

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

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Планування сім'ї. Сучасні методи контрацепції (код курсу 4.1.1.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість лікарям загальної практики проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів.

II. Навчально-виховні цілі

Донести до курсантів наступні знання::

1. Визначення поняття «планування сім'ї».
2. Принципи вибору метода контрацепції.
3. Обстеження перед вибором метода контрацепції.
4. Методи оцінки ефективності контрацепції.
5. Класифікацію оральних контрацептивів (КОК).
6. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КОК.
7. Типи контрацептивів прогестагенового ряду (КПР).
8. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КПР.
9. Типи прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК).
10. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ПІК.
11. Типи трансдермальних терапевтичних систем (ТТС).
12. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ТТС.
13. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти застосування комбінованих вагінальних кілець.
14. Особливості лактаційної аменореї як метода контрацепції.
15. Правила застосування, протипоказання, побічні ефекти внутрішньоматкової контрацепції (ВМК).
16. Особливості невідкладної контрацепції.
17. Спосіб використання бар'єрних методів контрацепції.
18. Особливості застосування природних методів планування сім'ї (ППС).
19. Особливості післяпологової контрацепції.
20. Особливості післяабортної контрацепції.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

- Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.
- Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з пізніми гестозами.
- Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів.	
Нормальна фізіологія	Фізіологічні зміни в репродуктивній системі у різні періоди життя жінки.	Провести тести функціональної діагностики
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Розвиток жіночих статевих органів і дитячому і підлітковому віці.	Уміти визначити розвиток вторинних статевих ознак
III. Внутрішньопредметна інтеграція нормальний менструальний цикл	Рівні регуляції менструального циклу	Провести фізикальне обстеження жінки

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Яке визначення поняття «планування сім'ї»? 2. Які принципи вибору метода контрацепції? 3. Яке обстеження перед вибором метода контрацепції? 4. Які методи оцінки ефективності контрацепції? 5. КОК 6. КПП 7. ПІК 8. ТТС 9. ВМК 10. Бар'єрні методи, природні методи 11. Особливості післяпологової контрацепції? 12. Особливості післяабортної контрацепції.	Семінар-конференція	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Планування сім'ї – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній 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.

Зміст теми.

З метою вибору методу контрацепції учасники робочих нарад ВООЗ розробили систему класифікації і застосували її до всіх існуючих методів контрацепції. У відповідності з цією класифікацією, різні контрацептивні методи оцінюються з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їх використання за відповідного стану здоров'я, який впливає на використання методу контрацепції.

За класифікацією ВООЗ можна розподіляють на чотири категорії (класи).

Категорії

- 1** – стан здоров'я, при якому протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;
- 2** – стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні або доведені ризики;
- 3** – стан здоров'я, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;

4 – стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

- Значення категорій „1” та „4” не потребують пояснень.
- Категорія „2” означає, що даний метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль зі сторони лікаря.
- Категорія „3” означає, що рекомендувати метод можна лише після ретельного клінічного обстеження і за умови наявності доступу до відповідних медичних послуг. Крім того, слід враховувати ступінь захворювання та прийнятність альтернативних методів контрацепції. Даний метод не рекомендується використовувати за виключенням тих ситуацій, коли обраний метод є єдиним прийнятним для пацієнта, а невикористання контрацепції є ще більшим ризиком. Стан здоров'я пацієнта повинен знаходитись під постійним контролем з боку лікаря.

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

ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ ОБСТЕЖЕННЯ, ЯКЕ ПРОВОДИТЬСЯ У ПЛАНОВОМУ ПОРЯДКУ ПЕРЕД ПРИЙНЯТТЯМ РІШЕННЯ НА КОРИСТЬ ТОГО ЧИ ІНШОГО МЕТОДУ КОНТРАЦЕПЦІЇ

У цьому випадку мається на увазі обстеження, що застосовується до осіб, які вважаються здоровими та пройшли профілактичний огляд протягом року.

Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. Однак, детально збираються анамнестичні дані.

Профілактичний огляд включає:

- вимірювання АТ;
- клінічне обстеження молочних залоз;
- пальпація живота;
- гінекологічний огляд;
- мазок на онкоцитологію.

Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткового обстеження перед тим, як рекомендувати пацієнтам той чи інший метод контрацепції.

Клас „А” – проведення обстеження рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас ”В” - проведення обстеження значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції. Однак доцільність проведення цього обстеження повинна визначатись у відповідності національних стандартів. Остаточне рішення приймається шляхом оцінки ризиків за умови не проведення необхідного обстеження і невикористання необхідного контрацептиву у порівнянні з використанням контрацептиву.

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

Наведена класифікація розроблена з урахуванням кореляції між проведенням того чи іншого обстеження і гарантією безпечного користування конкретним методом контрацепції. При цьому дана класифікація не відображає доцільності проведення обстеження за інших обставин. Наприклад, деякі види обстеження, які не мають вирішального значення у визначенні безпеки і ефективності користування конкретним методом контрацепції, проте можуть корисними стати необхідними при проведенні превентивних заходів у діагностиці або при оцінці різних патологічних станів.

Принципи вибору контрацепції:

1. Надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки/ партнерів застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки/ партнерів.
4. Вибір контрацептиву відповідно до віку жінки/ партнерів.
5. Вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки/ партнерів.

При обтяженому сімейному анамнезі – додаткове обстеження системи гемостазу, ліпідного та вуглеводного обміну.

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

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

Оральні контрацептиви впевнено лідирують серед методів планування сім'ї як найбільш розповсюджені у світі (близько 100 млн. жінок сьогодні застосовують їх постійно). КОК визнані вискоєфективними та безпечними засобами контрацепції за умови відсутності протипоказань та дотримання режиму прийому.

Особливу цінність для клінічних спеціалістів та пацієнок мають лікувально-профілактичні, онкопротекторні властивості гормональних контрацептивів: зниження ризику позаматкової вагітності (на 90 %), ризику раку яєчників та ендометрію (на 50-80%), колоректального раку (на 40-50 %), хоріонепітеліоми (на 100 %) у залежності від тривалості застосування, а також зниження ризику розвитку доброякісних захворювань молочної залози (на 40%) та інші.

Ряд досліджень продемонстрували лікувальні та профілактичні ефекти оральних контрацептивів при ендометріозі, міомі матки, дисфункціональних маткових кровотечах та гіперпластичних процесах ендометрію, деяких формах аменореї, передменструальному синдромі, гіпофункції щитоподібної залози, ревматоїдному артриті, остеопорозі. Протективний вплив КОК продовжується не менше 10 років після їх відміни.

Класифікація

Сучасні КОК можна розділити на 2 групи: комбіновані та однокомпонентні (міні-пілі). У свою чергу, серед комбінованих КОК розрізняють одно-, дво- і трифазні. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг трифазних КОК.

ТИПИ

Монофазні:	21 активна таблетка містить однакову кількість естрогену та прогестину (Е/П).
Двофазні:	21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П (наприклад, 10/11).
Трифазні:	21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П (наприклад, 6/5/10).

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК:

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які ще не народжували;
- жінки, які потребують або бажають використовувати вискоєфективний метод попередження небажаної вагітності;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки з дисменореєю 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 варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо вагітність відсутня (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів).

Правила прийому: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Почати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то зробити перерву на 7 днів перед початком нової упаковки.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОК:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують груддю;
- жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- жінки з тяжкими захворюванням печінки або жовтяницею;
- жінки, що мають доброякісну чи злоякісну пухлину печінки у даний час або в анамнезі;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);

- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним – більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу діабету в анамнезі;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози чи статевих органів або мають його в анамнезі;
- жінки з мігрєнями та осередковими неврологічними симптомами;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток;
- жінки, що мають алергію на будь-які компоненти КОК;
- жінки старше 35 років, які палять.

Пацієнтці необхідно звернутися до спеціаліста з ПС або жіночу консультацію, якщо немає менструальноподібної реакції:

- під час прийому неактивних таблеток (упаковка 28 таблеток);
- протягом тижня без таблеток (упаковка 21 таблетка).

НАСТОРОЖУЮЧІ ОЗНАКИ ДЛЯ КОРИСТУВАЧІВ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ (КОК)

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

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПІК) ТИПИ

Депо-Провера:	150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційні кожні 3 місяці . Ін'єкція може бути зроблена до 2- 4 тижнів (28 днів) раніше або до 2-4 тижнів (28 днів) пізніше визначеного строку.
Нористерат:	200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційні кожні 2 місяці . Ін'єкція може бути зроблена за 2 тижні (14 днів) раніше або на 2 тижні (14 днів) пізніше визначеного строку.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПІК:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
 - жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
 - годуючі матері (6 або більше тижнів після пологів), що потребують контрацепції;
 - жінки після пологів, які не годують груддю;
 - жінки після аборту;
 - жінки, які мають бажану кількість дітей, але не хочуть скористатися добровільною стерилізацією;
 - жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
 - жінки, які палять (незалежно від віку і кількості сигарет, що випалюють на день);
 - жінки з АТ < 160/100, порушеннями згортання крові чи серповидно-клітинною анемією;
 - жінки з захворюваннями серця та щитоподібної залози;
 - жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, міомою;
 - жінки, які приймають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
 - жінки, які не бажають використовувати або яким не рекомендуються КОК;
 - жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток.

ПОВТОРНЕ ВВЕДЕННЯ ДМПА

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендується робити кожні 3 місяці.

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

Якщо за будь-яких обставин дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями ДМПА і НЕТ-ЕН є неможливим, допускається проведення ін'єкції на 2 тижні раніше або пізніше встановленого графіку. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо термін введення перевищує 2 тижні, повторна ін'єкція може бути проведена за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому випадку рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.

Чергування використання ДМПА і НЕТ-ЕН не рекомендується.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ПК:

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами (до встановлення їх причини);
- жінки, які не можуть переносити змін менструального циклу;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози або мають його в анамнезі.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРИ

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

ТИПИ

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

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ТТС:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болючі менструації.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ТТС

Якщо під час попереднього менструального циклу жінка не використовувала гормональний контрацептив.

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

Рекомендовані місця для приклеювання пластиру: шкіра лопатки, плеча, сідниці та нижньої частини живота. Кожний наступний пластир не повинен приклеюватись на місце попереднього.

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

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 артеріальної сітківки) або провісники тромбозу (наприклад, стенокардія або транзиторна ішемічна атака);
- жінки з наявністю серйозних або множинних факторів ризику артеріального тромбозу:
 - тяжка артеріальна гіпертензія (стійкі рівні АТ > 160/100 мм рт. ст.);
 - цукровий діабет з ураженням судин;
 - успадкована дисліпопротеїнемія;
 - успадкована схильність до венозного або артеріального тромбозу, наприклад, резистентність активованого протеїну С, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну С, дефіцит протеїну S, гіпергомоцистеїнемія та антифосфоліпідні антитіла (антитіла проти кардіоліпіну, вовчаковий антикоагулянт).
- жінки, які мають мігрень з аурую;

- жінки, які мають підтверджений або підозрюваний рак молочної залози, рак ендометрію і підтвержені або підозрювані естрогензалежні пухлини;
- жінки, які мають аденому і карциному печінки;
- жінки з генітальною кровотечею;
- жінки в період вагітності, лактації, післяпологовий період при відсутності грудного вигодовування (4 тижні).

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Гнучке та еластичне кільце, яке при введенні до піхви діє шляхом вивільнення етинілестріадіолу та етоногестрелу з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятися із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони попадають у кров. Таким чином, системний вплив на організм жінки буде мінімальним. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає за рахунок пригнічення овуляції.

ТИПИ

НоваРинг – 15 мкг етинілестріадіолу/120 мкг етоногестрелу

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ:

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильні болі під час менструації;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОВОГО ВАГІНАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ:

- **гормональні контрацептиви не використовувалися у попередньому циклі**

Жінка повинна ввести кільце між 1-м і 5-м днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальноподібна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

МЛА – контрацептивний метод, який базується на годуванні дитини груддю з обов'язковим дотриманням критеріїв його застосування з метою ефективності. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

МЛА дає природний захист від не планованої вагітності. Метод ефективний в перші 6 місяців після пологів при обов'язковому дотриманні зазначених нижче критеріїв використання.

Критерії використання МЛА:

1. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
2. Лактаційна аменорея.
3. Жінка годує виключно груддю:
 - годує дитину за вимогою;
 - щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі, окрім материнського молока;
 - інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі;

Якщо жінка не бажає або остерігається покладатися лише на МЛА, необхідно їй запропонувати використовувати інші методи: презервативи, сперміциди, ПТП, ДМПА, ВМК.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЛА:

- жінки, які годують дитину виключно груддю; у яких після пологів пройшло менше 6 місяців; у яких після пологів менструації ще не поновились.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ МЛА:

- жінки, у яких поновились менструації;

- жінки, які не годують виключно (чи майже виключно) груддю;
- жінки, у яких дитині виповнилось 6 або більше місяців.

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ ОБЕРЕЖНОСТІ

СИТУАЦІЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Введення регулярного додаткового прикорму (замість грудного годування)	Допомагають пацієнтці обрати інший метод і заохочують продовжувати годування груддю.
Відновлення післяпологової менструації	
Інтервал між годуваннями > 4 годин протягом дня і > 6 годин вночі	
Дитина віком 6 і більше місяців	

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ВМК) ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ, ЯКІ МІСТЯТЬ МІДЬ

Типи ВМК:

- Multiload-250 (MLCu-250);
- Multiload-375 (MLCu 375);
- TCu-380A;
- TCu-380Ag;
- TCu-380S;
- TCu-200;
- TCu-200B;
- TCu-200Ag;
- Nova T.

Успішне використання ВМК залежить від:

- ретельного обстеження та оцінки ризику на ІПСШ/ВІЛ;
- кваліфікованого введення ВМК та дотримання правил профілактики інфекцій;
- ретельного та уважного консультування пацієнтки.

Жінкам, які не народжували і планують народжувати ВМК не реномендується використовувати ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК:

- жінки будь-якого репродуктивного віку, що народжували;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які бажають мати високоефективний довготривалий захист від вагітності;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після абортів, які не мають ознак інфекції органів малого таза;
- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання контрацептивних таблеток;
- жінки, 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, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);
- жінки з артеріальним тиском > 160/100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігрєнями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ ВМК

ВМК, що містять мідь

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

• Введення ВМК можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.

- Після пологів введення ВМК допускається якщо:
 - після пологів минуло менше 48 годин за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду;
 - після пологів минуло 4 і більше тижнів;
- Якщо після пологів пройшло від 48 годин до 4 тижнів, то введення ВМК не рекомендується, за виключенням тих випадків, коли застосування більш прийнятних засобів контрацепції з тих чи інших причин є неможливим.
- Після абортів ВМК може вводитись відразу після здійснення аборту за умови відсутності ускладнень або хронічних захворювань геніталій.
 - У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМК може вводитись відразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступного менструального циклу.

Обстеження:

- *пальпація живота*: больові симптоми, виключити новоутворення в черевній порожнині;
- *обстеження у дзеркалах*: стан шийки матки, піхви, характер виділень;
- *бімануальний огляд*: стан шийки матки, збільшення або болючість матки та її придатків;
- *аналізи*: кров на Нв, гематокрит та мазок із піхви і цервікального каналу на флору.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ ВМК:

- вагітність;
- після септичного аборту;
- післяпологовий сепсис;
- кровотеча із піхви неясної етіології;
- рак шийки матки та ендометрію;
- злаякісна гестаційна пухлина;
- ЗЗОТ на момент консультування або протягом останніх трьох місяців;
- ПСШ зараз або в останні три місяці;
- аномалії розвитку статевих органів з деформацією порожнини матки;
- туберкульоз органів малого таза;
- міома матки .

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА СИСТЕМА (ВМС) З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (ЛНГ)

ТИПИ

Система Мірена вводиться лікарем у матку на 5 років і виділяє прогестоген ЛНГ безпосередньо в порожнину матки (20 мкг на добу).

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ:

- жінки репродуктивного віку, що народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, за умови відсутності деформації порожнини матки;
- жінки, які бажають мати дуже надійну контрацепцію;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після аборту (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

ПОЧАТОК ВИКОРИСТАННЯ

ВМС, що містять левоноргестрел

- Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в 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 пізніше 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.
- Після пологів рекомендується введення ВМС, що містить левоноргестрел, після 4-х і більше тижнів.
- Після аборту **ВМС**, що містить левоноргестрел, може вводитись практично відразу після здійснення аборту за відсутності ускладнень та протипоказань.
- У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМС може вводитись відразу, 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 пройшло більше 7 днів, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів;
- якщо попередній контрацептив вводився ін'єкційним шляхом, то введення ВМС повинно проводитись в день можливої наступної ін'єкції попереднього контрацептива. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції непотрібно.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СИСТЕМУ:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, що мають вагінальні кровотечі (до встановлення їх причин);
- жінки з запальними захворюваннями малого таза в даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфекційними захворюваннями геніталій;
- жінки з інфікованим абортom протягом останніх трьох місяців;
- жінки з цервіцитом;
- жінки з цервікальною дисплазією;
- жінки із злоякісними пухлинами матки або шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- у разі деформації порожнини матки;
- міома матки;
- стани, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- гіперчутливість до компонентів препарату.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна, або посткоїтальна контрацепція (НК) – збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції (ОК, ППП, ВМК та ін.) у перші години після незахищеного статевого акту, з метою запобігання настанню небажаної вагітності. Препарати, застосовувані для НК, називають ще „таблетками наступного ранку”.

Метод невідкладної контрацепції застосовується для запобігання небажаної вагітності у випадку „незахищеного” (без контрацептиву) статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних протизаплідних засобів (презерватива, діафрагми), при помилках у застосуванні гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової пігулки), після згвалтування, особливо у підлітків, чи в інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна. Ефективність методу досить висока і досягає 96 %, якщо з моменту „незахищеного” статевого акту пройшло не більше 72 годин.

ТИПИ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ:

- комбіновані естроген-гестагенні ОК;
- гестагени;
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК);
- антипрогестини (АП).

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ:

- „незахищений” (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у випадку виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- при порушенні регулярності в прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 1 і більше таблеток);
- після останньої ін'єкції ДМПА минуло більше 16 тижнів;
- партнери, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було незаплановано;
- у випадку згвалтування, особливо у підлітків.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ НЕВІДКЛАДНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ:

- пацієнтки, яким потрібен негайний захист від вагітності (наприклад, після незапланованого, незахищеного статевого акту; якщо виявлений дефект презервативу; після згвалтування).

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

ПРЕЗЕРВАТИВ

Чоловічий презерватив – єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ІПСШ.

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

Проводиться консультування відносно правил використання чоловічого та жіночого презервативів, які передбачено в інструкції засобів.

ДІАФРАГМИ ТА ШИЙКОВІ КОВПАЧКИ

Діафрагма та шийковий ковпачок – відносяться до бар'єрних методів контрацепції. Застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ІПСШ. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу. Ковпачки виготовляють із латексної гуми. Вони не мають широкого застосування в більшості країн.

ТИПИ ДІАФРАГМ

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

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

ТИПИ КОВПАЧКІВ

Існує три типи протизаплідних ковпачків:

- заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називається просто "шийковим ковпачком");
- ковпачок Vitule (має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем);
- куполоподібний ковпачок – порівняно неглибокий (має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму).

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ДІАФРАГМУ І КОВПАЧОК

- жінки, які не бажають або не можуть використовувати гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують груддю і потребують контрацепції;
- жінки, які бажають мати захист від ІПСШ і партнери яких не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу на період підбору іншого контрацептиву;
- жінки, яким необхідний додатковий контрацептивний метод;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини;
- пари, в яких будь-який з партнерів має більше одного статевого партнера (підлягають підвищеному ризику зараження ІПСШ, навіть якщо при цьому використовується інший метод контрацепції).

СПЕРМІЦИДИ

Сперміциди – хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання до верхніх відділів статевого тракту та в певній мірі захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

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

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

В якості основних активних інгредієнтів у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконіум хлорид (фарматекс), октоксинол, менфегол.

Ноноксинол-9 сприяє поширенню ІПСШ шляхом ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів (не рекомендується ВООЗ до використання).

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х

годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

При використанні кремів і желе передбачається як самостійне їхнє застосування, так і в поєднанні з піхвою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.

Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більший контрацептивний ефект та захист від ППСШ.

ЖІНКИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ СПЕРМІЦИДИ:

- жінки, які не хочуть або яким не показані гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують, потребують контрацепції;
- жінки, які бажають захисту від ППСШ, чий партнер не згоден використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу;
- жінки, які потребують додаткового страхувального методу;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ ПОВИННІ ВИКОРИСТОВУВАТИ СПЕРМІЦИДИ:

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки, які відчувають труднощі із застосуванням цього методу;
- жінки, які страждають на алергію на сперміциди;
- жінки з генітальними та іншими аномаліями;
- жінки, які потребують високоефективного методу контрацепції;
- пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом;

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї (ППС) (МЕТОДИ РЕГУЛЮВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ)

Природні методи можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період – це час, коли у жінки може наступити вагітність.

Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

МЕТОДИ ППС

Існує кілька різних методів природного планування сім'ї. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи природного планування сім'ї базуються на двох або більше індикаторах фертильності.

Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу і т.ін.) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

У даний період застосовуються такі методи контролю фертильності:

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

ПАРИ, ЯКІ МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ППС:

З метою контрацепції:

- жінки в усі періоди репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, в т. ч. ті, які не народжували.
- пари, релігійні чи філософські переконання яких не дозволяють використовувати інші методи;
- жінки, які не можуть користуватися іншими методами;
- пари, які здатні уникати статевих зносин протягом більше одного тижня в кожному циклі;
- пари, які здатні і бажають щоденно спостерігати, записувати, інтерпретувати ознаки фертильної фази.

З метою запліднення:

- Пари, які планують вагітність.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання:

1. Яке визначення поняття «планування сім'ї»?
2. Які принципи вибору метода контрацепції?
3. Яке обстеження перед вибором метода контрацепції?

4. Які методи оцінки ефективності контрацепції?
5. Яка класифікація оральних контрацептивів (КОК)?
6. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КОК?
7. Які типи контрацептивів прогестагенового ряду (КПР)?
8. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КПР?
9. Які типи прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПК)?
10. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ПК?
11. Які типи трансдермальних терапевтичних систем (ТТС)?
12. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ТТС?
13. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти застосування комбінованих вагінальних кілець?
14. Які особливості лактаційної аменореї як метода контрацепції?
15. Які правила застосування, протипоказання, побічні ефекти внутрішньоматкової контрацепції (ВМК)?
16. Які особливості невідкладної контрацепції?
17. Яка класифікація бар'єрних методів контрацепції?
18. Як використовують бар'єрні методи контрацепції?
19. Які особливості застосування природних методів планування сім'ї?
20. Які особливості післяпологової контрацепції?
21. Які особливості післяабортної контрацепції?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Ознайомити сімейну пару з принципами вибору контрацепції.
2. Ознайомити сімейну пару з методами контрацепції.
3. Провести обстеження перед вибором метода контрацепції.
4. Вибрати раціональний метод контрацепції для сімейної пари.
5. Оцінювати протипоказання до різних методів контрацепції.
6. Оцінювати небажані і побічні ефекти різних методів контрацепції.
7. Надавати рекомендації по ліквідації небажаних ефектів контрацепції.

Тестові завдання

1. Пацієнтка 34 років звернулася 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 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 протипоказані у жінок, що годують груддю?
 - A. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви
 - B. Внутрішньоматкові контрацептиви
 - C. Бар'єрні методи
 - D. Комбіновані оральні контрацептиви*

Ситуаційні задачі :

Задача 1:

1. В жіночу консультацію звернулася 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 лица. Менструальний цикл не порушений.
 - Може дана пацієнтка використовувати КОК?

Задача 2:

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?

Правильні відповіді:

Задача 1: Жінки з ознаками гіперандрогенії можуть використовувати КОК.

Задача 2: Після пологів можна рекомендувати методи: лактаційної аменореї, прогестеронові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, презервативи.

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Планування сім'ї. Сучасні методи контрацепції »

1. Наказ МОЗ України №59 від 21.01.2014 р. "Планування сім'ї".
2. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (планування сім'ї).
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
6. Наказ №503 МОЗ України від 28.12.2002 р. „Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні". 2003.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2006 № 905 Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної допомоги «Планування сім'ї».
8. Основи права і законодавства в охороні здоров'я; підручник /Л. Є. Братанюк, - К. Медицина 2010. - 544 с.
9. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк;Каштан,2009.
- 10.Лихачов В.К. Практическая гинекологии:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.