлітків з факторами репродуктивного ризику, ВІЛ позитивних жінок.</p> <p>4. Використання „Алгоритму оцінки пацієток” під час консультування з вибору методу контрацепції. (Додаток 2).</p> <p>5. Інформування та підтримка вибору методу ефективної контрацепції для жінок в післяпологовому періоді та після абортів.</p>
---	---	--

3.1.4. Подальше спостереження

<p>4.1. Спостереження за жінками, які використовують методи контрацепції.</p> <p>4.2. Спостереження за підлітками з факторами репродуктивного ризику; жінками в післяпологовому періоді та жінок після переривання</p>	<p>Вибір контрацептивів жінками найімовірніше буде змінюватися у різні періоди її життя через те, що вона буде надавати різної ваги окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо попередження вагітності або ПСШ, зворотності</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Рекомендування жінкам та їх партнерам необхідності дотримуватись правил використання методів сучасної контрацепції.</p> <p>2. Обговорення задоволеністю методом контрацепції, тривалості</p>
--	--	---

вагітності.	методу та легкості у використанні.	використання методу контрацепції, періодичності спостереження за станом здоров'я, а також надання рекомендацій, куди звернутись, якщо виникне рішення про припинення використання методу контрацепції або mine час його використання (для ВМК). 3. У разі виникнення проблем (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) з'ясування причин та допомога жінці вирішити проблему.
-------------	------------------------------------	---

3.2. Для установ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу:

кабінети ПС у районних та центральних районних лікарнях, міських лікарнях, жіночі консультації, пологові будинки, акушерські та гінекологічні відділення, служби дитячої та підліткової гінекології

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.2.1. Профілактична та організаційна робота		
<p>1.1. Забезпечення взаємодії закладів першого рівня надання послуг з планування сім'ї з кабінетами та центрами планування сім'ї.</p> <p>1.2. Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких заходів з питань планування сім'ї.</p> <p>1.3. Формування груп</p>	<p>Надання інформації з навчання навичкам сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблеми із здоров'ям і формує більш зріле і відповідальне ставлення до цієї сторони життя.</p> <p>Необхідно встановити ефективну систему направлень, яка гарантує високу якість послуг,</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Підготовка та розповсюдження інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, планування сім'ї та використання методів контрацепції.</p> <p>2. Організація навчальних заходів з питань формування</p>

<p>жінок для першочергового безоплатного забезпечення засобами контрацепції.</p> <p>1.4. Організація навчання спеціалістів первинного рівня з надання послуг з планування сім'ї.</p>	<p>регулярно відстежує та забезпечує подальше спостереження за пацієнткою.</p>	<p>здорового способу життя, планування сім'ї для спеціалістів первинної ланки.</p> <p>3. Формування районного реєстру жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині, соціально неадаптованих сімей, ВІЛ позитивних жінок.</p>
--	--	---

3.2.2. Діагностика

<p>2.1. Оцінка <i>стану здоров'я</i> пацієнтки згідно класифікації ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції.</p> <p>2.2. Своєчасне виявлення жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.</p>	<p>Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. (ВООЗ, 2010).</p> <p>Якщо жінки вважаються здоровими та пройшли профілактичний огляд протягом року, гінекологічний огляд не є обов'язковим при виборі гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. Профілактичний огляд включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вимірювання АТ; - клінічне обстеження молочних залоз; - пальпація живота; - гінекологічний огляд; - мазок на онкоцитологію. <p>Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Своєчасна організація та проведення профілактичних оглядів жіночого населення з проведенням консультування з планування сім'ї. 2. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу. 3. Проведення комплексної оцінки пацієнтки відповідно до медичних критеріїв використання методу контрацепції ВООЗ. 4. Своєчасне направлення жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині до центру планування сім'ї для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції.
--	--	---

	<p>проведення додаткового обстеження перед тим, як рекомендувати пацієнтам той чи інший метод контрацепції. (ВООЗ 2011)</p>	
<p>3.2.3. Консультування та підбір методу контрацепції</p>		
<p>3.1. Застосування підходу планування сім'ї відповідно до періодів життя жінки. 3.2. Проведення початкового (первинного) консультування з допомогою пацієнтці обрати метод, який найбільше їй підходить. 3.3. Допомога у виборі методу контрацепції з урахуванням Медичних критеріїв прийнятності використання методу контрацепції ВООЗ (Додаток 1). 3.4. Проведення консультування з використання конкретного методу контрацепції.</p>	<p>Необхідно встановити ефективну систему направлень, яка гарантує високу якість послуг, регулярно відстежує та забезпечує подальше спостереження за пацієнткою. Вибір контрацептивів жінками змінюється у різні періоди їх життя через те, що вони будуть надавати різну перевагу окремим характеристикам методів, а саме ефективності щодо попередження вагітності або ПСШ, зворотності методу та легкості у використанні.</p> <p><i>Допомогу у виборі конкретного методу для 3 та 4 категорії населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, надають спільно лікарі акушери-гінекологи із сімейними лікарями чи спеціалістами вузького профілю.</i></p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Надання інформації по кожному сучасному методу контрацепції відповідно до періодів життя, яка включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> • механізм дії; • ефективність; • зворотність; • переваги і недоліки; • неконтрацептивні властивості; • правила використання; • можливі побічні ефекти; • стани, що потребують звернення до лікаря. <p>2. Пояснення правил використання методу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • коли починати і як використовувати метод; • можливі побічні ефекти та їх усунення; • дії у випадку порушення правил використання методу; • термін повторного візиту. <p>3. Використання „Алгоритму оцінки пацієток” під час консультування з вибору методу контрацепції (Додаток</p>

		<p>2).</p> <p>4. Врахування особливостей консультування та вибору контрацептивних засобів для соціально неадаптованих сімей, підлітків з факторами репродуктивного ризику, ВІЛ позитивних жінок.</p> <p>5. Консультування та підтримка вибору методу ефективної контрацепції для жінок в післяпологовому періоді та після абортів.</p>
3.2.4. Подальше спостереження		
<p>4.1. Спостереження за жінками, які використовують методи контрацепції.</p> <p>4.2. Спостереження за підлітками з факторами репродуктивного ризику; жінками в післяпологовому періоді та жінками після переривання вагітності.</p> <p>4.3. Спостереження за жінками з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.</p>	<p>Наступні візити до медичного працівника дозволяють: переконатися у рішенні пацієнта використовувати методи контрацепції; обговорити будь-які проблеми, що виникли у зв'язку з обраним методом; надати відповіді на можливі запитання; дослідити, чи немає змін у стані здоров'я чи життєвій ситуації, що вказує на необхідність переходу на інший метод контрацепції чи припинення використання методу.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Обговорення задоволеності методом контрацепції, тривалості використання методу контрацепції, періодичності спостереження за станом здоров'я.</p> <p>2. У разі виникнення проблем (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) з'ясування причин та допомога жінці вирішити проблему.</p> <p>3. Допомога пацієнтці вибрати інший метод контрацепції, якщо вона не задоволена методом, якщо змінився стан здоров'я і подальше використання методу може бути ризикованим.</p>

**3.3. Для установ, що надають третинну (високоспеціалізовану)
медичну допомогу:
обласні та міські центри планування сім'ї**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.3.1. Профілактичні та організаційні заходи		
<p>1.1. Розробка та впровадження чіткої інформаційно-просвітницької стратегії в регіоні з метою інформування населення щодо запропонованих послуг.</p> <p>1.2. Координація роботи центрів та кабінетів планування сім'ї, клінік сімейної медицини та інших ЗОЗ щодо надання послуг з профілактики непланованої вагітності, консультування з інших питань планування сім'ї.</p> <p>1.3. Організація взаємодії з закладами первинної медико-санітарної допомоги з питань планування сім'ї.</p>	<p>Жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики непланованої вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції.</p> <p><i>Пакет заходів з планування сім'ї, безпечного абортів, здоров'я матері, новонародженого та дитини (ВООЗ 2010).</i></p> <p>У сфері планування сім'ї Пакет включає компоненти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Інтеграція планування сім'ї у послуги з репродуктивного здоров'я. - Просвіта та консультування щодо поінформованого вибору методу контрацепції. - Наявність та доступність методів контрацепції. <p>Інтеграція планування сім'ї у первинну медико-санітарну допомогу та надання перинатальних послуг сприяє підвищенню якості медичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Підготовка та поширення інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, планування сім'ї та використання методів контрацепції. 2. Підготовка та поширення навчальних матеріалів для медичних фахівців, які надають послуги з питань планування сім'ї. 3. Організація навчання спеціалістів першого, другого рівнів з питань планування сім'ї, попередження ІПСШ/ВІЛ. 4. Встановлення ефективної системи взаємодії між ЗОЗ всіх рівнів, яка забезпечує подальше спостереження за пацієнткою. 5. Проведення консультування з питань планування сім'ї, зокрема для жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та

		<p>майбутній дитині.</p> <p>6. Надання чіткої інформації (адреса, контактні телефони) у разі необхідності звернення при виникненні ускладнень.</p> <p>7. Визначення і впровадження стратегії щодо вирішення проблемних питань у сфері ПС регіону.</p>
3.3.2. Діагностика		
<p>2.1. Оцінка <i>стану здоров'я</i> пацієнтки згідно класифікації ВООЗ, проведення необхідного обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції.</p> <p>2.2. Консультування та додаткове обстеження жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.</p>	<p>Підготовка жінки до вагітності та уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності (ВООЗ, 2010).</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Необхідне обстеження перед початком використання кожного методу.</p> <p>2. Проведення комплексної оцінки пацієнтки відповідно до медичних критеріїв використання методу контрацепції ВООЗ.</p> <p>3. Залучення вузьких спеціалістів для індивідуального консультування, обстеження та підбору методу контрацепції для жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.</p>
3.3.3. Консультування та підбір методу контрацепції		
<p>3.1. Створення умов доступності до послуг з планування сім'ї для населення регіону.</p> <p>3.2. Надання високоспеціалізованої медичної допомоги з</p>	<p>За даними ВООЗ, необхідно забезпечити універсальний доступ до всього спектру безпечних і надійних методів планування сім'ї, відповідних послуг з</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Забезпечення контрацептивними засобами малозабезпечених, соціально неадаптованих сімей,</p>

<p>питань планування сім'ї парам репродуктивного віку з групи високого та вкрай високого ризику з обтяженим екстрагенітальним, акушерським та перинатальним анамнезом.</p>	<p>репродуктивного здоров'я. Заходи з планування сім'ї мають потенціал:</p> <ul style="list-style-type: none"> - знизити рівень материнської смертності на 32%, рівень малюкової та дитячої смертності на 10%; - знизити рівень непланованої вагітності на 71%; - можуть попередити 80% заражень ВІЛ завдяки правильному та послідовному використанню презервативів (ВООЗ, 2010). 	<p>підлітків, ВІЛ - позитивних жінок.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Консультування, допомога у виборі та надання методу профілактики непланованої вагітності для жінок з хворобами, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині. 3. Розробка індивідуального плану спостереження за цими жінками. 4. Формування обласного реєстру жінок з обтяженим екстрагенітальним, акушерським та перинатальним анамнезом. 5. Забезпечення цих жінок безпечними, сучасними, ефективними видами контрацепції.
--	--	---

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. ДОТРИМАННЯ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Планування сім'ї є запорукою збереження й оптимального розвитку продуктивних сил, без чого неможливе збереження і відтворення народу, нації, держави.

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

Регулювання права на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї визначено і в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Проголошене Основами законодавства України про охорону здоров'я право жінки самій вирішувати питання про материнство гарантується відсутністю будь-яких обмежень у застосуванні тих чи інших методів контрацепції, а також стерилізації.

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

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

Відповідно до Державної програми „Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015р. (2006 рік). безкоштовними контрацептивами забезпечуються такі категорії жінок: жінки з екстрагенітальною патологією, молодь віком 18-20 років, малозабезпечені жінки та ВІЛ-позитивні жінки. Закупівля контрацептивів здійснюється за рахунок державного та місцевих

бюджетів, для цього у державній програмі щорічно передбачені відповідні кошти.

Дотримання конфіденційності/лікарської таємниці:

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації, отриманої від пацієнтки, та не допустити її розголосу іншим особам.

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”).

Дотримання етики:

Медичні працівники повинні поважати гідність клієнтки та пам'ятати про ставлення до пацієнтки з повагою і зуміти допомогти їй зберегти свою гідність.

Прийняття вільного і інформованого рішення:

Пацієнтка має право висловити свою точку зору та прийняти самостійне рішення після одержання повної, достовірної і чіткої інформації про методи планування сім'ї, можливі побічні ефекти та ускладнення.

Необхідно усвідомлювати, що пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі.

Дуже важливо приділити жінці достатній час, проводити консультування за умов, коли вона може задавати запитання і одержувати роз'яснення на незрозумілі для неї питання щодо непланованої вагітності.

Інформація не повинна бути залякуючою, засуджуючою та спонукаючою жінку до примусового рішення.

2. КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

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

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

Консультування з питань планування сім'ї повинно допомогти пацієнтам:

- набути знань про відповідальну статеву поведінку;

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

Якісне консультування концентрується на потребах конкретного пацієнта у конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання конкретного засобу контрацепції та попередження непланованої вагітності.

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

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

Переваги консультування з питань планування сім'ї:

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

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

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

Процес консультування

Під час консультування спеціалісти повинні зважати на:

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

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

Консультант і пацієнт повинні обговорити таку інформацію:

- механізм дії обраного методу. Може так трапитися, що пацієнту не підійде жоден з наявних видів контрацепції або він не може, з огляду на свої особисті переконання, використовувати контрацептиви, тому йому необхідно запропонувати один із доступних для нього на даний час та ефективних немедикаментозних методів планування сім'ї;
- ефективність методу;
- переваги і недоліки методу;
- неконтрацептивні властивості;
- зворотність методу;
- можливі короткострокові і довгострокові побічні ефекти, ускладнення;
- стани, що потребують звернення до лікаря;
- можливість повторного візиту/звернення під час виникнення якихось запитань.

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

Етапи консультування з планування сім'ї

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

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

У подальшому консультування проводиться з урахуванням рівня поінформованості пацієнта.

Процес консультування можна розділити на етапи:

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

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

- Разом із жінкою проаналізувати репродуктивні плани, а також обговорити важливі питання, що стосуються практичного використання кожного методу контрацепції.
- Спитати, які методи контрацепції вона знає. (Це дасть можливість визначити рівень знань пацієнтки і виправити невірну інформацію).
- Розказати про кожний метод, починаючи з методів прийнятних відповідно до періоду життя. Дати детальну інформацію про метод, який зацікавить жінку. Інформація повинна включати:
 - механізм дії методу;
 - ефективність методу;
 - переваги;
 - недоліки;
 - правила використання;
 - можливі побічні ефекти;
 - медичні протипоказання.
- Заохочувати пацієнтку ставити запитання.
- Обговорити переваги і недоліки різних методів у зв'язку з обставинами і потребами пацієнтки, (наприклад, період життя, здатність не забувати, що таблетки необхідно приймати щодня, участь партнера, кількість партнерів).
- Запропонувати метод, що найкраще підходить відповідно до періоду життя жінки. Пояснити чому саме цей метод і переконатися, що клієнтка зрозуміла чому рекомендований цей метод. Якщо пацієнтка не хоче використовувати запропонований метод, порекомендуйте інший метод і продовжуйте до тих пір, поки вона не зупиниться на конкретному методі. Якщо жінка не може визначитись відразу, дайте їй час на роздуми і призначте дату повторного візиту.
- Не нав'язувати жінці метод контрацепції проти її волі.

Особливі ситуації:

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

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

коли відновлюється фертильність.

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

- Переконатися, що жінка має правильне уявлення про метод, якому вона надає перевагу, задаючи запитання про цей метод.
- Підтримати вибір жінки, за умови, що він відповідає медичним критеріям прийнятності цього методу. Якщо метод підходить, визначити, чи знає жінка про інші методи контрацепції, і переконатися в її впевненості у виборі саме цього методу. Якщо метод не підходить (наприклад, якщо жінка годує грудьми і пройшло менше 6 місяців після пологів, а вона хоче використовувати КОК), пояснити недоліки використання цього методу і проконсультувати щодо більш прийнятних методів.
- Пояснити жінці, як правильно використовувати обраний метод з метою профілактики виникнення побічних ефектів, а також що робити у разі їх виникнення.

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

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

Пояснення правил використання методу:

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

Консультація з подальшого використання методу контрацепції

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

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

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

Пацієнтка не має проблем з використанням методу контрацепції:

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

Пацієнтка має проблеми, пов'язані з використанням методу:

- З'ясувати причини виникнення проблеми (побічні ефекти, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) та допомогти жінці вирішити проблему.
- Якщо проблема полягає у побічному ефекті, оцінити тяжкість його прояву, запропонувати способи його усунення або призначити лікування.
- Якщо обраний метод контрацепції більше не використовується, в'яснити причину і чи не пов'язано це з неправильним розумінням/нерозумінням інструкції щодо використання, побічними ефектами методу, труднощами придбання методу тощо. Якщо пацієнтка хоче продовжувати використовувати метод, надати відповіді на запитання та інформацію, яка допоможе продовжити використання методу.
- Допомогти пацієнтці вибрати інший метод контрацепції, якщо вона не задоволена методом, якщо змінилась ситуація або якщо подальше використання методу може бути ризикованим.

Невдача у використанні методу контрацепції:

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

Пацієнти, які застосовують контрацепцію, повинні бути поінформовані про подальше спостереження у використанні цього методу, а

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

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

В амбулаторних умовах про проведене консультування і обраний метод контрацепції обов'язково робиться відповідний запис у амбулаторній картці та (ф 025/о), у стаціонарі – в історії пологів (ф 096/о) та історії хвороби (ф 003/о). Для оцінки якості та формування індикатора консультування розроблено Інформаційний лист (Додаток 3), який заповнюється і підписується лікарем та пацієнткою.

3. МЕДИЧНІ КРИТЕРІЙ ПРИЙНЯТНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ (ВООЗ, 2009)

Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції є:

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

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ УЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ (ВООЗ, 2009)

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

Поняття „стан” визначається як відображення **індивідуальних характеристик** жінки, (наприклад, вік або репродуктивний анамнез), так і встановлених **соматичних захворювань**.

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

Категорії

1 – стан, за якого немає ніяких протипоказань до використання цього методу контрацепції;

2 – стан, за якого очікувана користь від використання цього методу контрацепції загалом перевершує доведені або теоретичні ризики;

3 – стан, за якого доведені або теоретичні ризики загалом перевищують очікувану користь від використання цього методу контрацепції;

4 – стан, за якого використання цього методу контрацепції абсолютно протипоказане.

Використання шкали категорій на практиці

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

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

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

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

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

Зведена таблиця для рекомендації конкретного методу контрацепції відповідно до 4 категорій з урахуванням індивідуальних характеристик особи і стану здоров'я наведена у Додатку 3.

Допомогу у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушерки-

гінекологи, сімейні лікарі, середній медичний персонал.

Для 3 та 4 категорії населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомогу надають спільно лікарі акушери-гінекологи із сімейними лікарями чи спеціалістами вузького профілю.

4. ОЦІНКА ПАЦІЄНТКИ

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

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

Ознаки відсутності вагітності

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

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

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

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

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

Таблиця 1

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

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

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

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

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

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

Наведену класифікацію розроблено з урахуванням кореляції між проведенням тих чи інших обстежень/аналізів і гарантією безпечного користування конкретним методом контрацепції.

Вид	КОК	КІК	ТКП	ІПК	ВМК	Презервативи	Шийкові ковпачки	Контрацептиви для місцевого застосування	Жіноча стерилізація	Вазектомія
Обстеження молочних залоз	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг патології шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не проводиться
Стандартне лабораторне обстеження	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику ПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ПСШ/ВІЛ: лабораторне обстеження	С	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Перед початком використання будь-якого контрацептивного методу здійснюються заходи щодо виключення вагітності.

Примітки до таблиці

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

** Жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксинол-9.

Використання шийкових ковпачків, протизаплідний ефект яких забезпечується присутністю ноноксилону-9, не рекомендовано жінкам, які мають ризик зараження ППСШ, за винятком тих випадків, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно.

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

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

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

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

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

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

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

5. МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ПЕРІОДІВ ЖИТТЯ

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

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

Виділяють такі періоди життя із ризиком непланованої вагітності:

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

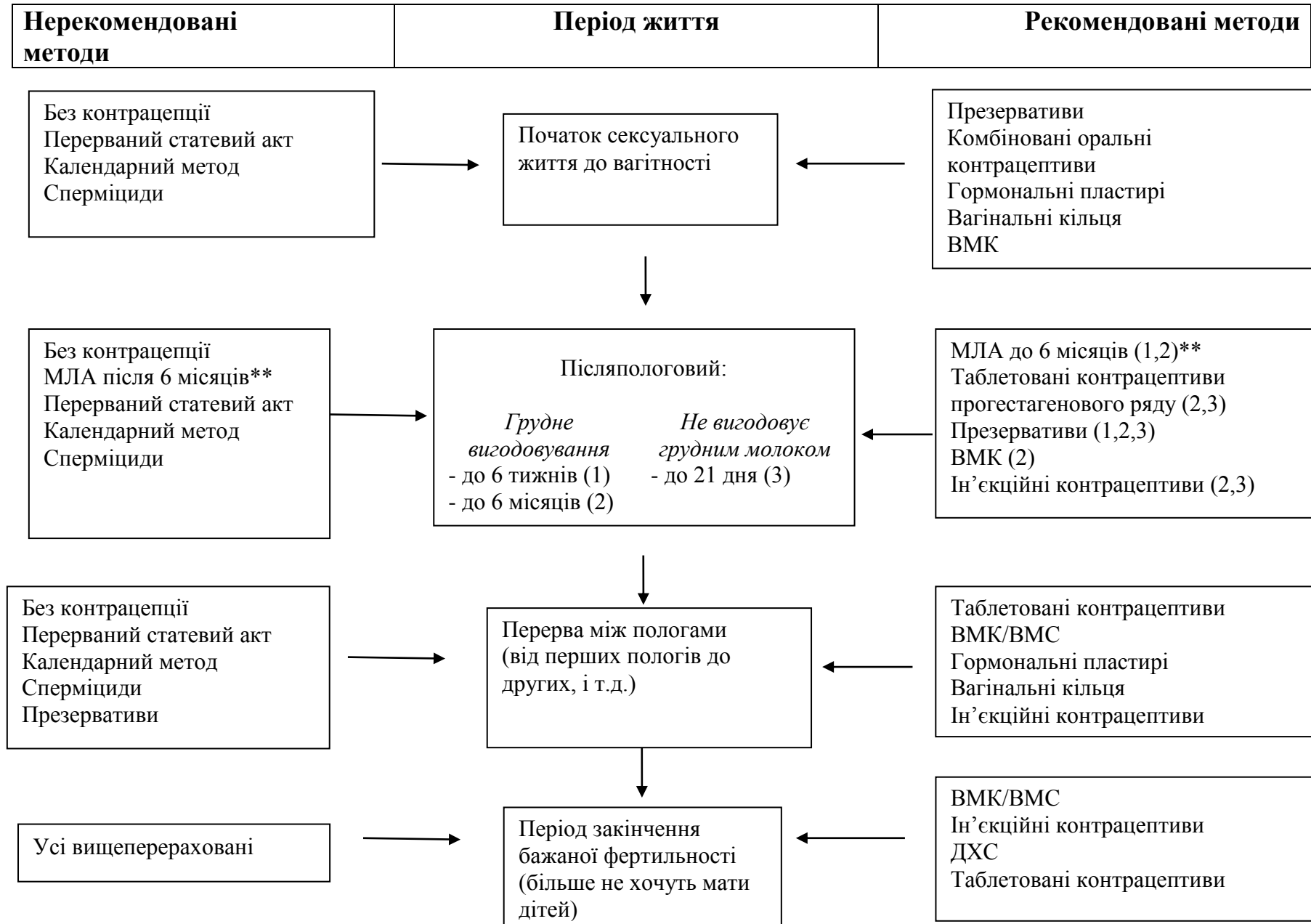
Життєві обставини та репродуктивні проблеми і цілі цих груп є різними, і відповідно вони потребують інших послуг з ПС. Фахівці, які надають послуги з ПС повинні знати і рекомендувати методи, які найбільше підходять жінці в залежності від періоду її життя та усвідомлювати зв'язок між вибором методу, невдачею при його використанні, непланованою або високо ризикованою вагітністю і абортom.

Для кожного з цих періодів є рекомендовані і нерекomenдовані методи.

Рекомендований (прийнятний метод) - це такий метод, який краще за все відповідає потребам пацієнтки для попередження непланованої вагітності у різні періоди її життя.

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

Схема 1. Модель вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя



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

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

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

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

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

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

Протягом цього періоду життя жінкам слід рекомендувати методи контрацепції, що не шкодять грудному вигодовуванню і фертильності в майбутньому. Консультант повинен надати відомості про прийнятні методи контрацепції після пологів та допомогти матерям, які годують грудьми, обрати із декількох методів контрацепції відповідний метод попередження непланованої вагітності, який разом з тим не буде впливати на секрецію молока та розвиток дитини.

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

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

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

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

Планування сім'ї для різних категорій населення та відповідно до періодів життя

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
5.1. Методи контрацепції для підлітків та молоді.	Вагітність у підлітковому віці завжди непланована. Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних). Згідно з рекомендаціями ВООЗ "...підлітки повинні мати велику свободу вибору методів контрацепції. Вік не є основою для обмеження доступу до того чи іншого методу контрацепції". Тому у підлітків, які мають сексуальні стосунки, повинна бути свобода вибору при використанні	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, запобігання непланованої вагітності та ПСШ. 2. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – відсутність сексуальних контактів. 3. Запропонувати методи контрацепції: <p>Презерватив:</p> <ul style="list-style-type: none"> - захищає від ПСШ/ВІЛ; - використання просте та без візиту до лікаря; - не має побічних ефектів. <p>КОК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя

	<p>методів контрацепції. Всі види контрацепції є безпечними для підлітків та молоді. (“Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції”, 4-е видання, 2009).</p>	<p>і постійного статевого партнера;</p> <ul style="list-style-type: none"> - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Подвійний метод (одночасне застосування КОК з презервативом).</p> <p>ВМК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не пропонувати підліткам та молодим жінкам, які не народжували і не мають одного статевого партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Методи розпізнавання фертильності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані використовувати цей метод і мають одного партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Невідкладна контрацепція:</p> <ul style="list-style-type: none"> - висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію, тільки для епізодичного використання з нерегулярним статевим життям; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ.
<p>5. 2. Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді.</p>	<p>Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію.</p> <p>За даними досліджень відновлення менструації до 6 місяців після пологів відбувається в 11,1- 39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%.</p> <p>Контрацептиви прогестагенового ряду не впливають на якість та</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Запропонувати методи контрацепції: <p>Метод лактаційної аменореї (МЛА):</p> <ul style="list-style-type: none"> - годування грудьми одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудне вигодовування (не менше 8-10 разів на добу) при відсутності менструації (аменорея); - висока ефективність і значна

	<p>кількість грудного молока і здоров'я дитини. Використання КОК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини та у перші 3 тижні після пологів КОК збільшують ризик тромбозу. ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції); ВМК та ДХС не впливає на кількість та якість грудного молока (ВООЗ 2012).</p>	<p>користь як для здоров'я матері, так і дитини. Контрацептиви прогестагенового ряду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жінкам, які використовують МЛА, тільки через 6 місяців після пологів; - жінкам, які не годують грудьми, можна застосувати негайно, за умови відсутності вагітності; - жінкам які годують грудьми, але чергують з прикормом - через 6 тижнів після пологів. <p>Внутрішньоматкові контрацептиви:</p> <ul style="list-style-type: none"> - постплацентарно або протягом 48 годин після пологів або операції кесарів розтин, які відбувалися без ускладнень; - у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено постплацентарно. <p>Комбіновані оральні контрацептиви (КОК):</p> <ul style="list-style-type: none"> - не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів; - якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів. <p>Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС):</p> <ul style="list-style-type: none"> - одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів; - якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів. <p>Бар'єрні методи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки – через 6 тижнів після пологів). <p>Методи розпізнавання фертильності:</p>
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - не рекомендовано починати використання до відновлення регулярних менструацій.
<p>5.3. Методи контрацепції для жінок після аборту.</p>	<p>Послуги з планування сім'ї після аборту:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ІПСШ. <p>Надання послуг з планування сім'ї для жінки після аборту потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після аборту і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого аборт у I триместрі підходять всі методи контрацепції.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1. Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду після аборту та використання методів планування сім'ї.</p> <p>Неускладнений аборт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - після аборту до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після аборту після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів. <p>Неускладнений аборт:</p> <p>Гормональні препарати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; - гормональний пластир, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після проведення операції. <p>Ін'єкційні препарати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - можуть бути введені одразу після аборту або протягом 7 днів після операції. <p>ВМК (що містять мідь) або ВМС (з левоноргестрелом):</p> <ul style="list-style-type: none"> - одразу після аборту або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та 12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. <p>Бар'єрні методи (презервативи, сперміциди):</p> <ul style="list-style-type: none"> - з часу відновлення сексуальної активності. <p>Методи розпізнавання фертильності:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - тільки після відновлення регулярного менструального циклу. <p>Ускладнений аборт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - можна використовувати гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; - ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. <p>Медикаментозний аборт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - можна розпочинати використання гормональної контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборту; - перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву або стерилізацією слід підтвердити повне завершення аборту.
<p>5.4. Методи контрацепції для жінок, які наближаються до менопаузи.</p>	<p>За статистичними даними країн Західної Європи, 50% жінок у віці 44 років і 30% 45-50-річних сексуально активні, мають збережений менструальний цикл, здатні до зачаття і потребують контрацепції (ВООЗ, 2009). Аборти у цих жінок характеризуються підвищенням частоти ускладнень в 3 рази у порівнянні з жінками репродуктивного віку, частим загостренням гінекологічної і екстрагенітальної патології. Тому метою контрацепції у жінок після 40 років є не тільки попередження непланованої вагітності, але й збереження здоров'я. У перименопаузі, на відміну від</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу "перехідного" періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Вибір методу контрацепції з урахуванням стану здоров'я жінки після медичного обстеження. 3. Консультування про завершення використання протизаплідних засобів (якщо протягом 12 місяців поспіль у жінки були відсутні менструальні кровотечі). <p>Комбіновані гормональні контрацептиви:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відповідно до рекомендацій ВООЗ доцільно пропонувати комбіновані мікро- і низько дозовані КОК останнього покоління. <p>Контрацептиви</p>

	<p>репродуктивного віку, куріння є абсолютним протипоказанням для використання КОК. Використання КОК, комбінованих пластирів і вагінальних кілець протипоказане жінкам старше 35 років з мігренозними болями (незалежно від того, чи супроводжуються такі болі мігренозною аурою).</p>	<p>прогестагенового ряду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для жінок, яким протипоказане використання засобів контрацепції, які містять естрогени; - не пропонувати ДМП (депо медроксипрогестерону) жінкам, які належать до групи ризику виникнення остеопорозу або мають його прояви. <p>Бар'єрні методи і сперміциди:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ефективні методи контрацепції для жінок старшого віку. <p>ВМК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - надають перевагу гормональній ВМС, яка має протективний і лікувальний ефект.
<p>5.5. Методи контрацепції для чоловіків.</p>	<p>Участь чоловіків у процесі планування сім'ї передбачає:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 непланованій вагітності та ПСШ (подвійний голландський метод). <p>Особливе значення чоловіча контрацепція має у тих випадках, коли жінка не може або не готова використовувати контрацептиви через ситуацію, яка склалася, або</p>	<p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>1.Провести консультування щодо переваг та недоліків контрацепції у чоловіків.</p> <p>Бар'єрні методи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - презерватив може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. <p>Хірургічні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вазектомія - чоловіча хірургічна стерилізація. Контрацептивний ефект досягається завдяки блокуванню сім'явивідного протоку. <p>Поведінкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> - утримання від статевого акту.

	за станом здоров'я. (ВООЗ 2011).	
--	----------------------------------	--

5.6. Принципи вибору контрацепції:

1. Надання вичерпної інформації щодо методів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки/партнерів застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я, періоду життя, репродуктивних планів, можливостей жінки/партнерів.

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

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

Загалом, можна виділити такі методи контрацепції:

1. Методи розпізнавання фертильності (природні методи):

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

2. Метод лактаційної аменореї.

3. Бар'єрна контрацепція:

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

4. Гормональна контрацепція:

- комбіновані (естроген-прогестагенові) контрацептиви:
 - комбіновані оральні контрацептиви;
 - гормональний пластир;
 - вагінальне кільце.
- прогестагенові контрацептиви:
 - таблетовані контрацептиви, що містять прогестаген;
 - прогестагенові ін'єкційні контрацептиви;
 - внутрішньоматкова система (ВМС).

5. Внутрішньоматкові контрацептиви:

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

6. Добровільна хірургічна стерилізація:

- жіноча;
- чоловіча.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ ГОРМОНАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

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

ТИПИ

За складом КОК розділяють на:

- **монофазні** - активні таблетки містять однакову кількість естрогену та прогестагену (Е/П);
- **двофазні** - активні таблетки містять 2 різні комбінації Е/П;
- **багатофазні** - активні таблетки містять декілька різних комбінацій Е/П. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг багатофазних КОК.

За дозою естрогенних стероїдів КОК розділяють на:

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

За типом естрогенних стероїдів:

- містять етинілестрадіол;
- містять естрадіол.

За типом прогестагену поділяються на три покоління:

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

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

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

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • негайний контрацептивний ефект та висока ефективність контрацепції. • не вимагається проведення спеціального гінекологічного огляду перед початком використання за умови, що після останнього огляду лікарем-гінекологом минуло не більше 1 року; 	<ul style="list-style-type: none"> • необхідність постійного щоденного регулярного прийому таблеток; • можливість небажаних незначних побічних ефектів: нудоти, запаморочення, незначного білю у молочних залозах,

<ul style="list-style-type: none"> • 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; • термін використання низькодозованих КОК необмежений; • немає необхідності робити перерви у прийомі; • можуть використовувати як жінки, які народжували, так і жінки, які не народжували. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сприяють зменшенню менструації (менструації стають коротшими та менш об'ємними); • ефективні при лікуванні дисменореї; • позитивно впливають на анемію: можуть попереджувати її виникнення або зменшувати тяжкість її перебігу; • сприяють встановленню регулярного менструального циклу; • мають позитивний вплив під час гіперандрогенних станів; • зменшують тяжкість передменструальних симптомів; • мають позитивний ефект за наявності синдрому хронічних тазових болів та деяких форм ендометріозу; • знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію; • знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози. 	<p>головного болю, незначної кровотечі, які минають після 2-3 циклів прийому;</p> <ul style="list-style-type: none"> • вищий ризик тромбозу (тромбозу глибоких вен, емболії легеневої артерії, інфаркту, інсульту) та пухлин печінки; • короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла; • не захищають від ПСШ, ВІЛ.
---	--

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК	ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК
<ul style="list-style-type: none"> • жінки репродуктивного віку; • жінки, які бажають використовувати високоефективний метод попередження непланованої вагітності; • жінки після пологів, які не годують грудьми (після 21 дня); 	<ul style="list-style-type: none"> • вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність); • жінки, які годують грудьми (до 6 місяців після пологів); • жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини); • жінки з тяжкими захворюванням

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • жінки після абортів; • жінки, які страждають на анемію; • жінки з дисменореею та хронічними тазовими болями; • жінки з нерегулярним менструальним циклом; • жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі; • жінки з передменструальними симптомами; • жінки з такими гіперандрогенними станами як акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню; • жінки з варикозом вен; • жінки з депресивними розладами; • жінки з порушеннями функції щитовидної залози; • жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз; • жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, фіброміомою; • жінки, які курять (не старші 35 років). | <ul style="list-style-type: none"> печінки або жовтяницею, захворюваннями жовчного міхура; • жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо); • жінки з систолічним тиском понад 140 мм.рт.ст. та діастолічним – понад 90 мм.рт.ст.; • жінки з системним червоним вовчаком за наявності антифосфоліпідних антитіл чи неможливості їх визначення; • жінки, які мають порушення згортання крові, ускладнення перебігу цукрового діабету в анамнезі; • жінки, які мають рак молочної залози у даний час або в минулому; • жінки з мігрєнями та вогнищевими неврологічними симптомами; • жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне використання таблеток; • жінки, старші 35 років, які курять. |
|---|---|

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ КОК

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

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

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

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

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

протягом наступних 7 днів необхідно уникати статевих контактів або використовувати бар'єрні методи.

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

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

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

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

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

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

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

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

Тривалість використання гормональних контрацептивів визначається індивідуально у кожному конкретному випадку.

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ КОК

Приймати по 1 таблетці щоденно, бажано в один і той же час доби. Першу таблетку прийняти у перший день менструації. Допускається почати прийом у будь-який з 5 днів після початку менструації. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції.

Деякі упаковки містять 28 таблеток, інші – 21 таблетку.

Упаковка містить 21 таблетку	Після використання упаковки, зробити перерву у прийомі на один тиждень (7 днів), а потім почати приймати таблетки з нової упаковки, тобто з 8-го дня.
Упаковки містять 28 таблеток	Після використання упаковки почати прийом таблеток без будь-якої перерви з нової упаковки.

Також, на ринку є КОК, кожна упаковка якого містить 26 кольорових активних таблеток і 2 білі неактивні таблетки.

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

Якщо жінка спізнилася прийняти 1 таблетку менше ніж на 12 годин, її необхідно прийняти, як тільки згадає, навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день. Контрацептивна дія збережеться. Наступну таблетку приймають у звичайний час.

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

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

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

Рекомендація 1: Прийняти пропущену таблетку, як тільки згадає (навіть якщо це означає використання 2 таблеток в один день), наступну таблетку приймати у звичайний час. Почати прийом нової упаковки одразу після закінчення попередньої (без перерви у прийомі).

Рекомендація 2: Припинити прийом таблеток з поточної упаковки. Після перерви у прийомі таблеток (не більше 7 днів, включаючи день пропуску прийому таблетки) почати нову упаковку.

Якщо **пропущено прийом 3 таблеток на першому чи другому тижні**, якомога швидше прийняти гормональну таблетку та використати додатковий метод (наприклад, презервативи) або утриматись від статевих стосунків у

подальші 7 днів. Кожна нова пропущена таблетка ще більше зменшує контрацептивну надійність. Також, якщо протягом попередніх 5 днів відбувся незахищений статевий контакт, то необхідно прийняти ТНК.

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

Якщо пацієнтка **приймала КОК з естрадіолом (26 кольорових активних і 2 білих неактивних таблетки)** і вона забула прийняти більше, ніж одну кольорову активну таблетку з упаковки, або розпочати нову упаковку, то її необхідно оглянути.

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

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

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

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

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

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

ПОДОВЖЕНИЙ АБО БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРИЙОМ КОК

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

Переваги:

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

Недоліки:

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

Подовжений прийом:

- 21 таблетка в упаковці – приймайте по одній таблетці щодня протягом 12 тижнів без перерви (підряд із 4 упаковок). Після прийому останньої таблетки із 4-ї упаковки зробіть 7-денну паузу перед початком прийому таблеток із наступних 4 упаковок.
- 28 таблеток в упаковці – пропускайте прийом 7 останніх (негормональних) таблеток у 3 упаковках підряд. Прийміть усі 28 таблеток із 4-ї упаковки і очікуйте появи кров'янистих виділень.

При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Безперервний прийом:

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

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

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Типові побічні ефекти при прийомі КОК

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

	напруженості		молочних залоз
Шкіра і підшкірна клітковина		Висипання, кропив'янка	Вузлувата еритема

Побічні ефекти:

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

- Пацієнтка, яка приймає таблетки з 21-денної упаковки, може забути зробити тижневу перерву після завершення циклу. Це не є небезпечним, однак необхідна перевірка на вагітність.
- Якщо пацієнтка правильно приймає КОК і вагітності немає, жодного лікування непотрібно, лише консультування і заспокоєння.
- Якщо аменорея буде продовжувати її турбувати, можна перейти на короткочасне використання КОК з підвищеним вмістом естрогену з лікувальною метою, якщо немає станів, що вимагають обережності.
- У випадку маткової вагітності треба пояснити жінці її можливості вибору. Якщо вагітність буде доношуватися, необхідно припинити використання КОК. Невеликі дози естрогену і прогестагену в КОК, які отримала жінка, не завдадуть шкоди плоду.

Нудота/запаморочення/блювання:

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

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

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- Приймаються таблетки в один і той же час щодня.
- Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати у перші 3 місяці використання таблеток. Якщо такі виділення будуть продовжуватись, необхідно вибрати інший метод.
- Нерегулярні кров'янисті чи мажучі виділення можуть виникати у зв'язку з:
 - пропуском прийому таблеток;
 - прийомом таблеток у різний час доби;
 - блюванням під час прийому таблеток;
 - прийомом протисудомних препаратів чи рифампіцину.
- Деяке полегшення стану можна досягти прийомом ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їжі протягом 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу при появі кровотечі.
- Якщо жінка приймала КОК протягом декількох місяців, прийом нестероїдного протизапального засобу не дає бажаного ефекту, можна призначити їй КОК з іншою дозою гормонів, які слід приймати, принаймні, протягом трьох наступних місяців.
- Якщо нерегулярні кровотечі приймають хронічний характер слід проаналізувати можливі причинні фактори, не пов'язані з прийомом КОК.

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

- У разі появи тривожних симптомів (головні болі, біль в грудях, порушення зору) або АТ $\geq 140/90$ потрібно припинити використовувати метод. Огляд терапевта/сімейного лікаря, щоб не пропустити патологію.

Головний біль (не пов'язаний з мігренню):

- У деяких жінок головні болі з'являються під час „безгормонального” тижня (тобто 7 днів, протягом яких жінка не приймає гормональні таблетки).
- Призначають кислоту ацетилсаліцилову, ібупрофен, парацетамол чи інший знеболюючий засіб.
- Будь-який головний біль, що посилюється або виникає, частішає під час прийому КОК, є показанням для додаткового обстеження жінки.

Перепади настрою чи порушення лібідо:

- При відсутності у житті жінки обставин, які можуть вплинути на її настрій, що включає і взаємини з партнером, необхідно надати їй моральну підтримку.
- У деяких жінок „безгормональний” тиждень (тобто 7 днів, протягом яких жінка не приймає гормональні таблетки) може супроводжуватися перепадами настрою. У цьому випадку призначають продовжений прийом контрацептиву.
- Жінки, які страждають різкими перепадами настрою, включаючи тяжку депресію, повинні направлятися на консультацію до відповідного фахівця.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

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

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

- Оцінити стан за анамнезом і результатами гінекологічного обстеження.
- Провести діагностику і призначте відповідне лікування.

Лікування протисудомними або протитуберкульозними препаратами:

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

Мігренозний головний біль:

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

- 54
- Допоможіть жінці вибрати альтернативний метод контрацепції, що не містить естрогенів.

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

Якщо жінка перенесла серйозне оперативне втручання чи існують інші причини, через які жінка позбавляється здатності пересуватися протягом декількох тижнів, їй слід:

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

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильні головні болі або помутніння зору, які почалися або посилилися після початку прийому комбінованих оральних контрацептивів.
- Сильні болі у нижніх кінцівках.
- Повна відсутність будь-яких кровотеч або виділень під час тижня без таблеток (упаковка з 21 таблетки) чи під час використання 7 неактивних таблеток (із 28-денної упаковки), що може бути ознакою вагітності.
- Сильна або тривала (> 8 днів) кровотеча.

ТРАНСДЕРМАЛЬНА ТЕРАПЕВТИЧНА СИСТЕМА (ГОРМОНАЛЬНИЙ ПЛАСТИР)

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

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

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

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність контрацепції у разі правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • негайна ефективність; • метод не пов'язаний із статевим актом; • діючі речовини поступають одразу у кровоток; • дає додаткову впевненість в ефекті (стан ШКТ не впливає на надходження препарату); • забезпечує рівномірне постачання препарату. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • не потребує участі медичного спеціаліста; • простота застосування. 	<ul style="list-style-type: none"> • можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – 3 цикли; • залежать від користувача, треба щоденно перевіряти, чи щільно приклеєна ТТС; • ефективність може знижуватися за одночасного вживання деяких протисудомних чи протитуберкульозних препаратів або рослинних препаратів, які містять звіробій продірявлений; • необхідно мати можливість поповнення запасу препарату; • не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТТС

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які не народжували;
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильний біль під час менструації.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТТС

- жінки, які мають підвищену чутливість до компонентів препарату;

- жінки, які мають венозний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легень), артеріальний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, тромбоз артерії сітківки) або провісники тромбозу (наприклад, стенокардія або транзиторна ішемічна атака);
- жінки з наявністю серйозних або множинних факторів ризику артеріального тромбозу:
- жінки, які мають мігрень з ауурою;
- жінки, які мають підтверджений або підозрюваний рак молочної залози, і підтвержені або підозрювані естрогензалежні пухлини;
- жінки, які мають аденому і карциному печінки;
- жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- жінки у період вагітності, лактації та післяпологовий період (3 тижні).

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ТТС

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

При застосуванні пластиру не з першого дня циклу варто одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції протягом наступних 7 днів.

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

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

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

Після аборту або викидня до 20-го тижня вагітності можна одразу розпочати використання пластиру. Якщо жінка починає використовувати пластир одразу після аборту або викидня, удаватися до додаткових методів контрацепції не обов'язково. Жінка повинна знати, що овуляція може відбутися протягом 10-14 днів після аборту або викидня. Після аборту або викидня на 20-ому тижні вагітності і пізніше використання пластиру можна розпочинати на 21-й день після аборту або викидня, або у перший день першої менструації.

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

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ ТТС

Одночасно можна використовувати лише один пластир ТТС.

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

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

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

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

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

Треба щоденно оглядати трансдермальний пластир з метою впевненості в його щільному приклеюванні.

Під час повного або часткового відклеєння ТТС

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

Навіть у випадку часткового відклеєння пластиру (ТТС):

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

Не варто намагатися приклеїти пластир, якщо він втратив свої адгезивні властивості; замість цього необхідно одразу приклеїти новий пластир (ТТС). **Не**

58
можна застосовувати додаткові липкі стрічки або пов'язки для утримання на місці пластиру.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

- можуть викликати зміну характеру менструацій (мажучі виділення або міжменструальні виділення). Період адаптації – близько 3 циклів (*рівень доказовості I, добре, пряме підтвердження*) (20);
- можлива незначна нудота, запаморочення, невеликий біль молочних залоз, головні болі;
- на місці приклеювання пластиру можливе подразнення шкіри.

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

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

ВАГІНАЛЬНЕ КІЛЬЦЕ КОМБІНОВАНОЇ ДІЇ

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

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

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

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • негайна активність; • зручний режим використання – один раз на місяць; • метод не пов'язаний із статевим актом; • пацієнтка може сама припинити використання засобу; • стабільне виділення гормонів; • відсутність первинного проходження через печінку та ШКТ. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сприяють зменшенню менструальних кровотеч (більш короткі та менші за величиною крововтрати); • зменшують менструальні болі; • сприяють встановленню регулярного менструального циклу; • знижують ризик розвитку раку яєчників та ендометрію; • знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози та кіст яєчників. 	<ul style="list-style-type: none"> • експульсія кільця у разі опущення стінок піхви; • можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла; • не захищають від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВАГІНАЛЬНЕ КІЛЬЦЕ КОМБІНОВАНОЇ ДІЇ

жінки репродуктивного віку;

- жінки, які мають будь-яку⁶⁰ кількість пологів у анамнезі, включаючи жінок, які не народжували;
- жінки, які бажають мати вискоєфективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують грудьми;
- жінки після аборту;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильні болі під час менструації;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з варикозом вен;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитовидної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, фіброміомою.

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ КОМБІНОВАНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЖІНОК, ЯКІ МАЮТЬ (відповідно до Інструкції виробника)

- венозний або артеріальний тромбоз/тромбоемболія (наявність у даний час або в анамнезі);
- фактори ризику тромбозу (наявність у даний час або в анамнезі);
- мігрень з вогнищевими неврологічними симптомами;
- цукровий діабет із судинними ускладненнями;
- панкреатит або перенесений панкреатит, який супроводжується високою гіпертри гліцеридемією (концентрація ЛПНЩ більше 500мг/дл);
- тяжкі захворювання печінки (до того часу, поки показники функції печінки не повернуться до нормальних значень);
- пухлини печінки (доброякісних або злоякісних; наявність у даний час або в анамнезі);
- гормонозалежні злоякісні пухлини (встановлені або такі, що підозрюються, наприклад пухлини статевих органів або молочних залоз);
- вагінальну кровотечу, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- встановлену або можливу вагітність;
- період лактації;
- гіперчутливість до активних речовин або до будь-якого компонента.

З обережністю:

- цукровий діабет;
- ожиріння (індекс маси тіла більше 30 кг/м²);
- підвищений артеріальний тиск;
- фібриляція передсердь;
- захворювання клапанів серця;
- дисліпопротеїнемія;
- захворювання печінки і жовчного міхура;
- хвороба Крона і виразковий коліт;
- серпоподібно-клітинна анемія;

- системний червоний вовчак;
- гемолітичний уремичний синдром;
- епілепсія;
- куріння у віці старше 35 років;
- тривала іммобілізація, значні хірургічні втручання;
- фіброзно-кистозна мастопатія;
- фіброміома матки;
- уроджені гіпербілірубінемії (синдром Жильбера, Дубіна- Джонсона і Ротора);
- хлоазма (уникати перебування під сонцем або під дією ультрафіолетового випромінювання);
- будь-який із станів, коли жінка не зможе належним чином ввести або може загубити вагінальне кільце комбінованої дії: випадіння шийки матки; цистоцеле (грижа сечового міхура) або ректоцеле (грижа прямої кишки), сильний або хронічний запор.

ВИКОРИСТАННЯ ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ КОМБІНОВАНОЇ ДІЇ

Одне кільце розраховане на один цикл.

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

Початок використання

Вводиться кільце *між 1 днем і 5 днем менструального циклу*, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальна кровотеча ще не закінчилася.

Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції, такі як презерватив.

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

Після 7-денної перерви вводиться наступне кільце.

Кожне кільце призначене для одного циклу використання; один цикл складається з 3 тижнів використання кільця і тижневої перерви. Після введення кільце повинно залишатися на місці протягом трьох тижнів, потім воно має бути видалене у той самий день тижня, в який було введено.

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

У разі переходу з гормональних контрацептивів (таблетки, імплантат або ін'єкція) чи внутрішньоматкової системи, яка містить левоноргестрел можна перейти з імплантату чи ВМК, який містить прогестаген, у день їх видалення, з ін'єкційного препарату – у день, коли повинна відбутися наступна ін'єкція. **У всіх цих випадках протягом перших 7 днів необхідно використовувати додатковий бар'єрний метод контрацепції.**

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

Після пологів чи абортів у ⁶²другому триместрі можна починати використання кільця на четвертому тижні після пологів (якщо не годує грудьми) чи абортів другого триместру. Якщо початок використання кільця розпочато пізніше, то протягом перших 7 днів рекомендується додатково користуватися бар'єрним методом. Якщо у жінки уже був статевий акт, то перед початком використання кільця необхідно виключити вагітність або дочекатися першої менструації.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ

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

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

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

ТАБЛЕТОВАНІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЩО МІСТЯТЬ ПРОГЕСТАГЕН

Таблетовані контрацептиви, що містять прогестаген (ТКП) - таблетки, що містять малі дози прогестагену – штучного аналога натурального гормону прогестерону. ТКП 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 ендометрія, ускладнюючи імплантацію;
- зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієвих трубах).

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ефективні, якщо приймаються в один і той самий час щодня (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • негайна ефективність (через 24 години); • не вимагається проводити спеціальний гінекологічний огляд перед початком використання; • метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо; • метод не впливає на грудне годування; • негайне повернення фертильності після припинення використання; можуть застосовуватися при протипоказаннях до призначення естрогену. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • можуть зменшити інтенсивність менструального болю; • можуть зменшити менструальну кровотечу; • можуть сприяти зменшенню анемії; • знижують ризик розвитку раку ендометрія; • зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози. 	<ul style="list-style-type: none"> • викликають зміни в характері менструального циклу (нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях прийому таблеток); • можливе деяке збільшення або втрата маси тіла; • повинні прийматись в один і той самий час щодня; • забування прийняти таблетку збільшує ризик вагітності; • необхідно мати можливість поповнити запас контрацептиву; • ефективність може знижуватися за одночасного використання деяких протисудомних (фенітоїн, карбамазепін, примідон, барбітурати, топірамат, окскарбазепін) чи протитуберкульозних (рифампіцин, рифабутин) препаратів; • метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТКП

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

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ВИКОРИСТАННЯ ТКП (відповідно до Інструкції виробника)

- активні венозні тромбоемболічні захворювання;
- наявні в даний час або в анамнезі тяжкі захворювання печінки до нормалізації показників функції печінки;
- піхвова кровотеча неясної етіології;
- наявна або підозра на вагітність;
- прогестагензалежна пухлина;
- гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ТКП

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

Після пологів:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

За умови відмови від ВМК (включаючи ВМС, що містить левоноргестрел) прийом ТКП можна починати у будь-який з 5 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого методу контрацепції немає. ВМК може бути видалений протягом цього періоду.

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ ТКП

Необхідно приймати по 1 таблетці щодня в один і той самий час доби.

Першу таблетку приймають протягом 5 днів після початку менструації.

Якщо використання ТКП починається після 5-го дня циклу, слід використовувати додатковий метод контрацепції у перші 48 годин.

Закінчити прийом всіх таблеток в упаковці. Наступного дня після використання останньої таблетки почати нову упаковку.

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

Якщо жінка запізнилася з використанням таблетки **більше ніж на 3 години** (для ТКП, що містять **0,5 мг лінестренолу**) або **більше ніж на 12 годин** (для ТКП, що містять **0,075 мг дезогестрелу**), прийняти таблетку, як тільки згадає. Використовувати додатковий метод під час статевих стосунків у подальші 48 годин.

Якщо жінка забула прийняти 1 або більше таблеток, необхідно прийняти наступну, як тільки згадає. Використовувати додатковий метод під час статевих

стосунків у подальші 48 годин. Якщо ⁶⁶ протягом попередніх 5 днів відбувся незахищений статевий контакт, то необхідно прийняти ТНК.

Якщо не було 2 чи більше менструацій, необхідно оглянути жінку для перевірки на вагітність.

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ІХ ВИНИКНЕННЯ

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

Побічні ефекти:

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

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

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

- У жінок перші місяці прийому ТКП можуть супроводжуватися частими або нерегулярними кров'янистими, мажучими виділеннями, після чого можлива нормалізація менструального циклу, або збереження нерегулярного характеру кров'янистих виділень. У частини жінок нерегулярні кров'янисті виділення можуть тривати протягом усього прийому ТКП.
- Нерегулярні кров'янисті виділення можуть також виникати у зв'язку з блюванням чи діареєю, прийомом протисудомних препаратів або рифампіцину.
- Короткочасне полегшення стану може досягатися прийомом ібупрофену (по 800 мг 3 рази на день після їжі протягом 5 днів) або іншого нестероїдного протизапального засобу.
- Якщо нерегулярні кров'янисті виділення продовжуються або з'являються після декількох місяців нормальних менструальних кровотеч або повної їх відсутності, або при підозрі на певне захворювання, слід проаналізувати можливі причини кровотеч, не пов'язані з прийомом ТКП.
- Якщо стурбованість пацієнтки не проходить після консультування, необхідно допомогти їй вибрати інший метод.

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

- Необхідно заспокоїти жінку, запевнивши її, що в деяких випадках прийом ТКП може служити причиною значних або тривалих кровотеч. Як

правило, такі явища не⁶⁷ приносять шкоди здоров'ю жінки, і вони стають менш вираженими або повністю припиняються після декількох місяців. З метою профілактики анемії рекомендується приймати препарати заліза і включати в раціон харчування продукти, що містять залізо.

- Якщо кровотечі набувають хронічного характеру або з'являються після серії звичайних менструальних циклів або відсутності таких, або при підозрі на захворювання, слід проаналізувати можливі причини кровотечі, не пов'язані з прийомом ТКП.
- Якщо кровотечі, пов'язані з прийомом ТКП продовжують турбувати жінку, необхідно допомогти вибрати інший метод контрацепції.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

Вагінальні кровотечі неясної етіології:

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

Лікування протисудомними або протитуберкульозними препаратами:

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

Мігренозний головний біль:

- Мігренозні головні болі без аури не є протипоказанням до застосування ТКП.
- Мігренозні головні болі з аурою є протипоказанням до застосування ТКП. Необхідно допомогти жінці вибрати негормональний метод контрацепції.

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

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

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після ⁶⁸ кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Сильна (в 2 рази довша чи в 2 рази більша за об'ємом за звичайну) або тривала (>8 днів) менструація.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

ПРОГЕСТАГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПК)

До ПК належать прогестагени пролонгованої дії – депо медроксипрогестерону (ДМП).

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).

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність (0,3 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • негайна ефективність (< 24 години); • довготривалий, але зворотний засіб контрацепції. Середній термін дії 2-3 місяці після кожної ін'єкції; • не вимагається проведення спеціального огляду перед початком використання; • не пов'язаний зі статевим актом; • метод не впливає на грудне вигодовування; • пацієнтці не потрібно часто купувати препарат чи мати його про запас; • не містить естроген; • може використовуватись жінками будь-якого віку. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • конфіденційність. Ніхто, крім медичного спеціаліста не знає, який контрацептив використовує жінка; • зручність використання – не потрібно щодня приймати таблетки; • можуть зменшити менструальні болі; • можуть зменшити менструальну кровотечу; • можуть сприяти покращенню перебігу анемії; • знижують ризик раку ендометрію; 	<ul style="list-style-type: none"> • викликають зміни у характері менструальних кровотеч майже у всіх жінок (нерегулярні виділення /аменорея); • збільшення маси тіла (у середньому 1-2 кг) ; • затримка у поверненні фертильності; • необхідно мати препарат у наявності; • метод не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

<ul style="list-style-type: none"> • зменшують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози; • зменшують ризик ектопічної вагітності; • знижують ризик загострення серповидно-клітинної анемії. 	
--	--

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПК

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

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПК (відповідно до Інструкції виробника)

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з невстановленими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не можуть переносити ніяких змін у характері менструальних кровотеч;
- жінки, які не готові чекати повернення фертильності тривалий час;
- жінки, які мають гормонозалежні пухлини молочної залози;
- жінки, які мають тяжкі порушення функції печінки;
- жінки, які мають злоякісні пухлини статевих шляхів;
- жінки з підвищеною чутливістю до ДМП або до інших компонентів препарату.

Особливі вказівки:

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

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

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

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

Застосування ДМП може впливати на результати таких лабораторних досліджень:

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

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ПІК

У будь-який з 5 днів (відповідно до Інструкції виробника) після початку менструації. При цьому використання будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.

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

Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 6 тижнів, якщо вона годує грудьми, але не використовує МЛА;
- протягом 5 днів після пологів, якщо не годує грудьми.

Після аборту (одразу або в один з 7 наступних днів). При цьому використання будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно. Якщо введення ПІК проводиться через 7 днів після аборту за умови впевненості, що жінка не вагітна, то рекомендовано утримуватися від статевих стосунків або використовувати додатковий (бар'єрний) метод контрацепції протягом подальших 7 днів.

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

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

У разі відмови від використання негормональних методів контрацепції (виключаючи ВМК) першу ін'єкцію ПІК можна зробити негайно

після припинення використання методу або у будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.

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

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки, і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то у цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків, і від початку менструації минуло понад 7 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом подальших 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий засіб, то його необхідно видалити під час наступного менструального циклу. *(I, побічне підтвердження) (20)*

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ ДМП

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

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

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

МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ДМП

1. Вимити руки і одягнути одноразові рукавички.
2. Місце ін'єкції протерти антисептиком круговими рухами у напрямку від місця ін'єкції до периферії.
3. Злегка струсити флакон з ДМП, протерти його верхню частину і пробку антисептиком і набрати у шприц необхідну дозу.
4. Глибоко ввести стерильну голку у верхню частину плеча (дельтовидний м'яз) або сідницю (верхній зовнішній квадрант великого сідничного м'яза). ДМП зручніше вводити в плече. Ввести вміст шприца.
5. Не масажувати і не розтирати місце ін'єкції. Проінформувати пацієнтку, що не можна масажувати чи розтирати місце ін'єкції. Пояснити, що це може призвести до швидкого всмоктування ДМП.
6. Використаний шприц підлягає дезінфекції і утилізації відповідно до чинних нормативних документів.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Аменорея (відсутність менструальних виділень):

- При відсутності вагітності жодного лікування не потрібно, тільки консультування. Постійна дія невеликих доз прогестагену (ЛНГ) зменшує товщину ендометрію, призводячи до зменшення менструальних кровотеч, а у деяких жінок – до повного їхнього припинення. Це не наносить шкоди здоров'ю.
- У разі маткової вагітності необхідно пояснити пацієнтці наявні у неї можливості. Якщо вагітність буде виношуватись, припинити ін'єкції та заспокоїти жінку, що невелика доза прогестагену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду.
- Не намагатися викликати кровотечу за допомогою гормональної терапії (КОК).

Нерегулярні кров'янисті, мажучі виділення:

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

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

- Пояснити жінці, що у деяких випадках використання ПІК супроводжується більшими за об'ємом і тривалими менструальними кровотечами. У більшості жінок змінений характер менструальних кровотеч стає регулярнішим через 6 місяців.
- Якщо після консультування занепокоєння пацієнтки не минає і вона хоче продовжувати використовувати ПІК, можна призначити лікування (за умови відсутності протипоказань до використання естрогенів):
 - при наявності кровотечі - 21-денний прийом КОК (30-35 мкг ЕЕ). Не забути сказати пацієнтці, що менструація повинна початися протягом тижня після завершення курсу КОК;
 - у разі значної кровотечі призначається по 2 таблетки КОК в день до припинення кровотечі з продовженням прийому КОК по 1 табл. в день. Загальна тривалість лікування складає 21 день.
- Якщо кровотеча триває, незважаючи на проведені лікування, або з'являється після серії звичайних менструальних циклів слід проаналізувати можливі причини, не пов'язані із застосуванням ПІК.

Збільшення або втрата маси тіла (зміна апетиту)

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

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

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі у нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).

- Сильна (в 2 рази довша або в 2⁷⁴ рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) – представляє собою невелику гнучку рамку із пластику з мідними гільзами чи обмоткою з мідного дроту або з визначеною кількістю прогестагену (левоноргестрелу), що вивільняється щоденно у порожнину матки.

Пристрій виготовляється з поліетилену з додаванням сульфату барію, що забезпечує можливість отримати зображення під час рентгенівського обстеження.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЩО МІСТЯТЬ МІДЬ

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки;
- впливають на перистальтику маткових труб;
- викликають відповідну реакцію ендометрія на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації.

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

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність (0,6 вагітностей на 100 жінок протягом першого року; використання ВМК, що містять мідь); • метод ефективний одразу після введення; • довготривале попередження непланованої вагітності; • метод не пов'язаний безпосередньо зі статевим актом; • метод не впливає на грудне вигодовування; • негайне повернення фертильності після вилучення ВМК; • ВМК не взаємодіють з будь-якими медикаментами; • крім візиту після введення ВМК, пацієнтці потрібно звертатися до лікаря тільки у разі виникнення проблем та для щорічних оглядів на загальних підставах; 	<ul style="list-style-type: none"> • перед введенням ВМК необхідно провести гінекологічний огляд пацієнтки та рекомендовано оцінити ризик зараження ІПСШ; • обов'язкова наявність підготовленого медичного спеціаліста для введення і вилучення ВМК; • жінка повинна перевіряти нитки ВМК після менструації, якщо вона супроводжувалася болями та спазмами; • жінка не може сама припинити використання методу; • посилення менструальних кровотеч і болів у перші кілька місяців (лише для мідних ВМК); • можлива спонтанна експульсія ВМК; • дуже рідко (< 1/1000 випадків) трапляється перфорація матки під час введення ВМК; • можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку

<ul style="list-style-type: none"> • пацієнтці не потрібно нічого купувати або мати про запас; • недороговартісний метод (ВМК Cooper T 380 A). 	<p>ЗЗОМТ з наступним безпліддям у жінок, які входять до групи ризику зараження ІПСШ.</p>
--	--

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після абортів, які не мають ознак інфекції органів малого тазу;
- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки старші 35 років, які курять;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенева тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, інсульт тощо);
- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігренями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з незрозумілими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з інфекцією статевих шляхів (вагініт, цервіцит);
- жінки, які нещодавно (протягом 3 місяців) перенесли ЗЗОМТ чи септичний аборт;
- жінки з вродженими аномаліями матки або доброякісними пухлинами (фібромами) матки, які значно деформують її порожнину;
- жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі;
- жінки, у яких діагностовано злоякісну трофобластичну пухлину;
- жінки із діагностованим тазовим туберкульозом;
- жінки, які мають рак статевих органів (ендометрію, яєчників, шийки матки);
- жінки, які мають ризик зараження ІПСШ (мають більше одного статевого партнера або їх партнер має більше одного статевого партнера).

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАРАЖЕННЯ ІПСШ

Наявність гонореї і хламідіозу є протипоказанням до введення ВМК.

Етапи бесіди:

- Необхідно проінформувати жінку, що приналежність до групи підвищеного ризику щодо деяких ІПСШ є протипоказанням до використання ВМК.
- Запропонувати жінці самостійно визначити рівень ризику щодо ІПСШ, якому вона піддається на основі визначених обставин.

Обставини, які можуть вказувати на приналежність цієї жінки до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, такі:

- у жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевого партнера жінки останнім часом було декілька статевих партнерів;
- у статевого партнера жінки спостерігаються симптоми ІПСШ, включаючи гнійні виділення з уретри, болючість чи печіння під час сечовипускання чи відкриті виразки на шкірі статевих органів;
- жінці чи її статевому партнеру нещодавно поставили діагноз ІПСШ.
- Якщо жінка входить до групи підвищеного ризику щодо ІПСШ, слід допомогти їй обрати альтернативний метод контрацепції.
- Якщо жінка, яка входить до групи підвищеного ризику щодо гонореї чи хламідіозу, наполягає на встановленні ВМК, і є умови для проведення достовірних лабораторних тестів, ВМК може бути введений на основі негативних результатів лабораторних аналізів. При отриманні позитивних результатів лабораторного обстеження ВМК може бути введений по завершенню відповідного курсу лікування, за умови, що жінка не піддається ризику повторного інфікування на момент введення ВМК.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВМК

ВМК, що містять мідь

Якщо менструальний цикл регулярний, введення ВМК можливе **протягом 12 днів після початку менструації** у будь-який зручний для жінки час (не лише у період менструальної кровотечі). Додатковий метод контрацепції не застосовується.

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

Після пологів введення ВМК допускається якщо:

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

Після абортів ВМК може вводитися одразу. Потреби у додатковому методі контрацепції немає. Якщо пройшло більше 12 днів після аборту і ознаки інфекції відсутні, введення можна проводити у будь-який час за умови, що точно відомо, що жінка не вагітна. Потреби у додатковому методі контрацепції немає.

Введення ВМК після переривання вагітності у 2-му триместрі потребує спеціальних навичок. Якщо лікар не має цих навичок, то введення ВМК потрібно відкласти коли після аборту чи викидня мине 4 і більше тижнів.

У разі відмови від іншого методу контрацепції:

ВМК може вводитися одразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструальної кровотечі та використовувати допоміжний метод контрацепції.

Якщо використовувались ін'єкційні контрацептиви, то ВМК можна ввести у день ін'єкції. При цьому немає необхідності використовувати допоміжний метод контрацепції.

ВВЕДЕННЯ / ВИДАЛЕННЯ ВМК

Підготовка до введення ВМК

1. Проводиться детальне консультування пацієнтки.
2. Ретельно миють руки водою з милом і витирають одноразовим паперовим рушником.
3. Пальпація живота для виявлення болючості або утворень, особливо у надлобковій області.
4. Огляд зовнішніх статевих органів.
5. Надягнути на обидві руки нові одноразові рукавички.
6. Підготувати інструменти й матеріали на стерильній поверхні чи у контейнері.
7. Ввести гінекологічне дзеркало.
8. Огляд пацієнтки за допомогою гінекологічного дзеркала:
 - визначити, чи є якісь ушкодження піхви або патологічні піхвові виділення;
 - оглянути шийку матки й уретру.
9. Обережно вивести дзеркало й покласти його на піднос або в контейнер з інструментами.
10. Провести бімануальне обстеження:
 - визначити, чи є болючість під час руху шийки матки;
 - визначити розмір, форму й положення матки;
 - перевірити на наявність вагітності;
 - пропальпувати додатки на наявність болючості, запального процесу або пухлинних утворень.
11. Провести ректопіхвове обстеження (якщо є показання):
 - визначити розмір матки у ретроверсії (відхиленої назад),
 - перевірити на наявність будь-якої патології.
12. Поінформувати жінку, що буде зроблено, і спонукати її ставити запитання та давати відповіді на них.

Безконтактний спосіб введення ВМК

Підготовка ВМК до введення у стерильному пакеті:

- частково відкрити вільну від ВМК частину пакета й відгорнути його кінці у різні боки;
- ввести білий стержень (плунжер) в аплікатор;
- покласти пакет на плоску поверхню;
- підсунути ідентифікаційну картку під плічка (горизонтальні частини) Т-подібного ВМК;

- притримуючи кінці плічок ВМК⁷⁹ пальцями, що знаходяться ззовні пакета, просувати аплікатор уперед так, щоб ці плічка стали згинатися донизу;
- коли складені плічка ВМК торкнуться стінок аплікатора, ледве висунути його з-під їхніх кінців, продовжуючи притримувати плічка пальцями ззовні пакета;
- підняти кінець аплікатора й захопити ним кінці плічок спіралі, для цього обережно повертаючи й просуваючи його вперед.

Введення ВМК

1. Надягнути нові одноразові рукавички на обидві руки.
2. Ввести гінекологічне дзеркало для візуалізації шийки матки.
3. Протерти шийку (особливо вічко) і піхву антисептиком два рази.
4. Обережно захопити шийку матки пульвовими щипцями.
5. Не торкаючись бокових стінок піхви або дзеркала, одним рухом обережно ввести матковий зонд через цервікальний канал у порожнину матки.
6. Визначити довжину порожнини матки й положення матки; витягнути зонд.
7. Взяти пакет із заправленим ВМК і встановити глибинний обмежувач на необхідну довжину, не виймаючи при цьому ВМК зі стерильного пакета, а потім повністю відкрити пакет.
8. Вийняти аплікатор із заправленим у нього ВМК зі стерильного пакету, не торкаючись нестерильних поверхонь; обережно, щоб випадково не виштовхнути ВМК білим стержнем.
9. Обережно ввести завантажений аплікатор через цервікальний канал, тримаючи його так, щоб глибинний обмежувач перебував у горизонтальному положенні; ввести його до тих пір, поки він не торкнеться шийки матки або не відчується опір.
10. Взяти пульові щипці й білий стержень твердо однією рукою, іншою рукою потягнути аплікатор на себе, поки він не торкнеться великого пальця руки, що тримає білий стержень, цим самим визволяючи плічка ВМК (технологія „витагування”).
11. Витягнути білий стержень і обережно просунути аплікатор вперед, поки не відчується легкий опір.
12. Частково витягнути аплікатор і обріжте нитки ВМК, залишивши їх довжиною 3-4 см.
13. Повністю витягнути аплікатор.
14. Обережно зняти пульові щипці.
15. Оглянути шийку матки; якщо є кровотеча у місці накладання щипців, прикласти стерильний шматочок вати або марлі на місце, що кровоточить, і злегка натиснути та потримати протягом 30-60 секунд.
16. Обережно витягнути дзеркало.
17. Ретельно вимити руки водою з милом.
18. Зробити запис у медичній документації пацієнтки.

19. Використані інструменти складають у лоток і віддають акушерці. Використані інструменти підлягають дезінфекції і утилізації/стерилізації відповідно до чинних нормативних документів.

Видалення

1. Зазвичай видалення ВМК – проста процедура.
2. Медичний спеціаліст дотримується відповідних вимог щодо профілактики інфекцій, зазвичай ця маніпуляція відбувається в амбулаторних умовах.
3. ВМК повільно видаляється потягуванням за нитки за допомогою хірургічного затискача або пінцета.
4. **Протипоказане проведення вишкрібання стінок порожнини матки після видалення ВМК.**

Особливі вказівки

Якщо будь-які проблеми відсутні, й пацієнтка не бажає достроково вилучити ВМК, то, за винятком огляду через 3-6 тижнів після введення ВМК, жодних медичних показань для подальших додаткових візитів до лікаря немає.

Перші дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями.

Після введення ВМК можуть з'явитись мажучі кров'яністі виділення, що можуть тривати від 3 до 6 місяців.

ВМК необхідно вилучити через той період часу, який вказаний в інструкції з його використання, але це можна зробити й раніше, якщо жінка прийме таке рішення.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Побічні ефекти:

Зміна характеру менструальних кровотеч:

- Можливі більш тривалі і значні, нерегулярні менструальні кровотечі, більш інтенсивні менструальні спазми та болі.
- Ці побічні ефекти не є симптомами будь-якого захворювання і не потребують лікування.
- Побічні ефекти стають менш вираженими чи повністю зникають через 3-6 місяців після введення ВМК.

Проблеми:

Значні чи тривалі менструальні кровотечі (кількість втраченої крові перевищує звичайну у 2 рази чи кровотеча триває більше 8 днів):

- Заспокоїти пацієнтку, пояснити, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, провести консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначити ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом 5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).

- Якщо значні та тривалі менструальні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Нерегулярні кровотечі:

- Заспокоїти пацієнтку, пояснити, що у жінок, які використовують ВМК можуть виникати подібні стани.
- Якщо патологія відсутня, можна призначити ібупрофен (400 мг) або індометацин (25 мг) 2 рази на день після їжі протягом 5 днів і таблетки, що містять залізо (по 1 таблетці щодня протягом 1-3 місяців).
- Якщо нерегулярні кровотечі набувають рецидивуючого характеру або виникають після декількох звичайних менструальних циклів чи через тривалий час після введення ВМК, необхідно виключити наявність патології.

Анемія:

- ВМК, що містять мідь можуть сприяти виникненню і прогресуванню анемії, якщо на момент введення ВМК рівень гемоглобіну був невисокий і використання ВМК супроводжується більш значними і тривалими менструальними кровотечами.
- Особливу увагу варто звертати на такі ознаки і симптоми:
 - блідість шкіри, швидка стомлюваність і слабкість, запаморочення, дратівливість, головні болі, дзвін у вухах, запалення слизової язика, підвищена ламкість нігтів;
 - рівень гемоглобіну 90г/л, гематокрит менше 30.
- Необхідно призначити препарати заліза і порекомендувати жінці збільшити у раціоні харчування продукти, що містять залізо.
- Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому, й у жінки дуже виражена анемія (гемоглобін < 70 г/л), порекомендувати вилучити ВМК і допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Спазми і болі:

- Перші 2 дні після введення ВМК можуть супроводжуватись спазмами і болями.
- Пояснити жінці, що спазми та болі є поширеним явищем у перші 3-6 місяців після введення ВМК, особливо під час менструальних кровотеч. Як правило, ці прояви не наносять шкоди здоров'ю жінки і стають менш вираженими через певний час.
- Призначити ібупрофен або парацетамол для зменшення дискомфорту.
- Якщо спазми і болі приймають хронічний характер і виникають без зв'язку з менструальними кровотечами, то у цьому випадку:
 - визначити причину і призначити лікування
 - якщо причину встановити не вдається та інтенсивність спазмів висока, розглянути варіант видалення ВМК.

Сильні болі внизу живота (підозра на ЗЗОМТ):

- Провести гінекологічне обстеження органів малого тазу.

- Якщо провести гінекологічне обстеження з тієї чи іншої причини неможливо, і крім болів спостерігається те чи інше поєднання нижченаведених симптомів, то це може вказувати на наявність ЗЗОМТ:
 - вагінальні виділення;
 - лихоманка, озноб;
 - болі під час статевого контакту чи сечовипусканні;
 - поява кров'янистих мажучих виділень під час статевого контакту чи без зв'язку з менструальним циклом
 - нудота, блювота;
 - болі при пальпації живота.
- Враховуючи серйозність наслідків нелікованих ЗЗОМТ, лікар повинен призначати відповідне лікування у всіх підозрілих випадках, що супроводжуються тим чи іншим поєднанням перерахованих вище симптомів і ознак. Лікування повинно починатися якомога раніше після постановки діагнозу. Раннє застосування антибіотиків відповідного спектру дії забезпечить більш ефективну профілактику хронічних ускладнень ЗЗОМТ.
- Лікування має включати препарати, активні по відношенню до гонококової, хламідійної і анаеробної інфекцій, передбачати боротьбу з гонореєю, хламідіозом і анаеробної флорою. На час лікування запропонувати жінці/парі користуватися презервативами.
- Якщо жінка хоче продовжувати використовувати ВМК, то немає необхідності її видалити. Якщо жінка більше не хоче використовувати ВМК, то його можна видалити після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОМТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс антибіотикотерапії.

Партнер відчуває нитки ВМК під час статевого акту:

- Пояснити, що така проблема може іноді виникати через надмірну довжину обрізаних ниток ВМК.
- Якщо нитки ВМК викликають неприємні відчуття у партнера, можливі варіанти вирішення проблеми:
 - нитки ВМК можуть бути обрізані додатково таким чином, що вони не будуть виходити за межі цервікального каналу. Це вирішить проблему для партнера, проте жінка більше не зможе перевіряти наявність ВМК у порожнині матки по нитках у піхві.

Часткова експульсія (часткове випадіння) ВМК:

- Часткова експульсія є показанням для видалення ВМК.
- З'ясувати, чи хоче жінка продовжити використовувати ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції.
- Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.
- Якщо жінка відмовляється від подальшого використання ВМК, допомогти їй вибрати інший метод контрацепції.

Повна експульсія (повне випадіння) ВМК:

- При повній експульсії ВМК слід з'ясувати, чи хоче жінка продовжити використання ВМК, або ж вона хоче обрати інший метод контрацепції.

Новий ВМК може бути введено у будь-який день за наявності достатньої впевненості у тому, що жінка не вагітна.

- При підозрі на експульсію ВМК і відсутності повної впевненості у тому, що експульсія ВМК дійсно відбулась, слід направити жінку на рентгенологічне або ультразвукове обстеження. Запропонувати допоміжний метод контрацепції, яким жінка зможе користуватися до завершення обстеження і встановлення факту експульсії.

Відсутність ниток ВМК:

- Необхідно встановити:
 - чи помітила жінка випадіння ВМК, і якщо так, то коли це відбулось;
 - коли жінка перевіряла наявність ниток останній раз;
 - коли у жінки була остання менструація;
 - чи є у жінки ознаки вагітності;
 - чи використовувала жінка інший метод контрацепції з того часу, як помітила відсутність ниток.
- Спробувати відшукати нитки ВМК у цервікальному каналі за допомогою спеціального затискача. Приблизно у половині випадків «зниклі» нитки знаходяться.
- Якщо нитки ВМК у цервікальному каналі відсутні, це означає, що нитки виявилися втягнутими у порожнину матки, або відбулась експульсія, яку жінка не помітила. Направити на рентгенологічне чи ультразвукове дослідження.
- Необхідно виключити вагітність.
- Якщо жінка не вагітна і ВМК не виявлено, ввести новий ВМК або допомогти пацієнтці обрати інший метод контрацепції.

Підозра на перфорацію матки:

- Якщо під час введення ВМК виникає підозра на перфорацію матки, слід негайно припинити всі дії (і видалити ВМК, якщо він був вже введений) і госпіталізувати жінку з метою спостереження за її станом в умовах стаціонару:
 - протягом першої години жінка повинна дотримуватися суворого постільного режиму;
 - через кожні 5-10 хвилин слід перевіряти основні показники стану організму (кров'яний тиск, пульс, частоту дихання і температуру).
- Якщо стан жінки залишається стабільним після однієї години спостереження, рекомендується обстежити її на предмет виявлення ознак внутрішньої кровотечі (низький гематокрит, низький рівень гемоглобіну); також слід продовжити регулярну перевірку основних показників стану організму.
- Жінка повинна перебувати під спостереженням у такому режимі протягом кількох годин. Якщо ознаки або симптоми погіршення стану відсутні, жінка може бути виписана додому з рекомендацією утриматися від статевих контактів протягом двох тижнів. Допомогти жінці вибрати альтернативний метод контрацепції.
- Частий пульс і зниження кров'яного тиску, поява нових болів або посилення болю в області матки є показанням для додаткового

обстеження і прийняття рішення щодо подальшого лікування.

- Якщо підозра на перфорацію матки виникає протягом 6 тижнів після введення ВМК або пізніше, і спостерігається відповідна клінічна картина, слід направити жінку у стаціонар для обстеження і визначення тактики лікування. ВМК слід видалити в умовах стаціонару.

Стани, які можуть вимагати зміни методу:

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

***Вагінальні кровотечі неясної етіології** (поява таких кровотеч може вказувати на стан, не пов'язаний з використанням ВМК):*

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

***Аменорея** (відсутність менструальних виділень):*

- Перевірити пацієнтку на наявність вагітності.
- Якщо вона *не вагітна*, не вилучати 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 13 тижнів. Якщо ниток не видно, чи термін вагітності більше 13 тижнів, не вилучати 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 вказують на можливу інфекцію органів малого тазу).
- Нитки спіралі відсутні або під час перевірки із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК.
- З'явився інший партнер, ВМК не захищає від ПСШ, ВІЛ.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (ВМС)

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Контрацептивний ефект досягається за допомогою комбінації трьох механізмів:

- вплив на ендометрій, що зменшує вірогідність імплантації;
- згущення цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів;
- зменшення рухливості сперматозоїдів.

При цьому спостерігається мінімальний вплив на функцію яєчників (у більшості жінок після періоду адаптації зберігається овуляція).

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • висока та негайна ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 вагітності на 100 жінок протягом першого року використання); • використання методу не залежить від користувача; • метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо; • незначні побічні ефекти, добра переносимість; • метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років); • можливість застосування при наявності протипоказань до естрогенного компоненту; • мінімальний системний вплив дозволяє використовувати систему з ЛНГ під час вигодовування грудьми та інших станах, за яких системний вплив гормонів є небажаним; • негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення; • відсутність впливу на кров'яний тиск. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації; 	<ul style="list-style-type: none"> • можливі кров'яністі мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою, акне (як правило минають після періоду адаптації); • необхідна підготовка пацієнтки перед введенням системи з ЛНГ (наприклад, лікування запального процесу), що вимагає додаткового часу; • вимагається певна кваліфікація лікаря для введення системи, що дає змогу уникнути небажаних ефектів (наприклад, експульсії); • не рекомендується за невеликих розмірів матки, під час деформації порожнини матки, не є методом першого вибору для молодих жінок, які ще не народжували; • не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

<ul style="list-style-type: none"> • має виражений локальний вплив на ендометрій і застосовується для контрацепції у жінок з певною патологією ендометрію (наприклад, під час аденоміозу, гіперплазії ендометрію тощо); • позитивно впливає під час альгодисменореї; • сприяє поліпшенню стану у жінок з анемією (підвищується рівень гемоглобіну та ферритину); • зменшує ризик ектопічної вагітності. 	
---	--

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- жінки репродуктивного віку, які народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі;
- жінки після пологів, які годують грудьми;
- жінки після абортів (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які мають нез'ясовані вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки із запальними захворюваннями органів малого тазу у даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфікованим абортів протягом останніх трьох місяців;
- жінки із цервіцитами та дисплазіями шийки матки;
- жінки із злоякісними захворюваннями молочної залози, ендометрія, яєчників, шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- жінки з тромбозом глибоких вен та легеневою тромбоемболією;
- жінки з аномаліями матки, включаючи міому у разі деформації порожнини матки;
- жінки зі станами, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- жінки з гіперчутливістю до компонентів препарату.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ

ВМС, що містить левоноргестрел

Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе *протягом 7 днів після початку менструації* у будь-який зручний для жінки час (не тільки у період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.

Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Якщо введення здійснюється після 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

Післяпологове введення ВМС слід відкласти до повної інволюції матки, але не раніше ніж через 6 тижнів після пологів. Якщо інволюція настає занадто повільно, доцільно розглянути питання про введення системи через 12 тижнів після пологів.

Після аборту ВМС може вводиться одразу, якщо аборт проводився у I триместрі вагітності.

У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМС може вводиться одразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступної менструації:

- якщо після початку менструації пройшло не більше 7 днів, то немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції;
- якщо після початку менструації минуло більше 7 днів, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів;
- якщо попередній контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення ВМС повинно проводитися у день можливої наступної ін'єкції попереднього контрацептиву. Жінка повинна користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів після введення.

Профілактика інфікування та пов'язані з цим стани

Трубка для введення системи охороняє систему від контакту з флорою піхви у процесі введення. Механізм введення також сконструйований так, щоб мінімізувати ризик виникнення інфекції. Незважаючи на це, існує ризик розвитку інфекції органів малого тазу безпосередньо після введення системи або у перший місяць після її введення. Інфекції органів малого тазу під час застосування внутрішньоматкових контрацептивів часто пов'язані із захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Ризик розвитку інфекції зростає, якщо у жінки або її партнера кілька статевих партнерів. Необхідно належним чином лікувати інфекції органів малого тазу. Інфекційні захворювання органів малого тазу можуть вплинути на дітородну функцію і підвищити ризик виникнення позаматкової вагітності.

Якщо виникла рецидивуюча інфекція, або гостра інфекція не піддалася лікуванню протягом декількох днів, варто видалити систему.

Жінці необхідно негайно проконсультуватися з лікарем у разі постійного болю внизу живота, підвищеної температури, болю під час статевих актів 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

відмічаються ознаки, які вказують на те, що засіб змістився (збільшилась довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо жінка не може відчувати нитки, потрібно уникати статевого акту або застосовувати інші контрацептиви і проконсультуватися з лікарем. Оскільки система з левоноргестрелом зменшує кількість менструальних виділень, збільшення менструальних виділень може бути ознакою експульсії.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Бар'єрні контрацептиви:

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

ЧОЛОВІЧИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Презерватив – це тонкий чохол, виготовлений з гуми (латексу), який може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Презерватив одягається на статевий орган у стані ерекції.

Саме користування презервативом, як засобом запобігання непланованій вагітності, дозволяє активно залучати чоловіків до планування сім'ї та бережливого ставлення до жінки.

Презервативи відрізняються за формою, кольором, змазкою, товщиною, добавкою сперміциду.

Найбільш поширені презервативи довжиною близько 19 см і діаметром майже 2,5 см, вкриті спеціальною змазкою.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- запобігають потраплянню сперми у жіночі статеві органи;
- запобігають передачі мікроорганізмів (що викликають ІПСШ, включаючи ВІЛ) від одного партнера до іншого (лише латексні презервативи).

Порівняльна шкала розмірів мікропор латексного презерватива, голівки сперматозоїда та збудників специфічних інфекцій

Об'єкти порівняння	Розміри
Мікропори презерватива	5 мікрон
Діаметр голівки сперматозоїда	25 мкм
Хламідії	0,3 мкм
Мікоплазмоз (<i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>M. Hominis</i>)	125-250 нм
Сифіліс (<i>Treponema pallidum</i>)	0,2-0,5 мкм на 10-20 мкм
Трихомоноз (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	10-20 мкм
Збудники уrogenітальних кандидозів (<i>Candida albicans</i> , <i>C. Krusei</i> , <i>C. tropicalis</i> та інш.)	2-5 мкм
Гонорея (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	1,25 мкм на 1,7 мкм
Вірусний гепатит В	42-45 нм
Вірус простого герпесу (<i>Herpes simplex virus</i>)	120-150 нм
Папіломавіруси людини (<i>Papovaviridae</i>)	40-50 нм

*Примітка: мікрон = 1 мкм

1 мкм = 10^{-6} м

1 нм = 10^{-9} м

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

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

Презерватив одягають на статевий орган у стані ерекції до його введення у піхву жінки, враховуючи, що преєкуляторна сперма містить активні сперматозоїди.

Якщо презерватив не має розширення (резервуару), потрібно залишити на кінці 1-2 см для сперми.

Кожен презерватив може використовуватися лише один раз.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • негайна ефективність; • не впливають на грудне вигодовування; • можуть використовуватися як додатковий метод разом з іншими контрацептивами; • відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу; • відсутні системні побічні ефекти; • широкодоступні (в аптеках та немедичних закладах); • продаються без рецепта; • не потребує медичного огляду перед початком використання. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ІПСШ\ВІЛ; • сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї; • можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки у жінок; • можуть використовуватися для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кілець презерватива виконує роль слабкого джгута); • можуть використовуватись під час лікування імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву. 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність (2 вагітності на 100 жінок у випадку правильного застосування протягом першого року використання); • метод залежить від користувача (необхідне постійне бажання оберігатись (мотивація) і використання під час кожного статевого акту); • можуть знизити чутливість статевого органу, ускладнюючи тим самим підтримку ерекції; • необхідно мати презервативи до початку статевого акту; • можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

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

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

Презерватив розірвався або зісковзнув (під час статевого акту):

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

Підозрювана алергічна реакція (на презерватив):

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

Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид):

- Виключити наявність інфекції або механічне подразнення.
- Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними.
- Якщо після статевого акту симптоми не минають, і немає ніяких ознак ПСШ, порекомендують інший сперміцид або презерватив без сперміциду чи допомагають вибрати інший метод.

Зменшення відчуття статевого задоволення:

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

Жінка отримує лікування з приводу вагінальної інфекції із застосуванням міконазолу або еконазолу:

- Користуватися латексними презервативами у період вагінального застосування міконазолу або еконазолу не рекомендується через негативний вплив цих медикаментів на латекс (ці препарати не впливають на властивості латексу при прийомі всередину).
- Парі слід користуватися жіночими презервативами, іншим методом контрацепції або практикувати статеве утримання до закінчення курсу лікування.

ЖІНОЧИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Жіночий презерватив – це чохол з тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець – це гнучке кільце великого діаметру, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметру для зручності введення у піхву.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- запобігання потраплянню сперми до внутрішніх статевих органів;
- запобігання ПСШ.

Ефективність – за умови правильного регулярного використання – 5 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання. За звичайного використання – 21 вагітність на 100 жінок.

Частка жінок, які⁹² використовують жіночий презерватив, складає 49% на кінець першого року його застосування.

Жіночий презерватив може бути введено за 8 годин до статевого акту.

Не можна застосовувати жіночий презерватив одночасно із чоловічим презервативом.

Кожен презерватив можна використати лише один раз.

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

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Внутрішній обідок презерватива викликає дискомфорт або біль:

- Витягти презерватив і ввести його повторно або змінити його положення таким чином, щоб внутрішній обідок знаходився за лобковою кісткою і не заважав при статевому акті.

Презерватив зісковзує або використовується неправильно:

- Якщо жінка скаржиться на часті випадки зісковзування презерватива, то вона, ймовірно, вводить презерватив неправильно.
- Ще раз проконсультувати жінку щодо порядку введення презерватива.

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

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

СПЕРМІЦИДИ

Сперміциди – це хімічні речовини, які інактивують або руйнують сперматозоїди у піхві до того, як вони встигають проникнути у верхні відділи статевих шляхів.

До складу сучасних сперміцидів входять, як правило, два компоненти: спермопошкоджувальні хімічні речовини і основа (носій).

Роль носія, що входить у сперміцидні засоби, забезпечити дисперсію хімічного агента у піхві через огортання шийки матки і утримання його на місці так, щоб жоден сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом.

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

- аерозолів (піни);
- гелів (крему);
- вагінальних таблеток;

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- викликають руйнування мембрани сперматозоїдів, що знижує їх рухомість і здатність запліднювати яйцеклітину.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ

Аерозолі (піни) ефективні відразу після введення. Аерозолі рекомендуються у тому разі, якщо сперміцид застосовується ізольовано (без іншого методу контрацепції).

Крем: Вводиться не більше, ніж за 60 хвилин до статевого акту.

Таблетки, супозиторії, гелі зручні у збереженні і транспортуванні, але вимагають 10-60-хвилинного очікування після їх введення до статевого акту. Час очікування залежить від типу сперміциду.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ефективні негайно (піна та крем); • не впливають на грудне вигодовування; • можуть використовуватись як додатковий метод при застосуванні інших методів; • відсутній ризик для здоров'я; • відсутні системні побічні явища; • прості у застосуванні; • додаткове зволоження (змазка) під час статевого акту; • продаються без рецепта і не вимагають медичного огляду перед застосуванням; • можливість використання без участі партнера. 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність (18 вагітностей на 100 жінок при правильному використанні, а при звичайному використанні – 29 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання); • контрацептивна ефективність залежить від бажання і можливості жінки виконувати інструкції; • жінка повинна ввести контрацептив за 10-60 хвилин до статевого акту (вагінальні пінисті таблетки, супозиторії і плівка); • кожне введення ефективне лише протягом 1-2 годин; • необхідно мати засіб у наявності до початку статевого акту.

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ

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

- Ввести додаткову дозу⁹⁴ сперміциду перед кожним повторним статевим актом.
- Дуже важливо ввести сперміцид глибоко у піхву, щоб шийка матки виявилася повністю закритою.
- Гігієнічні процедури можливі не раніше, ніж через 2 години, а спринцювання через 6 годин після статевого контакту.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Вагінальне подразнення:

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

Подразнення пеніса та дискомфорт:

- Якщо подразнення викликане сперміцидом, 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 з перекладу англomовного визначення „natural family planning”) ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (можливість запліднення) та нефертильності (коли запліднення найменш вірогідне) протягом фаз менструального циклу.

За визначенням ВООЗ, ці методи контролю фертильності є засобом планування або запобігання вагітності за допомогою визначення фертильних днів менструального циклу, в період яких жінка покладається на періодичне утримання або інші способи запобігання вагітності. Саме тому ВООЗ рекомендує замінити термін „методи природного планування сім'ї” на той, що більш точно відображає суть, а саме – „методи розпізнавання фертильності” (fertility awareness method). У фертильний період методи розпізнавання фертильності можуть використовуватися у поєднанні з утриманням або бар'єрними методами.

Під час використання цих методів з метою контрацепції пара добровільно утримується від статевого акту під час фертильної фази менструального циклу жінки. Для того, щоб жінка могла завагітніти, пара повинна мати статеві стосунки під час фертильної фази.

З позиції методів розпізнавання фертильності, кожний місячний цикл починається менструацією, закінчується останнім днем перед наступною менструацією і його можна умовно поділити на три періоди.

I період – відносної неможливості зачаття, коли відбувається зростання фолікула і дозрівання яйцеклітини. У цей період неможливість зачаття відносна у зв'язку з різною тривалістю менструальних циклів. У разі коротких циклів (20-25 днів) дозрівання яйцеклітини і овуляція може наступити так рано, що відразу після закінчення менструації починається період високої вірогідності зачаття.

II період – найбільшої вірогідності зачаття, коли яйцеклітина дозріває і виходить з яєчника – відбувається овуляція. Лише у цей час може бути зачата дитина.

III період – абсолютної неможливості зачаття, від загибелі яйцеклітини до наступної менструації.

Таким чином, метод розпізнавання фертильності не є безпосередньо контрацептивним методом. Завдяки тому, що період найбільшої вірогідності зачаття можна безпомилково визначити, кожна подружня пара може свідомо контролювати зачаття дитини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ

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

Ефективність природного планування сім'ї як методу контрацепції визначають:

- бажання пари застосувати цей метод контрацепції;

- правильне використання методу періодичного утримання або інших засобів контрацепції у дні фертильного періоду;
- відповідне навчання і знання цього методу контрацепції;
- регулярність менструального циклу.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • можна використовувати як для запобігання непланованої вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності; • відсутність ризику для здоров'я; • не мають побічних ефектів; • не потребують грошових витрат; • не впливають на грудне вигодовування; • негайне відновлення фертильності. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї та відповідального батьківства; • використовуються для діагностики і лікування неплідності. 	<ul style="list-style-type: none"> • необхідне детальне навчання для правильного використання; • вимушене утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення; • вимагає щоденного ведення записів; • вагінальні інфекції та прийом медикаментів унеможливають інтерпретацію цервікального слизу; • відсутність захисту від ПСШ, ВІЛ.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

Методи є оптимальними для пар, які не бажають застосовувати інші методи планування сім'ї з релігійних чи інших міркувань. Ці методи можуть бути рекомендовані без будь-яких застережень відносно того, що вони будуть мати негативні наслідки для здоров'я пацієнтів, які віддають перевагу саме таким методам.

Подружжя має бути поінформованим про можливість вагітності за неправильного застосування ППС.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Для деяких жінок визначення і моніторинг симптомів, пов'язаних з менструальним циклом, викликає труднощі. До можливих проблем під час застосування ППС належить:

- застосування інших методів контрацепції;
- період лактації;
- період перименопаузи;
- захворювання, які впливають на виявлення відповідних симптомів, пов'язаних з менструальним циклом;
- застосування лікарських препаратів.

МЕТОДИ

Існує кілька різних методів розпізнавання фертильності. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи базуються на двох або більше індикаторах фертильності.

Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу тощо) доповнюються іншими

індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

У даний час найчастіше застосовуються такі методи розпізнавання фертильності:

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

Календарний метод

Календарний, або ритмічний метод контрацепції є найдавнішим засобом запобігання вагітності. Він базується на визначенні фертильних днів розрахунковим методом за спеціальною таблицею, при цьому береться до уваги знання про настання овуляції за 14 днів до передбачуваної менструації під час 28-денного менструального циклу, тривалість життєздатності сперматозоїдів у жіночому організмі приблизно 8 днів і яйцеклітини після овуляції (24 години). В даний час майже не використовується через невисоку ефективність.

Рекомендації з використання

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

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

- від кількості днів у найдовшому з ваших циклів відняти 11 (визначається **останній фертильний день** циклу);
- від кількості днів у найкоротшому з циклів відняти 18 (визначається **перший фертильний день** циклу).

Наприклад: найдовший цикл: 30 днів – 11 = 19,
найкоротший цикл: 26 днів – 18 = 8.

Згідно з розрахунками, **фертильним** є період з 8 по 19 день циклу (для запобігання вагітності потрібно утримуватись 12 днів). Необхідно уникати статевих актів під час фертильних днів.

Метод базальної температури тіла

Метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не дозволяє сказати, коли відбудеться наступна овуляція. Базальна температура знижується за 12-24 години до овуляції, після овуляції підвищується на 0,2-0,5°C. Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3 днів підряд. Температурний метод надійний у разі його використання для уникнення зачаття, але вимагає досить довгого часу утримання від статевих актів до періоду неможливості зачаття після овуляції.

Після овуляції основна температура тіла утримується на вищому рівні приблизно 14 днів, потім знижується, і з першим днем менструації починається

новий цикл. Якщо ж базальна температура тіла утримується на високому рівні 20 і більше днів, жінка може вважати це першою ознакою вагітності.

Для уникнення будь-яких неточностей і для виявлення навіть незначного підвищення температури жінка повинна користуватися точним термометром. Оскільки на зміну базальної температури впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну тощо), інтерпретація результатів вимірів вимагає особливої уваги.

Як і календарний, цей метод також майже не використовується самостійного з контрацептивною метою.

Рекомендації з використання

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

Необхідно використовувати правило зміни температури:

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

Проводиться лінія дещо вище (на 0,05°C) найвищої з цих 10 температур. Ця лінія називається **температурною**.

Нефертильна фаза починається увечері третього дня **поспіль** (тобто 18 жовтня), коли температура залишається вище температурної лінії (**правило зміни температури**).

З метою контрацепції необхідно утримуватись від статевих стосунків з початку менструації до вечора третього дня **поспіль**, коли температура залишається вище температурної лінії.

Примітка:

- якщо протягом трьох днів одна з трьох температур впаде до температурної лінії або нижче неї, це може означати, що овуляція ще не відбулась. Для уникнення вагітності дочекатися 3 днів **поспіль** з температурою вище температурної лінії до того, як поновити статеві стосунки;
- після початку нефертильної фази більше немає необхідності реєструвати температуру. Можна припинити це робити до початку наступного менструального циклу або мати статеві стосунки до першого дня наступної менструації.

Метод цервікального слизу

Характер шийкового слизу змінюється протягом менструального циклу, а особливо у період овуляції. Це й допомагає у визначенні фертильних днів жінки. Спосіб контролю цервікального слизу протягом менструального циклу відомий як овуляторний метод Біллінга. Цей метод включає характерні зміни цервікального слизу протягом нормального менструального циклу.

Під час менструального циклу шийка матки виробляє різні типи слизу. На кількість і консистенцію цервікального слизу впливають естрогени та прогестерон. Різні типи слизу також перешкоджають або сприяють просуванню сперматозоїдів, що визначає рівень фертильності. На початку циклу, відразу після менструації, коли рівень естрогенів низький, цервікального слизу мало, він густий і липкий.

Цей густий і липкий слиз формує волокнисту сітку, яка закупорює шийку матки і створює ефективний бар'єр для проникнення сперматозоїдів. До того ж кисле середовище піхви швидко руйнує сперматозоїди.

Підвищений рівень естрогенів поступово змінює цервікальний слиз, який стає більш прозорим і рідким. У складі слизу з'являються поживні речовини для підтримки життєдіяльності сперматозоїдів, а реакція його стає лужною. Цей слиз потрапляє у піхву, нейтралізуючи кислотність і створюючи середовище, сприятливе для сперматозоїдів. Ці рідкі секретії називаються фертильними. Кількість слизу такого типу, викликана збільшенням вмісту води, зростає за 24 години до овуляції.

Сперматозоїди можуть легше рухатися у такому фертильному слизі, деякі з них рухаються у напрямку до матки і фаллопієвих труб, деякі сперматозоїди залишаються у криптах до того, як досягають матки.

Після овуляції під дією прогестерону цервікальний слиз формує щільну і липку пробку, яка перешкоджає руху сперматозоїдів. Середовище піхви знову стає кислим, сперматозоїди втрачають свою рухливість і руйнуються.

У період до настання овуляції шийковий слиз відсутній або спостерігається у незначній кількості з білим або жовтуватим відтінком. З наближенням овуляторного періоду, слиз стає більш світлим, більшим за кількістю і еластичним, при цьому натягування слизу (під час його розтягування між вказівним та великим пальцями) іноді досягає 8-10 см. Під час висушування й подальшому дослідженні під мікроскопом краплі шийкового слизу виходить малюнок, який нагадує листки папороті („феномен папороті”). Останній день значної вологості називається „днем пік”, який відповідає найвищому рівню естрогенів в організмі. Зазвичай, овуляція спостерігається через день після зникнення значних виділень, світлого й еластичного слизу. Тому жінка, яка користується методом цервікального слизу, повинна припускати, що овуляція почалася за 2 дні до появи „пікових ознак” шийкового слизу. Після „дня пік” виділення різко змінюються під впливом прогестерону – вони стають густими або припиняються. Жінка знову відчуває сухість у піхві.

Фертильний період продовжується протягом ще 4 днів після зникнення значних світлих і еластичних слизових виділень. Постовуляторна, або пізня інфертильна фаза циклу починається на 4-й день після максимальних виділень і продовжується до 1-го дня чергової менструації.

Рекомендації з використання

Можна визначити фертильну фазу, стежачи за цервікальним слизом.

Простий та акуратний запис – запорука успіху.

Для ведення записів використовується ціла низка кодів. Ці коди повинні бути не лише прийнятні у регіоні, але й доступні користувачам ППС. У деяких країнах використовуються кольорові наклейки або чорнильні штампи; в інших розроблено умовні позначення; в третіх використовується комбінація попередніх двох, у результаті чого символи виводяться різними кольорами. Нижче наведені приклади двох таких систем.

Приклади кодів, які використовуються для ведення записів про зміни фертильності



або *

Використайте символ * або червоний колір для позначення кровотечі.



або С

Використайте літеру С або зелений колір для позначення „сухих” днів.



або М

Використайте велику літеру М або білий колір для позначення вологого, прозорого, слизького фертильного слизу (мукусу).



або м

Використайте малу літеру м або жовтий колір для позначення липкого, білого, мутного, нефертильного слизу (мукусу).

Визначення:

„Сухі дні”: після закінчення менструації у більшості жінок протягом одного чи кількох днів спостерігається відсутність слизу і зона піхви на дотик суха. Це так звані „сухі дні”.

Фертильні дні: якщо перед овуляцією спостерігається будь-який тип слизу, жінка вважається фертильною. За наявності будь-якого слизу, навіть якщо він липкий і пастоподібний, у шийці матки може також бути присутнім вологий фертильний слиз, що свідчить про початок фертильних днів.

День пік: останній день слизького і вологого слизу називається „днем пік”. Це означає, що овуляція близька або тільки що відбулася.

З метою контрацепції

Оскільки протягом дня слиз може змінювати свою консистенцію, необхідно простежити за ним кілька разів на день. Щовечора перед сном визначається найвищий рівень фертильності і робиться у карті відповідна позначка.

Утримуються від статевих стосунків щонайменше протягом одного циклу, щоб визначити дні зі слизом.

Після закінчення менструації під час „сухих днів” можна без побоювань мати статеві стосунки кожну другу ніч (**правило чергування статевих днів**). Це дозволить не сплутати слиз зі спермою.

Під час появи **будь-якого** слизу або відчуття вологості у піхві потрібно уникати статевих стосунків. Слизові дні, особливо дні фертильного слизу, небезпечні (**правило раннього слизу**).

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

Після „дня пік” уникати статевих стосунків протягом наступних 3 **сухих** днів і ночей. Цей час небезпечний (**правило „дня пік”**).

Починаючи з ранку 4 „сухого” дня” і до початку менструації можна мати статеві стосунки, не побоюючись завагітніти.

Симптотермальний метод

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

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

Рекомендації з використання

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

Після закінчення менструації можна мати статеві стосунки ввечері кожного другого „сухого дня” протягом нефертильного періоду до овуляції. **Правило чергування сухих днів** – те ж правило, яке використовується й у методі цервікального слизу.

Фертильна фаза починається з появою будь-якого слизу або відчуття вологи у піхві. Це **правило раннього слизу** – те ж правило, яке використовується й у методі цервікального слизу. Утримуються від статевих стосунків до закінчення фертильної фази.

Утримуються від статевих стосунків до того часу, поки не будуть застосовані **правила „дня пік”** і **зміни температури**.

У випадках, коли ці правила по-різному визначають кінець фертильної фази, завжди дотримуються найбільш консервативного правила, тобто того, яке визначає **найбільшу тривалу фертильну фазу**.

Наступний приклад ґрунтується на аналізі **заповненої карти базальної температури тіла**.

Дотримуючись **правила зміни температури**, жінка нефертильна після 16 дня. У той же час, якщо дотримуватися правила „дня пік”, вона фертильна до 18 дня. Тому жінка повинна дотримуватися більш консервативного правила „дня пік” і не мати статевих стосунків до 18 дня.

Примітка:

- якщо протягом попереднього циклу застосовувалися правила „дня пік” і зміни температури, можна мати статеві стосунки в перші 5 днів менструального циклу, починаючи з першого дня кровотечі. Це називається правилом менструації, яке гарантує, що ця кровотеча справді менструальна, а не зумовлена якимись іншими причинами.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

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

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

Під час лактації розвивається тимчасова фізіологічна неможливість завагітніти. Частота і тривалість грудного годування визначають довготривалість ановуляторного безпліддя внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропін-рилізінг-гормону (ГТРГ), що, в свою чергу, призводить до пригнічення секреції лютеїнізуючого гормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчників. Від частоти і тривалості годування грудьми залежить вироблення пролактину. Смоктання грудей новонародженим викликає два рефлекси, що стимулюють секрецію молока:

- пролактиновий рефлекс: нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються до блукаючого нерва, а потім до гіпоталамуса, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину у гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції;
- рефлекс виділення молока: імпульси від навколососкової зони досягають задньої частки гіпофіза, де у відповідь секретується окситоцин, що зумовлює скорочення молочної залози і виділення молока.

Хоча переваги грудного годування для здоров'я дитини загальновідомі, використання лактаційної аменореї як методу планування сім'ї було визначене не так давно.

Міжнародна група вчених, що зібралася у 1988 році в Центрі з досліджень та конференцій в Белладжіо (Італія), розглянула наукові дані про дію грудного годування на фертильність. Учасники групи дійшли висновку, що жінки, які не користуються методом контрацепції, але повністю або майже повністю годують грудьми, і в яких спостерігається аменорея, мають дуже малий ризик (менше 2%) завагітніти у перші 6 місяців після пологів. **Висновки, сформульовані цією групою, стали відомі як „Консенсус в Белладжіо”.**

„Консенсус” став науковою базою для визначення станів, за яких грудне годування може безпечно застосовуватися для планування інтервалів між пологами.

Було розроблено правила з використання лактаційної аменореї як методу планування сім'ї.

Ці правила включають у себе **три умови**, яких потрібно дотримуватися **одночасно** для того, щоб був забезпечений захист від непланованої вагітності:

- виключно грудне годування;
- аменорея;
- після пологів минуло не більше 6 місяців.

МЛА забезпечує захист від вагітності більш ніж на 98% протягом перших 6 місяців після пологів за дотримання вищезгаданих умов.

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічує овуляцію.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<p>Контрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ефективний (0,9 вагітностей при правильному використанні, а при звичайному використанні 2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання); • негайна ефективність; • не пов'язаний зі статевим актом; • відсутність побічних ефектів; • немає необхідності у спеціальному медичному спостереженні; • не потрібно поповнювати запас контрацептиву; • не потрібні грошові витрати. <p>Неконтрацептивні:</p> <p>Для матері:</p> <ul style="list-style-type: none"> • зменшення післяпологової втрати крові. <p>Для дитини:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пасивна імунізація (передача захисних антитіл); • найкраще джерело поживних речовин; • зниження ризику інфікування через воду, дитяче харчування, кухонний посуд. 	<ul style="list-style-type: none"> • залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного вигодовування); • має високу ефективність лише у разі дотримання всіх умов; • не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ

Як часто годувати

Годувати дитину потрібно з обох грудей на її вимогу приблизно 8-10 разів на добу. Годувати дитину щонайменше один раз вночі (інтервал між годуваннями вночі не повинен перевищувати 6 годин).

Коли починати вводити тверду їжу

Якщо дитина добре росте, додає у вазі, і якщо харчування збалансоване, й жінка достатньо відпочиває, щоб підтримувати адекватну кількість грудного молока, дитина до 6 місяців не потребує іншого харчування.

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

Менструації

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

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

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

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

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

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

Перехід до постійного методу контрацепції

- Жінка, яка використовує МЛА, може у будь-який час почати використання іншого методу контрацепції.
- Якщо чітко дотримуються всі три критерії використання МЛА, і є достатня впевненість у тому, що жінка не вагітна, вона може розпочати застосування нового методу без попереднього обстеження на вагітність або гінекологічного обстеження.
- З метою запобігання вагітності, жінці слід в обов'язковому порядку перейти до іншого методу контрацепції відразу ж після того, як перестане задовольнятися той чи інший критерій використання МЛА.
- Новий метод контрацепції повинен бути підібраний до того, як виникне необхідність у його використанні (бажано проконсультувати жінку щодо зміни методу на 5-му місяці після пологів).
- Якщо жінка планує продовжувати грудне вигодовування дитини, вона може вибрати безпечний один з існуючих гормональних і негормональних методів контрацепції, залежно від тривалості післяпологового періоду.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЖІНОК

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

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

Пацієнт повинен добровільно письмово погодитися на проведення ДХС.

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

1. Жінка та її партнер можуть використовувати тимчасові (зворотні) методи контрацепції. Пацієнт/пацієнтка має право на вибір.
2. Перев'язка труб і вазектомія є хірургічною операцією.
3. Найвищий ризик, пов'язаний з оперативним втручанням.
4. Пацієнт/пацієнтка більше не зможе мати дітей.
5. Передбачається, що ефект від цієї процедури буде постійним (незворотним).
6. Пацієнт/пацієнтка має право відмовитися від цієї процедури, що ніяк не вплине на його право одержувати інші послуги. Пацієнт/пацієнтка може змінити своє рішення у будь-який момент до операції.

ТРУБНА ОКЛЮЗІЯ

Трубна оклюзія – це хірургічне блокування прохідності маткових труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню.

МЕТОДИ

- міні-лапаротомія;
- лапароскопія.

МЕХАНІЗМ ДІЇ

Блокування фаллопієвих труб, (їх перев'язування, перерізування чи використання скобок, кілець або електрокоагуляції) внаслідок чого запліднення яйцеклітини стає неможливим.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Пацієнтку не можна спонукати до згоди на проведення добровільної стерилізації.

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

Пацієнтка повинна написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції.

Згода чоловіка не є обов'язковою умовою.

Трубна оклюзія ефективна з моменту завершення операції.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<ul style="list-style-type: none"> • висока та негайна ефективність; • постійний метод; • не впливає на грудне вигодовування; • не пов'язаний зі статевим актом; • підходить пацієнткам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою; • це хірургічне втручання, яке зазвичай виконується під місцевою анестезією; • відсутність довготривалих побічних ефектів; • не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчниками). 	<ul style="list-style-type: none"> • метод незворотний; • пацієнтка згодом може шкодувати про своє рішення; • невисокий ризик ускладнень (ризик зростає у разі використання загальної анестезії); • короткочасний дискомфорт/біль після операції; • необхідна участь кваліфікованого лікаря, який володіє методикою; • необхідність спеціального обладнання; • не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- жінки репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- жінки, які впевнені, що вони досягли бажаної кількості дітей;
- жінки, які хочуть використовувати високоєфективний постійний метод запобігання вагітності;
- жінки, для здоров'я яких вагітність є серйозною загрозою;
- жінки після пологів;
- жінки після абортів;
- жінки, які добровільно і свідомо дають згоду на процедуру;
- ВІЛ-інфіковані і хворі на СНІД жінки репродуктивного віку, які виконали репродуктивні плани та жінки, стан здоров'я яких не дозволяє народжувати.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки з нез'ясованими вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки з гострою тазовою або системною інфекцією (до того, як інфекція буде вилікувана);
- жінки, яким протипоказане хірургічне втручання;
- жінки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
- жінки, які не дають добровільної свідомої згоди на процедуру.

ПРОВЕДЕННЯ ДХС

У будь-який день *протягом 7 днів після початку менструального циклу*. При цьому немає необхідності у застосуванні додаткового методу контрацепції.

Якщо *після початку менструального циклу пройшло більше 7 днів*, то операція може бути проведена у будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна.

Якщо *жінка приймає гормональні оральні контрацептиви*, то необхідно завершити прийом таблеток із поточної упаковки, щоб уникнути збою менструального циклу.

МІНІ-ЛАПАРАТОМІЯ ВИДИ

- післяпологова;
- інтервальна.

Післяпологова міні-лапаротомія повинна стати невід'ємною частиною медичних послуг пологових стаціонарів. Операцію можна провести одразу або у будь-який з 7 днів після пологів.

Міні-лапаротомія після пологів виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3 см) нижче пупка, тому що у післяпологовий період матка і фаллопієві труби розташовані високо у черевній порожнині. Операція може виконуватися під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів або анальгетиків.

Для проведення стерилізації під час міні-лапаротомії використовують метод Помероя або Притчарда, а також можуть використовуватись фаллопієві кільця, затискачі Фільші або пружинні затискачі.

Метод Помероя полягає у перев'язці кетгутом фаллопієвої труби в її середній частині у вигляді петлі, а потім відсіканні петлі, що є достатньо ефективним для проведення ДХС у післяпологовому періоді.

Метод Притчарда дає можливість зберегти більшу частину маткових труб, та запобігає їх реканалізації. Операція полягає у тому, що брижа кожної маткової труби відсікається у безсудинній ділянці, труба лігується в двох місцях хромованим кетгутом, а відрізок труби між ними відтинається.

Метод Ірвінга зазвичай не використовують при міні-лапаротомії через неможливість підходу до маткових труб. Метод полягає у вшиванні проксимального кінця маткової труби у стінку матки і є одним з найбільш ефективних методів стерилізації у післяпологовому періоді. При використанні цього методу, ймовірність розвитку позаматкової вагітності значно знижується.

Після пологів можна використати затискачі (*кліпси*) **Фільші**, які накладають на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.

Використання кілець та пружинних затискачів, а також електрокоагуляції під час післяпологової стерилізації не рекомендується.

Післяпологову стерилізацію також можливо провести під час оперативного розродження шляхом кесаревого розтину.

Лапароскопічна стерилізація не рекомендується у післяпологовому періоді.

Абсолютними протипоказаннями для проведення післяпологової стерилізації є: тривалість безводного проміжку 24 години і більше; гостра інфекція під час пологів та після них.

Відносними протипоказаннями для проведення післяпологової

стерилізації є:

- артеріальна гіпертензія (АТ більше 160/100 мм рт. ст.);
- кровотеча під час пологів або у післяпологовому періоді, що супроводжується анемією (Hb менше 80 г/л);
- ожиріння III - IV ступеня.

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

Інтервальна міні-лапаротомія

Інтервальна (надлобкова) міні-лапаротомія проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або у будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.

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

ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

До оперативного втручання:

- використовувати інший метод контрацепції;
- не приймати їжу за 8 годин до операції;
- не приймати рідину за 2 години до операції;
- припинити прийом медикаментів за 24 години до операції (за виключенням препаратів, призначених лікарем).

Після оперативного втручання:

- тримати місце операції сухим протягом 1-2 днів;
- повертатися до повсякденних занять поступово (відновлення нормальної активності через 7 днів після операції);
- утримуватись від статевих контактів протягом 1 тижня. Якщо після відновлення статевих стосунків виникає дискомфорт, проконсультуйтеся із лікарем.
- повторний огляд лікарем через 7 днів після операції.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ:

- Гематома (підшкірна).
- Поверхнева кровотеча (краї шкіри або підшкірні судини).
- Післяопераційна лихоманка ($>38^{\circ}\text{C}$).
- Поранення сечового міхура, кишківника (рідко).
- Абсцес (інкапсульоване підшкірне гнійне утворення інфекційної етіології).
- Газова емболія при лапароскопії (дуже рідко).

СТАНИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ТЕРМІНОВОГО ЗВЕРНЕННЯ ДО ЛІКАРЯ

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

- Ознаки чи симптоми вагітності.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ

Вазектомія – це чоловіча добровільна хірургічна стерилізація (ДХС), що здійснюється стандартним методом (один або два невеликих розрізи) або безкальпельною технологією (метод, якому надають перевагу).

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- Після блокування сім'явиносної протоки (vas deferens) сперматозоїди в еякуляті відсутні.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

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

Пацієнта не можна спонукати до згоди на проведення добровільної хірургічної стерилізації.

Пацієнт повинен написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції.

Згода жінки (дружини) не обов'язкова.

Не забезпечує захисту від вагітності партнерки протягом перших 3 місяців після операції або якщо під час аналізу сім'яної рідини під мікроскопом у ній присутні сперматозоїди.

Не впливає на сексуальну діяльність, оскільки яєчка продовжують нормально функціонувати.

Не забезпечує захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ. Якщо хтось із партнерів підлягає ризику зараження цими захворюваннями, необхідно використовувати презервативи навіть після вазектомії.

ПЕРЕВАГИ	НЕДОЛІКИ
<ul style="list-style-type: none"> • висока ефективність постійний метод; • не пов'язаний зі статевим актом; • підходить для пар у тих випадках, коли вагітність або трубна оклюзія становить підвищений ризик для здоров'я жінки; • хірургічне втручання, яке проводиться під місцевою анестезією; • відсутність побічних ефектів; • не змінює статевої функції (не впливає на продукцію гормонів яєчками). <i>(А (І) добре, пряме підтвердження)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • метод незворотний; • пацієнт може згодом шкодувати про своє рішення; • затримка ефективності (ефект через 3 місяці); • ризик та побічні ефекти, пов'язані з хірургічним втручанням, особливо при використанні загальної анестезії; • короткочасний біль/дискомфорт після процедури; • необхідна участь кваліфікованого медичного спеціаліста; • не захищає від ІПСШ, ВІЛ.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВАЗЕКТОМІЮ:

- 110
- чоловіки, які не впевнені у своїх намірах щодо фертильності у майбутньому;
 - чоловіки, які не дають добровільної усвідомленої згоди на процедуру.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна або посткоїтальна контрацепція (НК) – використання різних методів контрацепції (спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції (ТНК), КОК, ТКП, ВМК тощо) у перші години після незахищеного статевого акту для того, щоб запобігти настанню непланованої вагітності.

Ефективність методу досить висока, якщо з моменту незахищеного статевого акту минуло не більше 72-120 годин (3-5 днів). Чим раніше після статевого акту жінка починає приймати НК, тим вища її ефективність.

Висока ефективність методу невідкладної контрацепції досягається за рахунок введення доз гормонів, які значно перевищують дозу, що міститься у таблетках для циклічного прийому. Єдиним механічним методом для посткоїтальної контрацепції є введення ВМК, яке має здійснюватися не пізніше, ніж через 5 діб після незахищеного статевого акту, що забезпечує контрацептивний ефект у 99% випадків, але цей метод має більше обмежень, ніж гормональна невідкладна контрацепція. (високий ризик інфікування жінок після 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;
- таблетовані контрацептиви, що містять прогестаген (ТКП), що містять левоноргестрел або норгестрел;
- комбіновані естроген-гестагенні (КОК);
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК).

ВІДНОВЛЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ

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

НЕДОЛКИ

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

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НК

- незахищений (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у разі виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- за умови порушення регулярності у прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 3 і більше таблеток або початок нової упаковки із запізненням на 3 дні);
- запізнення введення чергової ін'єкції ДМП більше ніж на 4 тижні;
- випадіння ВМК;
- пари, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було небажано;
- у випадку згвалтування.

РЕЖИМ ВИКОРИСТАННЯ

ТКП:	Доза ТНК прогестагенового ряду чи ТКП еквівалентну 1,5 мг левоноргестрелу орально за один прийом протягом 96 годин після статевого контакту. <i>(А (I), добре, пряме підтвердження)</i>
або	
	Доза ТНК прогестагенового ряду чи ТКП еквівалентну 0,75 мг левоноргестрелу орально протягом 72 годин після статевого контакту. Приймають додатково дозу ТНК чи ТКП еквівалентну 0,75 мг левоноргестрелу через 12 годин. Усього 2 дози. <i>(В (II) добре, побічне підтвердження)</i>
КОК:	4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально за один прийом протягом перших 120 годин після незахищеного статевого акту. Потім ще 4 таблетки через 12 годин. Усього 8 таблеток.
ВМК:	Введення ВМК протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.
Для всіх методів:	Якщо менструація (вагінальна кровотеча) не почнеться протягом трьох тижнів, необхідно виключити наявність вагітності.

Коментар групи: Застосування КОК як засобу невідкладної контрацепції визначено рекомендаціями ВООЗ. В інструкціях виробників опис режиму використання КОК у якості невідкладної контрацепції відсутній. Робоча група вважає за доцільне використовувати КОК у режимі невідкладної контрацепції відповідно до рекомендацій ВООЗ

Використання довготривалих контрацептивних засобів після НК:

Протизаплідний ефект ТНК не поширюється на статеві контакти, що можуть бути після прийому таблеток – навіть у тому випадку коли статевий контакт відбувається на наступний день після прийому таблеток. Потрібно

проконсультувати жінку щодо необхідності використання постійного методу. Якщо жінка не готова вибрати і використовувати постійний метод, необхідно звернути її увагу на використання презервативів як тимчасового методу.

- використання презервативів та сперміцидів може розпочатися відразу після прийому таблеток невідкладної контрацепції;
- КОК: перша таблетка приймається наступного дня після прийому таблеток невідкладної контрацепції, протягом наступних 7 днів необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (презерватив);
- ін'єкційний контрацептив та імплантати: можна розпочинати їх застосування протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі. Додатковий метод контрацепції необхідно використовувати протягом перших 7 днів після введення ін'єкційного контрацептиву. Також, потрібно почати застосовувати додатковий метод наступного дня після припинення прийому ТНК до моменту введення імплантату;
- жінка, яка як довготривалий метод контрацепції обирає ВМК, може ввести її протягом 5 днів від часу незахищеного статевого контакту замість використання інших засобів невідкладної контрацепції. Якщо жінка вирішує використовувати ВМК після прийому ТНК, його можна ввести в той же самий день, коли вона прийняла ТНК. Потреби у додатковому методі контрацепції немає.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ У РАЗІ ІХ ВИНИКНЕННЯ

Нудота і блювання (для ТНК прогестагенового ряду, ТКП і КОК):

Якщо блювання відбувається у перші 2 годин після прийому першої чи другої дози, пацієнтка може повторно прийняти цю дозу, або доза може бути введена вагінально.

Якщо блювання відбувається через 2 години після прийому таблеток, то у цьому випадку повторювати прийом таблеток не потрібно.

Кровотеча/мажучі виділення:

Близько 8% жінок, які використовують КОК як метод невідкладної контрацепції, мають мажучі виділення під час циклу. Приблизно у 50% жінок менструація почнеться вчасно, а для більшості інших - можливий більш ранній початок менструації, ніж очікувалося. Цей побічний ефект не є ознакою того чи іншого розладу здоров'я.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

1. Вимоги до установ, що надають первинну медичну допомогу (ФАП, амбулаторія лікаря загальної практики/сімейної медицини)

1.1. Кадрові ресурси:

Лікар загальної практики - сімейний лікар;

Фельдшер

Акушерка

Медична сестра

1.2. Матеріально-технічне забезпечення:

Приміщення

- Окреме приміщення для прийому та огляду пацієнток (де є проточна вода).
- Санвузол, що відповідає санітарно-гігієнічним вимогам.

Обладнання та інструменти:

№ з/п	Назва	Кількість
1.	Крісло гінекологічне	1
2.	Стіл медичний	2
3.	Шафа медична	1
4.	Ширма медична	1
5.	Кушетка медична	1
6.	Стіл	1
7.	Стілець	3
8.	Каталка медична	1
9.	Штатив для крапельних інфузій	1
10.	Бікс (стіл) для зберігання стерильних інструментів	1
11.	Освітлювач безтіньовий медичний пересувний	1
12.	Опромінювач бактерицидний (лампа)	1
13.	Тест-системи для ранньої діагностики вагітності	2
14.	Гінекологічні оглядові набори	5
15.	Вагінальні дзеркала (Сімпса)	5
16.	Вагінальні дзеркала (Отта)	5
17.	Металеві бікси для інструментів та матеріалу	2
18.	Ватні валики або марлеві кульки (стерильні)	
19.	Підставка для біксів	2
20.	Стетофонендоскоп	1
21.	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1
22.	Ваги медичні	
23.	Термометр медичний	1
24.	Миючий засіб або мило	1
25.	Дезінфікуючий розчин	1
26.	Відро з педальною кришкою	1
27.	Одноразові стерильні гумові рукавички	5

28.	Укладка ургентна	1
29.	Ємкості для знезараження інструментів	1
30.	Ємкість для розведення дезінфікуючих розчинів	1
31.	Ємкість для збереження дезінфікуючих розчинів	1
32.	Інвентар для прибирання	1
33.	Засоби зв'язку (телефон, екстрений зв'язок-рація)	1

Перелік необхідних медикаментів:

- медикаментів для надання ургентної допомоги (укладка ургентна);
- засоби контрацепції для окремих груп населення;
- знеболювальні засоби (ібупрофен, парацетамол).

Інформаційне забезпечення:

- інформаційно – освітні матеріали з питань планування сім'ї та контрацепції.

2. Вимоги до установ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (кабінет планування сім'ї)

2.1. Кадрові ресурси:

Лікарі акушери-гінекологи

2.2. Матеріально-технічне забезпечення:

Приміщення кабінету планування сім'ї:

- Окреме приміщення для прийому та огляду пацієнток(де є проточна вода);
- Санвузол , що відповідає санітарно-гігієнічним вимогам.

Обладнання та інструменти:

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість з розрахунку на 1 кабінет
1.	Бікс для зберігання стерильних інструментів і матеріалів	10
2.	Ваги медичні	1
3.	Ємкість для дез. розчину	3
4.	Інструментарій одноразовий для гінекологічного огляду	25 комплектів в зміну
5.	Інструментарій для гінекологічного огляду багаторазового використання	10 комплектів на зміну
6.	Крісло гінекологічне з освітлювальною лампою	1
7.	Кушетка медична	1
8.	Лоток ниркоподібний	10

9.	Лоток прямокутний	5
10.	Світильник медичний (безтіньовий) пересувний	1
11.	Ростомір	1
12.	Стетофонедоскоп	1
13.	Стіл інструментальний (пересувний)	1
14.	Тазомір	1
15.	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1
16.	Шафа медична для інструментарію	1
17.	Шафа для медикаментів	1
18.	Стіл письмовий	2
19.	Стілець	4
20.	Лампа настільна	2
21.	Шафа для одягу	1
22.	Шафа для медичної документації	1
23.	Набір інструментів для введення та видалення ВМК	5 комплектів на зміну
24.	Комп'ютер	1
25.	Принтер	1
26.	Рукавички гумові оглядові чи хірургічні	30
27.	Відро з педальною кришкою	1
28.	Камера ультрафіолетова	1

Перелік необхідних медикаментів:

- медикаменти для надання ургентної допомоги (укладка ургентна);
- засоби контрацепції для окремих груп населення;
- знеболювальні засоби (ібупрофен, парацетамол).

Інформаційне забезпечення:

- локальний протокол ЗОЗ з планування сім'ї;
- інформаційно – освітні матеріали з питань планування сім'ї та контрацепції;
- відеосистема для просвітницької роботи;
- комп'ютер, доступ до мережі інтернет.

3. Вимоги до установ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

(обласний/міський центр планування сім'ї)

3.1. Кадрові ресурси:

Лікарі акушери-гінекологи, урологи, психологи, генетики, лікар гінеколог

дитячого та підліткового віків), терапевти, лаборанти, лікар з ультразвукової діагностики

3.2. Матеріально-технічне забезпечення Центру планування сім'ї та репродуктивного здоров'я:

Приміщення центру планування сім'ї:

- Окреме приміщення для прийому та огляду пацієнток(де є проточна вода);
- Санвузол , що відповідає санітарно-гігієнічним вимогам.

Обладнання та інструменти:

Робоче місце акушера-гінеколога

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість з розрахунку на 1 кабінет
	Загальне обладнання	
1.	Стіл письмовий	2
2.	Стілець	4
3.	Лампа настільна	2
4.	Комп'ютер	1
5.	Принтер	1
6.	Шафа для одягу (або вішалка)	1
7.	Шафа для медичної документації	1
8.	Ваги медичні	1
9.	Ростомір	1
<i>Гінекологічне обладнання</i>		
10.	Рукавички гумові оглядові	30шт(на зміну)
11.	Крісло гінекологічне з освітлювальною лампою	1
12.	Кушетка медична	1
13.	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1
14.	Стетофонендоскоп	1
15.	Стетоскоп акушерський	1
16.	Тазомір	1
17.	Сантиметрова стрічка	1
18.	Столик для інструментів пересувний	1
19.	Інструментарій одноразовий для гінекологічного огляду	25 комплектів в зміну
20.	Інструментарій для гінекологічного огляду багаторазового використання	10 комплектів на зміну
21.	Шафа медична для інструментарію ШМ	1
22.	Лоток ниркоподібний	5
23.	Лоток прямокутний	5
24.	Шафа медична для медикаментів та інструментарію	2

25.	Набір інструментів для введення та видалення ВМК	5 комплектів на зміну
26.	Забезпечення інфекційного контролю	
27.	Ємкість для дез. розчину	3
28.	Бікс для зберігання стерильних інструментів і матеріалів	5
29.	Відро з педальною кришкою	1

Кабінет післяпологового та післяабортного консультування

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Кушетка медична	1
2.	Стіл письмовий	2
3.	Комп'ютер	1
4.	Принтер	1
5.	Настільна лампа	1
6.	Крісла	3
7.	Шафа медична	2
8.	Телевізор	1
9.	Стілець	3
10.	DVD-програвач	1
11.	Шафа для одягу	1
12.	Відро з педальною кришкою	1

Робоче місце лікаря-терапевта

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1	Кушетка медична	1
2.	Стіл письмовий	2
3.	Комп'ютер	1
4.	Принтер	1
5.	Настільна лампа	1
6.	Крісла	3
7.	Шафа медична	2
8.	Апарат для вимірювання АТ	1
9.	Стетофонедоскоп	
10.	Портативний ЕКГ апарат	1
11.	Стілець	3
12.	Шафа для одягу	1
13.	Відро з педальною кришкою	1

Робоче місце лікаря-андролога

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Кушетка медична	1
2.	Стіл письмовий	2
3.	Комп'ютер	1
4.	Принтер	1
5.	Настільная лампа	1
6.	Крісла	3
7.	Шафа медична	2
8.	Крісло урологічне	1
9.	Стілець	3
10.	Шафа для одягу	1
11.	Ємкість для дез. розчину	3
12.	Бікс для зберігання стерильних інструментів і матеріалів	5
13.	Відро з педальною кришкою	1

Робоче місце лікаря-генетика

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Кушетка медична	1
2.	Ємкість для дез. розчину	4
3.	Стіл письмовий	2
4.	Стілець	6
5.	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1
6.	Стетофонендоскоп	1
7.	Лампа настільна	2
8.	Шафа для одягу	2
9.	Шафа для медичної документації	1
10.	Комп'ютер	1
11.	Принтер	1
12.	Відро з педальною кришкою	1
13.	Мікроскоп	1

Робоче місце психолога

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Кушетка медична	1
2.	Стіл письмовий	2
3.	Комп'ютер	1
4.	Принтер	1
5.	Настільная лампа	1
6.	Крісла	3

7.	Шафа медична	2
8.	Телевізор	1
9.	Стілець	3
10.	DVD-програвач	1
11.	Шафа для одягу	1
12.	Відро з педальною кришкою	1

Операційна (мала)

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Апарат для високочастотної електрохірургії гінекологічний	1
2.	Апарат для інгаляційного наркозу пересувний	1
3.	Апарат для кріохірургії гінекологічний	1
4.	Апарат для штучної вентиляції легень з ручним приводом АДР-1200	1
5.	Апарат лазерний хірургічний	1
6.	Аспіратор (насос-відсмоктувач) (помпа) хірургічний	2
7.	Вакуум-аспіратор мануальний	3
8.	Набір канюль для вакуум-аспіратора мануального (одноразові)	10 на зміну
9.	Гістероскоп	1
10.	Електрокардіограф одноканальний	1
11.	Ємкість для дезрозчинів	6
12.	Кольпоскоп з фотоприставкою	1
13.	Комплект малий хірургічний	2
14.	Крісло гінекологічне операційне	1
15.	Ларингоскоп с набором клинків	1
16.	Насос інфузійний	1
17.	Випромінювач бактерицидний (лампа) настінний і/або стельовий	1
18.	Освітлювач безтіньовий медичний	1
19.	Стіл медичний для інструментів	2
20.	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1
21.	Стетофонендоскоп	1
22.	Штатив для внутрішньовенних інфузій	3
23.	Мішок Амбу	1
24.	Набір інструментів для малих гінекологічних операцій	5
25.	Прилад електрохірургічний Surgitron F P F EMC	1
26.	Відро з педальною кришкою	2
27.	Камера ультрафіолетова	1

Маніпуляційний кабінет

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість
1.	Бікс (набір)	6
2.	Джгут механічний	2
3.	Ємкість для дезінфекції використаних інструментів	1
4.	Ємкість для дезінфекції використаного перев'язувального матеріалу	1
5.	Ємкість для зберігання розведеного дезрозчину	1
6.	Кушетка медична	2
7.	Лампа бактерицидна	1
8.	Лоток ниркоподібний	6
9.	Лоток прямокутний	6
10.	Підставка для біксів	3
11.	Сейф для зберігання медикаментів гр. А і Б	1
12.	Стіл маніпуляційний	1
13.	Тонometr, стетофонендоскоп	1
14.	Шафа для інструментарію, медикаментів	по 2
15.	Штатив для крапельної інфузії	4
16.	Штатив для пробірок	1
17.	Відро з педальною кришкою	1
18.	Стіл письмовий	1
19.	Стільці	2
20.	Мішок Амбу	1
21.	Киснева подушка	1
22.	Язикоутримувач	1
23.	Роторозширювач	1
24.	Камера ультрафіолетова	1

Лабораторія

№ з/п	Найменування медичної техніки	Мінімально необхідна кількість
1.	Автоаналізатор гематологічний	1
2.	Аналізатор біохімічний	1
3.	Аналізатор визначення глюкози в крові (глюкометр) з приладдям	1
4.	Аналізатор сечі	1
5.	Аналізатор фотометричний імуноферментний (фотометр)	1
6.	Апарат для підрахунку лейкоцитарної формули	4
7.	Апарат для струшування колб і пробірок	1
8.	Ваги лабораторні електронні	2

9.	Гемоглобінометр фотометричний	1
10	Гемокоагулометр напівавтоматичний двоканальний	1
11.	Дозатор лабораторний (комплект)	1
12.	Експрес-аналізатор сечі	1
13.	Мікроскоп бінокулярний з імерсією	7
14.	Промивач планшетів і мікропланшетів (вошер лабораторний)	1
15.	Термостат повітряний	2
16.	Установка для очистки і знезараження повітря	8
17.	Фотометр біохімічний програмований	2
18.	Центрифуга настільна	4
19.	Стіл письмовий	5
20.	Стілець	22
21.	Столик медичний	10
22.	Шафа для медичної документації	4
23.	Штатив для пробірок	50
24.	Ємкість для дезінфекції медичного інструментарію	20
25.	Лампа настільна	8
26.	Ємкість для зберігання розведеного дез. розчину	10
27.	Відро з педальною кришкою	4
28.	Аналізатор біохімічний напівавтоматичний	1
29.	Холодильник	1
30.	Сухожарова шафа	1

Денний стаціонар

№ з/п	Перелік медичної техніки	Мінімальна необхідна кількість на 10 ліжок
1.	Візок для перевезення медикаментів	2
2.	Ноші	3
3.	Каталка	3
4.	Крісло гінекологічне	2
5.	Кружка Есмарха зі штативом	2
6.	Кушетка медична	10
7.	Лампа бактерицидна	3
8.	Інфузомат	5
9.	Ножиці медичні	2
10.	Апарат для вимірювання артеріального тиску з стетофонендоскопом	1
11.	Столик медичний для інструментарію	2

12.	Термометр медичний	10
13.	Холодильник для медикаментів	1
14.	Шафа медична для медикаментів та інструментарію ШМ	1
15.	Шафа для медикаментів	1
16.	Штатив для краплинної інфузії	10
17.	Відро з педальною кришкою	1
18.	Інструментарій для гінекологічного огляду одноразового використання	10
19.	Інструментарій для гінекологічного огляду багаторазового використання	10
20.	Шафа для одягу	1

VI. Індикатори якості ¹²⁴ медичної допомоги

Форма 20 - Форма звітності № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік» (річна), затверджена наказом МОЗ України від 10 липня 2007 року № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення» та наказом МОЗ України від 17 червня 2013 року № 511 «Про затвердження Змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378»

Форма 025/о - Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

- 6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу з планування сім'ї.
- 6.1.2. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу з планування сім'ї, локального протоколу з планування сім'ї.
- 6.1.3. Відсоток жінок репродуктивного віку, які отримали консультацію щодо планування сім'ї.
- 6.1.4. Відсоток жінок репродуктивного віку, які використовують ВМК або гормональну контрацепцію.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) **Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу з планування сім'ї.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90 %

2015 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу з планування сім'ї (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу з питань планування сім'ї, локального протоколу з планування сім'ї.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90 %

2015 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих в районі обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу з планування сім'ї (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий ЗОЗ.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток жінок репродуктивного віку, які отримали консультацію щодо планування сім'ї.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти надання пацієнту консультації з питань планування сім'ї. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), а також ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість жінок репродуктивного віку, які звернулися до лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) або ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, протягом звітного періоду.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок репродуктивного віку, які звернулися до лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) або ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, протягом звітного періоду, яким лікарем було надано консультацію з питань планування сім'ї, з відповідним записом в первинній медичній документації (Форма 025/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4.А) Відсоток жінок репродуктивного віку, які використовують ВМК або гормональну контрацепцію.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора доцільно проводити для кожного з зазначених засобів контрацепції окремо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), а також ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість жінок репродуктивного віку, які перебувають на обліку лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), або ЗОЗ, що надають медичну допомогу з питань планування сім'ї, розташованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок, яким уведені внутрішньоматкові спіралі, а також кількість жінок, які використовують гормональні контрацептиви.

Джерелом інформації є:

Форма звітності № 20 "Звіт лікувально-профілактичного закладу за 20__ рік" (річна), Таблиця 2610, пункти 1, 3.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова «Планування сім'ї», заснована на доказах», 2013.
2. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
4. Наказ МОЗ України № 132 від 23.02.2012 «Про затвердження Примірною табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
5. Наказ МОЗ України № 646 від 29.03.2013 «Про затвердження четвертого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ МОЗ України № 646 від 05.10.2011 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».
7. Наказ МОЗ України № 127 від 02.03.2011 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
8. Наказ МОЗ України № 734 від 31.10.2011 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
9. Наказ МОЗ України № 735 від 31.10.2011 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
10. Наказ МОЗ України № 739 від 31.10.2011 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
11. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»

130
Додаток 1

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ						
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК
I = Ініціація, П = Продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується						
ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ						
ВАГІТНІСТЬ	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	4	4
ВІК	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2	Від менархе до <40 років = 1 ≥40=2	Від менархе до <18 років = 1 18-45 = 1 >45 = 1	Від менархе до <18 років = 2 18-45 = 1 >45 = 2	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1	Від менархе до <20 = 2 ≥20 = 1
ПОЛОГИ						
а) жінки, які не народжували	1	1	1	1	2	2
б) жінки, які народжували	1	1	1	1	1	1
ГОДУВАННЯ ГРУДЬМИ						
а) < 6 тижнів після пологів	4	4	3	3		
б) від 6 тижнів до 6 місяців після пологів (в основному годування грудьми)	3	3	1	1		
в) ≥ 6 місяців після пологів	2	2	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у тих жінок, які не годують грудьми)						
а) < 21 дня						
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	3	3	1	1		
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	3/4	3/4				
б) ≥ 21 дня						
(i) відсутні інші фактори ризику ВТЕ	2	2	1	1		
(ii) наявні інші фактори ризику ВТЕ	2/3	2/3				
в) > 42 днів	1	1	1	1		
ПІСЛЯ ПОЛОГІВ (у тих жінок, які годують та не годують грудьми) у тому числі після кесаревого розтину:						
а) < 48 годин, включаючи введення одразу після відходження плаценти					1	1=не ГГ, 3=ГГ
б) ≥ 48 годин до < 4 тижнів					3	3
в) ≥ 4 тижнів					1	1
г) Пуерперальний сепсис					4	4
ПІСЛЯ АБОРТУ						
а) перший триместр	1	1	1	1	1	1
б) другий триместр	1	1	1	1	2	2
в) одразу після септичного аборт	1	1	1	1	4	4

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ						
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
I = Ініціація, П = Продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується						
ПІСЛЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	1	1	2	1	1	1
ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗУ В АНАМНЕЗІ (включаючи стан після кесаревого розтину) (див. розділ “Після пологів”)	1	1	1	1	1	1
КУРІННЯ						
а) вік < 35	2	2	1	1	1	1
б) вік ≥ 35:						
(i) <15 цигарок на день	3	3	1	1	1	1
(ii) ≥15 цигарок на день	4	4	1	1	1	1
ОЖИРІННЯ						
а) Індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м ²	2	2	1	1	1	1
б) Від менархе до 18 років та ІМТ ≥ 30 кг/м ²	2	2	1	2	1	1
НЕМОЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ						
ЧИСЛЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (немолодий вік, куріння, діабет та гіпертонія)	3/4	3/4	2	3	1	2
ГІПЕРТЕНЗІЯ						
а) в анамнезі гіпертензія, коли артеріальний тиск НЕ МОЖНА виміряти (включаючи гіпертензію під час вагітності)	3	3	2	2	1	2
б) адекватно контрольована гіпертензія, коли артеріальний тиск МОЖНА виміряти	3	3	1	2	1	1
в) підвищений артеріальний тиск (правильно виміряний):						
(i) систолічний 140-159 або діастолічний 90-99	3	3	1	2	1	1
(ii) систолічний ≥ 160 або діастолічний ≥ 100	4	4	2	3	1	2
г) захворювання судин	4	4	2	3	1	2

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ							
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК	
I = Ініціація, П = Продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується							
ВИСОКИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ (коли артеріальний тиск можна виміряти і в даний момент він у нормі)	2	2	1	1	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН (ТГВ) /ЛЕГЕНЕВА ЕМБОЛІЯ (ЛЕ)							
а) ТГВ/ЛЕ в анамнезі	4	4	2	2	1	2	
б) гострі ТГВ/ЛЕ	4	4	3	3	1	3	
в) ТГВ/ЛЕ й антикоагулянтна терапія	4	4	2	2	1	2	
г) сімейний анамнез (родичі першого ступеню)	2	2	1	1	1	1	
г) великі хірургічні втручання:							
(i) з подовженою іммобілізацією	4	4	2	2	1	2	
(ii) без подовженої іммобілізації	2	2	1	1	1	1	
д) “мала” хірургія без іммобілізації	1	1	1	1	1	1	
ВИЯВЛЕНІ ТРОМБОГЕННІ МУТАЦІЇ (наприклад, фактор V Лейдена; протромбінова мутація; недостатність протеїну S, протеїну C та антитромбіну)	4	4	2	2	1	2	
ТРОМБОЗ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН							
а) варикоз вен	1	1	1	1	1	1	
б) поверхневий тромбофлебіт	2	2	1	1	1	1	
ШЕМИЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ЗАРАЗ ТА РАНІШЕ	4	4	I 2	П 3	3	I 2	П 3
ІНСУЛЬТ (інсульт в анамнезі)	4	4	I 2	П 3	3	1	2
ВСТАНОВЛЕНІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ	2/3	2/3	2	2	1	2	
УРАЖЕННЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ							
а) без ускладнень	2	2	1	1	1	1	
б) з ускладненнями (легенева гіпертензія, ризик фібриляції передсердь, підгострий бактеріальний ендокардит в анамнезі)	4	4	1	1	2	2	

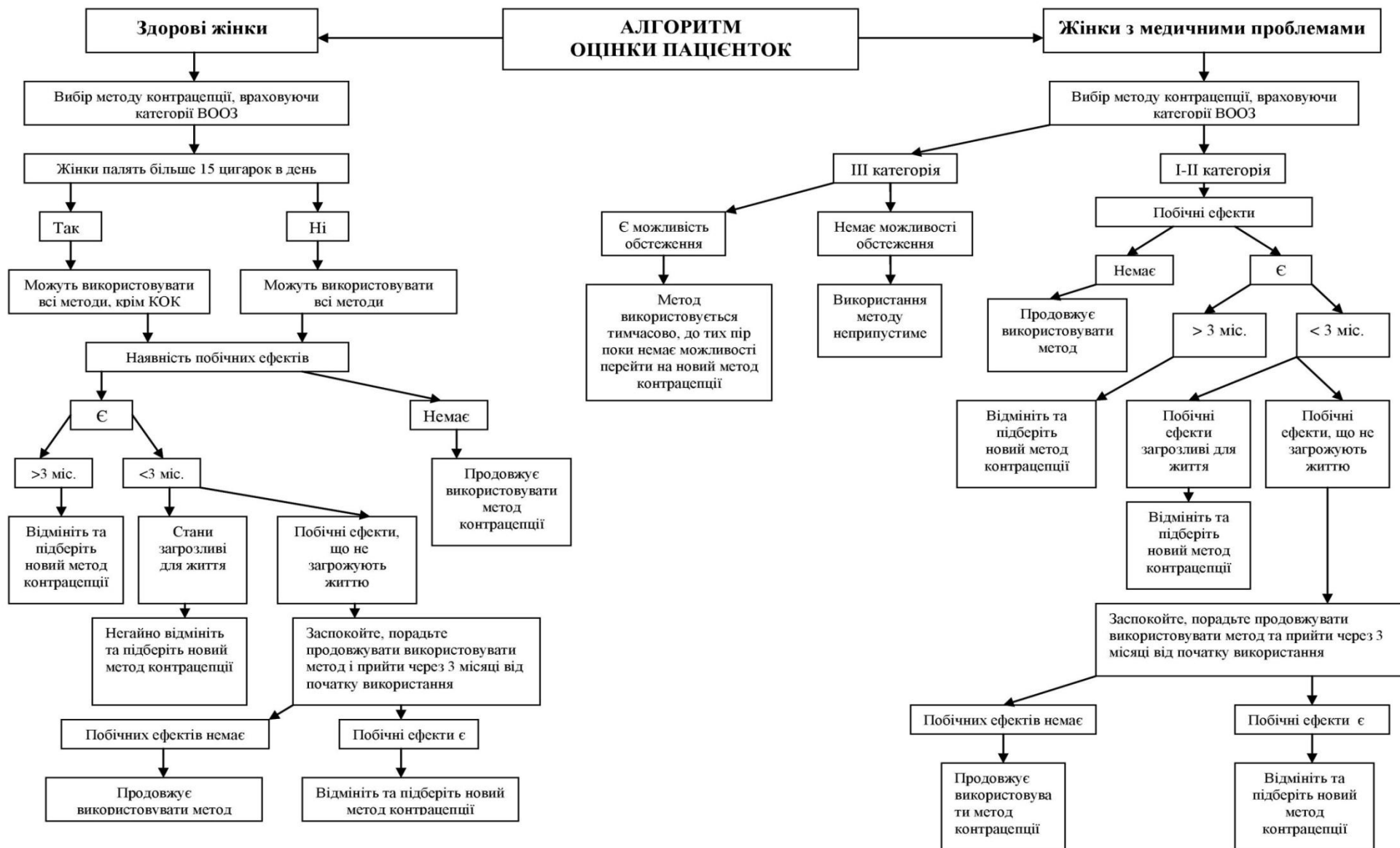
ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ												
СТАН	КОК		КП/ВК		ТКП		ДМП		Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК	
I=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується												
РЕВМАТОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ												
СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК							I	П	I	П		
а) Наявність (або невідомо) антифосфоліпідних антитіл	4		4		3		3	3	1	1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

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК	
I = Ініціація, П = Продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується								
ХВОРОБИ ТРОФОБЛАСТУ								
а) знижені рівні β -ХГЛ чи неможливо їх визначити	1	1	1	1	3	3		
б) постійно підвищені рівні β -ХГЛ чи злаякісна хвороба	1	1	1	1	4	4		
ЦЕРВІКАЛЬНИЙ ЕКТРОШОН	1	1	1	1	1	1		
ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ (ЦІН)	2	2	1	2	1	2		
РАК ШИЙКИ МАТКИ (в очікуванні лікування)	2	2	1	2	I	П	I	П
					4	2	4	2
ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ								
а) недиагностоване утворення	2	2	2	2	1	2		
б) доброякісне захворювання молочної залози	1	1	1	1	1	1		
в) сімейний анамнез раку	1	1	1	1	1	1		
г) рак молочної залози:								
(i) в теперішній час	4	4	4	4	1	4		
(ii) в минулому та без рецидивів протягом останніх 5 років	3	3	3	3	1	3		
РАК ЕНДОМЕТРІУ								
1	1	1	1	1	I	П	I	П
					4	2	4	2
РАК ЯЄЧНИКІВ								
1	1	1	1	1	I	П	I	П
					3	2	3	2
ФІБРОМІОМА МАТКИ								
а) без змін порожнини матки	1	1	1	1	1	1		
б) зі зміною порожнини матки	1	1	1	1	4	4		
АНАТОМІЧНІ АНОМАЛІЇ								
а) зі зміною порожнини матки					4	4		
б) без змін порожнини матки					2	2		

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ									
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК		ЛНГ-ВМК		
I = Ініціація, П = Продовження, ГГ = годують грудьми, НЗ = не застосовується									
ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ (ЗЗОМТ) а) ЗЗОМТ в анамнезі (припускаючи, що в теперішній час факторів ризику ППСШ не встановлено): (і) з подальшою вагітністю (іі) без подальшої вагітності б) ЗЗОМТ – в теперішній час									
						I	П	I	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	2	2	2	2
1	1	1	1	1	4	2	4	2	
ППСШ а) гнійний цервіцит, хламідіоз або гонорея в теперішній час б) інші ППСШ (за виключенням ВІЛ-інфекції та гепатиту) в) вагініт (включаючи вагінальний трихомоніаз та бактеріальний вагіноз) г) підвищений ризик ППСШ	1	1	1	1	4	2	4	2	
	1	1	1	1	2	2	2	2	
	1	1	1	1	2	2	2	2	
	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2	
ВІЛ/СНІД									
ВИСОКИЙ РИЗИК ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ	1	1	1	1	1	П	1	П	
ВІЛ-ПОЗИТИВНІ ОСОБИ	1	1	1	1	2	2	2	2	
СНІД	1	1	1	1	3	2	3	2	
Ефективна антиретровірусна терапія	Див. Антиретровірусна терапія нижче				2	2	2	2	
ІНШІ ІНФЕКЦІЇ									
ШИСТОСОМОЗ а) без ускладнень б) фіброз печінки	1	1	1	1	1		1		
	1	1	1	1	1	1		1	
ТУБЕРКУЛЬОЗ а) нетазовий б) встановлений тазовий	1	1	1	1		I	П	I	П
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	4	3	4	3	
МАЛЯРІЯ	1	1	1	1	1		1		

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ						
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
I=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується						
ЕНДОКРИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ						
ДІАБЕТ						
а) під час вагітності в анамнезі	1	1	1	1	1	1
б) без уражень судин:						
(i) інсулінонезалежний	2	2	2	2	1	2
(ii) інсулінозалежний	2	2	2	2	1	2
в) нефропатія/ ретинопатія/ нейропатія	3/4	3/4	2	3	1	2
г) інші судинні ускладнення або діабет тривалістю > 20 років	3/4	3/4	2	3	1	2
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ						
а) простий зоб	1	1	1	1	1	1
б) гіпертиреоз	1	1	1	1	1	1
в) гіпотиреоз	1	1	1	1	1	1
ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ						
ЗАХВОРЮВАННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА						
а) з клінічними симптомами						
(i) після холецистектомії	2	2	2	2	1	2
(ii) після медикаментозного лікування	3	3	2	2	1	2
(iii) у теперішній час	3	3	2	2	1	2
б) безсимптомні	2	2	2	2	1	2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗІ						
а) пов'язаний з вагітністю	2	2	1	1	1	1
б) пов'язаний з використанням КОК	3	3	2	2	1	2
ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ						
	I	II	I	II		
а) гострий або загострення	3/4	2	3/4	2	1	1
б) носійство	1	1	1	1	1	1
в) хронічний	1	1	1	1	1	1
ЦИРОЗ						
а) легкий (компенсований)	1	1	1	1	1	1
б) тяжкий (декомпенсований)	4	4	3	3	1	3
ПУХЛИНИ ПЕЧІНКИ						
а) доброякісна						
і. вогнищева вузлова гіперплазія	2	2	2	2	1	2
ii. гепатоцелюлярна аденома	4	4	3	3	1	3
б) злоякісна (гепатома)	4	4	3	3	1	3

ЗВЕДЕНІ ТАБЛИЦІ								
СТАН	КОК	КП/ВК	ТКП	ДМП	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК		
I=Ініціація, П=Продовження, ГГ=годують грудьми, НЗ=не застосовується								
АНЕМІЇ								
ТАЛАСЕМІЯ	1	1	1	1	2	1		
СЕРПОВИДНО-КЛІТИННА АНЕМІЯ	2	2	1	1	2	1		
ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ	1	1	1	1	2	1		
ВЗАЄМОДІЯ З ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ								
АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ					I	П	I	П
а) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
б) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)	2	2	2	1	2/3	2	2/3	2
в) інгібітори протеаз, що потенціюються ритонавіром	3	3	3	1	2/3	2	2/3	2
ПРОТИСУДОМНА ТЕРАПІЯ								
а) деякі протисудомні препарати (фенітоїн, карбамазепін, барбітурати, примідон, топірамат, окскарбазепін)	3	3	3	1	1		1	
б) Ламотригін	3	3	1	1	1		1	
АНТИМІКРОБНА ТЕРАПІЯ								
а) антибіотики широкого спектру дії	1	1	1	1	1		1	
б) протигрибкові засоби	1	1	1	1	1		1	
в) антипаразитарні засоби	1	1	1	1	1		1	
г) рифампіцин чи рифабутин	3	3	3	1	1		1	



Інформаційний лист заповнюється і підписується лікарем та пацієнткою після проведеного консультування, зберігається у лікаря, який проводив консультування і в кінці місяця/кварталу аналізується керівником структурного підрозділу для оцінки якості та формування індикатора якості медичної допомоги.

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

ШІБ пацієнта:

Дата консультування з питань планування сім'ї:

Ким проведене консультування (ШІБ, посада):

1. Період життя пацієнтки:

- 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)

2. Вид консультування:

- Вибір методу. Початкове (первинне) консультування
- Консультування з конкретного методу контрацепції
- Консультування з подальшого використання методу контрацепції
- Невдача у використанні методу контрацепції
- Післяпологове
- Післяабортне

3 Отримання інформації щодо обраного методу контрацепції:

- Механізм дії обраного методу
- Ефективність методу
- Переваги та недоліки методу
- Неконтрацептивні властивості
- Зворотність методу
- Правила використання методу
- Побічні ефекти, ускладнення
- Стани, що потребують звернення до лікаря

4 Надання інформації щодо подальшого використання методу:

- Повторні візити
- Тривалість використання методу
- Перехід на інший метод контрацепції

ПІДПИС КОНСУЛЬТАНТА:

ПІДПИС ПАЦІЄНТА: