

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧНИХ ТА ЛІКАРІВ ПЕДІАТРІВ-
ДІЛЬНИЧНИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Післяпологова та післяабортна контрацепція (код курсу 04.03.04)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години.

I. Мета заняття

Методи післяпологової та післяабортної контрацепції потрібно засвоїти сімейному лікарю з метою попередження непланованої вагітності та наслідків її переривання у жінок, які годують дітей грудьми або вимушені були перервати вагітність за власним бажанням. Післяабортна контрацепція пропонується також жінкам після самовільних викиднів будь-якого терміну.

II. Об'єм повторної інформації

1. Регуляція функцій репродуктивної системи.
2. Запліднення.
3. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
4. Класифікація методів контрацепції.

III. Об'єм нової інформації

1. Сучасні методи післяпологової та післяабортної контрацепції.
2. Механізм дії методів післяпологової та післяабортної контрацепції.
3. Фактори ризику щодо виникнення ускладнень при використанні післяпологової та післяабортної контрацепції.
4. Показання та протипоказання для використання післяпологової та післяабортної контрацепції

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	20
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу пацієнтів, які потребують контрацепції.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при патології репродуктивної системи жінки, яка потребує призначення контрацепції.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Показання та протипоказання для використання методів планування сім'ї.		+	
5.	Оцінювати фактори ризику ускладнень при		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Що являє собою програма по плануванню сім'ї, її завдання?
2. Наведіть класифікацію контрацептивних речовин.
3. Опишіть традиційні методи контрацепції, їх недоліки, переваги.
4. Які Ви знаєте сперміцидні препарати?
5. Надайте характеристику природнім методам контрацепції.
6. Що собою являє метод лактаційної аменореї?
7. Наведіть класифікацію сучасних методів контрацепції.
8. На чому заснований механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів?
9. Опишіть недоліки внутрішньоматкової контрацепції, протипоказання для її використання.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Що являє собою програма по плануванню сім'ї, її завдання?
2. Наведіть класифікацію контрацептивних речовин.
3. Опишіть традиційні методи контрацепції, їх недоліки, переваги.

Тестові завдання

1. Пацієнтка 34 років звернулась до лікаря для вибору метода контрацепції. Страждає на цукровий діабет тип II, анемія I ступеня, менструальний цикл нерегулярний. В анамнезі – позаматкова вагітність 2 роки тому.
 - Який з перелічених станів є протипоказанням для використання КОК?
 - A. Анемія I ступеня
 - B. Цукровий діабет тип II*
 - C. Нерегулярний менструальний цикл
 - D. Ектопічна вагітність в анамнезі

2. В жіночу консультацію звернулась жінка 24 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматично здорова.
 - Які методи контрацепції протипоказані у жінок, що годують груддю?
 - A. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви
 - B. Внутрішньоматкові контрацептиви
 - C. Бар'єрні методи
 - D. Комбіновані оральні контрацептиви

Ситуаційні задачі

1. В жіночу консультацію звернулась жінка 26 років для вибору метода контрацепції. В анамнезі 1 пологи, 2 штучних абортів. У пацієнтки незначні ознаки гіперандрогенії - акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню, жирна шкіра лиця. Менструальний цикл не порушений.
 - Може дана пацієнтка використовувати КОК?

√ Жінки з ознаками гіперандрогенії можуть використовувати КОК.

2. В жіночу консультацію звернулася жінка 24 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматично здорова.
- Які методи контрацепції можна рекомендувати?

√ Після пологів можна рекомендувати методи: лактаційної аменореї, прогестеронові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, презервативи.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

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 ПСШ, 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 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. Наявний ризик, пов'язаний з оперативним втручанням.
4. Пацієнт/пацієнтка більше не зможе мати дітей.
5. Передбачається, що ефект від цієї процедури буде постійним (незворотним).
6. Пацієнт/пацієнтка має право відмовитися від цієї процедури, що ніяк не вплине на його право одержувати інші послуги. Пацієнт/пацієнтка може змінити своє рішення у будь-який момент до операції.

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
-----------------	-----------------

- 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).

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

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СТЕРИЛІЗАЦІЮ

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

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ

СТЕРИЛІЗАЦІЮ

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

ПРОВЕДЕННЯ ДХС

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

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

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

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.

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 ППСШ, 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 урогенітальних кандидозів (<i>Candida albicans</i> , <i>C. Krusei</i> , <i>C. tropicalis</i> та інш.)	2-5 мкм
Гонорея (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	1,25 мкм на 1,7 мкм
Вірусний гепатит В	42-45 нм
Вірус простого герпесу (<i>Herpes simplex virus</i>)	120-150 нм
Папіломавіруси людини (<i>Papovaviridae</i>)	40-50 нм

*Примітка: мікрон = 1 мкм

$$1 \text{ мкм} = 10^{-6} \text{ м}$$

$$1 \text{ нм} = 10^{-9} \text{ м}$$

Сучасні дослідження довели, що ефективність презервативів для попередження передачі ВІЛ інфекції складає більше 87% (від 60% до 96%). Неефективність 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	НЕДОЛІКИ
<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 ПСШ\ВІЛ; • сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї; • можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки у жінок; • можуть використовуватися для поліпшення ерекції у хворих після операцій на органах черевної порожнини (кільце презерватива виконує роль слабкого джгута); 	<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.

- можуть використовуватись під час лікування імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потрапляння антигенів сперми у піхву.

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 ППСШ, порекомендують інший сперміцид або презерватив без сперміциду чи допомагають вибрати інший метод.

Зменшення відчуття статевого задоволення:

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

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 ППСШ.

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

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

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; 	<ul style="list-style-type: none"> • ефективність (5 вагітностей на 100 жінок за умови правильного застосування протягом

- відсутність протипоказань;
- немає алергічних реакцій.

- першого року використання);
- дороговартісні;
- потрібна згода партнера;
- потрібен постійний запас.

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

У РАЗІ ІХ 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 ІПСШ, 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 (носіє).

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; 	<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

- 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.

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

МОЖЛИВІ ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, ПРОБЛЕМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ РАЗІ ІХ ВИНИКНЕННЯ

Вагінальне подразнення:

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

Подразнення пеніса та дискомфорт:

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

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
Контрацептивні: <ul style="list-style-type: none"> • висока та негайна ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,2 	<ul style="list-style-type: none"> • можливі кров'янисті мажучі виділення або кровотеча, набряки, зміна настрою,

<p>вагітності на 100 жінок протягом першого року використання);</p> <ul style="list-style-type: none"> • використання методу не залежить від користувача; • метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо; • незначні побічні ефекти, добра переносимість; • метод зручний у використанні (система вводиться один раз на 5 років); • можливість застосування при наявності протипоказань до естрогенного компоненту; • мінімальний системний вплив дозволяє використовувати систему з ЛНГ під час вигодовування грудьми та інших станах, за яких системний вплив гормонів є небажаним; • негайне відновлення циклічної функції яєчників після видалення системи, швидке відновлення; • відсутність впливу на кров'яний тиск. <p>Неконтрацептивні:</p> <ul style="list-style-type: none"> • суттєво зменшує тривалість та об'єм менструації; 	<p>акне (як правило минають після періоду адаптації);</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 утримуватися від статевих стосунків або користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів;
- якщо попередній контрацептив вводився ін'єкційним способом, то введення ВМС повинно проводитися у день можливої наступної ін'єкції попереднього контрацептиву. Жінка повинна користуватися додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів після введення.

Профілактика інфікування та пов'язані з цим стани

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

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

Жінці необхідно негайно проконсультуватися з лікарем у разі постійного болю внизу живота, підвищеної температури, болю під час статевого акту чи патологічної кровотечі.

Експульсія (виштовхування)

Скорочення матки під час менструації можуть іноді змістити внутрішньоматковий протизаплідний засіб або виштовхнути його. Можливі симптоми: біль і патологічна кровотеча. Якщо внутрішньоматковий протизаплідний засіб змістився, ефективність його дії зменшується. Якщо відмічаються ознаки, які вказують на те, що засіб змістився (збільшилась довжина ниток у піхві, болі внизу живота, кровомазання) чи якщо жінка не може відчутти нитки, потрібно уникати статевого акту або застосовувати інші контрацептиви і

проконсультуватися з лікарем. Оскільки система з левоноргестрелом зменшує кількість менструальних виділень, збільшення менструальних виділень може бути ознакою експульсії

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 ПК

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 використанні 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** (включаючи ВМК) першу ін'єкцію ПІК можна зробити негайно після припинення використання методу або у будь-який час за умови впевненості, що жінка не вагітна.

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

- жінка протягом цього менструального циклу мала статеві стосунки, і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то у цьому разі рекомендовано видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом цього менструального циклу не мала статевих стосунків, і від початку менструації минуло понад 7 днів, то у цьому разі їй рекомендовано протягом подальших 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо вищезгаданий ВМК служить як додатковий засіб, то його необхідно видалити під час наступного менструального циклу. *(1, 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 проведенне лікування, або з'являється після серії звичайних менструальних циклів слід проаналізувати можливі причини, не пов'язані із застосуванням ПІК.

Збільшення або втрата маси тіла (змiна 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 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції.

ІХ. Основна література для опрацювання.

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2014 року № 59
2. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство // Под. ред. профессора В.К.Чайки. – Донецк: ООО „Альматео”, 2001.
3. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
4. Практическая гинекология – руководство для врачей// В.К.Лихачев – Москва МИА, 2013

Методичну рекомендацію до практичного заняття підготувала асс. Кафедри акушерства та гінекології № 2 Шиманська Я.В.

5.01.2017

Прорецензував професор В.К. Ліхачов

Методична рекомендація обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології № 2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична рекомендація переглянута і доповнена “ ____ ” _____ 201__р.