**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

 **«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Сучасні аспекти планування сім’ї, методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ.»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

 **рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

 **ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 10 від 03.01.2024 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методичні вказівки для студентів IV курсу медичного факультету №2 з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 04.01.2023**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 03.01.2024**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Тема. Сучасні аспекти планування сім’ї, методи контрацепції. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ.**

**І. Науково-методичне обґрунтування теми**

В умовах погіршення демографічної ситуації в країні, зниження життєвого рівня більшості населення, погіршення його репродуктивного здоров’я особливої уваги заслуговують питання планування сім’ї. В практиці лікаря загальної медицини профілактика незапланованої вагітності, особливо у пацієнток з екстрагенітальною патологією, займає одне з провідних місць. Тому засвоєння теоретичних знань та опанування практичними навичками індивідуального підбору раціональних засобів контрацепції з урахуванням вікових, соціальних, релігійних особливостей та стану соматичного здоров’я пацієнтки є однією з задач підготовки лікаря загальної практики – лікаря сімейної медицини.

**ІІ. Навчально-виховні цілі**

Для формування знань студент повинен ***знати:***

1. Визначення поняття «репродуктивне здоров’я»;
2. Визначення поняття «планування сім’ї»
3. Основні принципи та задачі служби планування сім’ї на сучасному етапі;
4. Методи контрацепції відповідно до періодів життя жінки;
5. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ;
6. Класифікацію контрацептивних засобів;
7. Ефективність різних методів контрацепції;
8. Методи розпізнавання фертильності (природні методи планування сім’ї): види, переваги, недоліки;
9. Метод лактаційної аменореї: переваги, недоліки;
10. Бар'єрний метод та сперміциди: види, переваги, недоліки.
11. Невідкладна контрацепція: переваги, недоліки;
12. Гормональна контрацепція: види, переваги, недоліки;
13. Внутрішньоматкові засоби: види, переваги, недоліки.
14. Добровільна хірургічна стерилізація: види, переваги, недоліки.

У результаті проведення заняття студент повинен ***уміти:***

1. Призначити раціональну контрацепцію пацієнтці з урахуванням вікових і соціальних особливостей, стану соматичного і гінекологічного здоров’я.

**ІІІ. Вихідні і базові знання**

1. Нормальна анатомія: Анатомію та фізіологічні особливості жіночих та чоловічих статевих органів, в різні вікові періоди.
2. Загальна гігієна: Вплив оточуючого середовища та стану загального здоров'я сімейної пари на овуляцію та спермогенез
3. Фармакологія: вплив різних форм контрацептивних засобів на організм людини

**IV. Зміст навчального матеріалу**

Необхідною умовою збереження репродуктивного здоров’я є планування вагітності за рахунок використання раціональних засобів контрацепції.

Своєчасне і правильне їх використання дозволяє забезпечити основні права людини – сексуальне і репродуктивне здоров’я. Вони розширюють можливості жінки щодо повноправної участі в житті суспільства. Також грають ключову роль у процесі досягнення гендерної рівноваги.

Середня тривалість репродуктивного періоду у жінок сьогодні сягає 36 років. Тобто з одного боку, це продовжує молодість жінки, а з іншого, призводить до розвитку цілої низки соціальних, особистих і медичних проблем, які належить вирішувати, в першу чергу, спеціалістам загальної практики.

Ще у 1968 році ООН наголосила на праві планування сім’ї і вільного відповідального батьківства як невід’ємному праві кожної людини. У 1974 році було визнаним право кожної країни займатися плануванням сім’ї на державному рівні. Зазначалося також, що це право необхідно реалізовувати, виходячи з потреб конкретної сім’ї.

Згідно із стратегією ВООЗ, термін «планування сім’ї» передбачає ті види діяльності, які мають за мету допомогти окремим особам і подружжю досягнути певних результатів, а саме:

* попередити небажану вагітність;
* народити бажаних дітей;
* регулювати інтервали між вагітностями;
* вибирати час народження дитини в залежності від віку батьків і стану їх здоров’я;
* визначати кількість дітей у родині.

В умовах різкого зниження народжуваності в Україні проблема планування сім’ї набуває сьогодні великого медико-соціального значення. Аборт в Україні продовжує залишатися основним методом регулювання народжуваності. При цьому ускладнення після абортів спостерігаються у кожної третьої жінки, а у першовагітних їх частота сягає 40%.

*Планування сім’ї, як суттєвий елемент первинної медичної допомоги в Україні, включає наступні основні види діяльності:*

* інформування і консультування населення щодо питань планування сім’ї;
* організація служб планування сім’ї;
* лікування неплідності і сексуальних розладів;
* забезпечення населення засобами контрацепції;
* формування суспільної думки про планування сім’ї як о суто медичній або внутрішньо сімейній проблемі;
* підвищення рівня знань і кваліфікації по проблемі планування вагітності не лише акушерів-гінекологів, а й лікарів інших спеціальностей;
* поглиблення і розширення роботи по статевому вихованню дітей та підлітків, підготовка педагогів і батьків щодо питань сексуального розвитку дітей;
* залучення засобів масової інформації до освітлення проблем планування сім’ї, сексуальної культури, сімейних відносин;
* підвищення доступності і якості медичних послуг у службі планування сім’ї.

11 червня 1997 року МОЗ України наказом № 180 «Про організацію роботи медичних центрів планування сім’ї і репродукції людини» затвердило положення про центри і кабінети планування сім’ї і їх структуру.

***Основними задачами служби планування сім’ї є:***

* вивчення основ сексуальної поведінки і методів контрацепції в учбових закладах і центрах молоді;
* підвищення безпеки абортів, удосконалення рекомендацій щодо попередження непланованої вагітності після пологів та абортів;
* розповсюдження сучасних методів контрацепції;
* попередження захворювань, що передаються статевим шляхом;
* широка інформаційна діяльність по проблемам планування сім’ї;
* надання допомоги жінкам і дівчаткам-підліткам – жертвам сексуального насильства;
* міжнародна співпраця.

При проведенні консультування щодо вибору методу контрацепції і планування сім’ї дотримуються правил консультування «**ЗРАДІЙ**» - це спосіб запам’ятати основні елементи процесу консультування.

**З** = зустріти: дружелюбно, з повагою, готовністю допомогти.

**Р** = розпитати: про потреби в плануванні сім’ї, занепокоєність, досвід використання контрацепції.

**А** = адаптувати інформацію згідно з потребами та обставинами пацієнтки.

**Д** = допомогти прийняти рішення та обрати метод контрацепції, якому вона надає перевагу.

**І** = інструктувати так, щоб пацієнтка запам’ятала.

**Й**= йдіть до нас знову: пацієнтка, що приходить ще раз, заслуговує на увагу.

Вибір методів контрацепції проводиться з урахуванням багатьох факторів: неконтрацептивних властивостей, які можна використати для покращення здоров׳я жінки і профілактики низки захворювань, ефективності методу, його безпеки. Жінку слід детально проінформувати про переваги того чи іншого контрацептиву, про показання та протипоказання до застосування тих чи інших контрацептивів.

Ефективність будь-якого контрацептиву виражають ***Індексом Перля (ІП)***, який визначається кількістю вагітностей у 100 жінок, що використовували цей метод протягом року. Його можна розрахувати за формулою:

R = кількість зачать × 1200/час спостереження, де R – коефіцієнт вагітності.

Оцінюється даний показник таким чином: чим нижчий коефіцієнт вагітності (R), тим вища контрацептивна ефективність тобто надійність засобу.

Обираючи метод і засіб контрацепції, лікар керується медичними критеріями прийнятності методів планування сім’ї ВООЗ (табл. 1)

**Табл. 1**

**Класифікація за медичними критеріями прийнятності методів планування сім’ї ВООЗ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клас ВООЗ** | **Визначення** |
| **Клас 1:** метод застосовується при будь-яких умовах  | Стан, при якому немає жодних обмежень до застосування методу |
| **Клас 2:** метод звичайно застосовується  | Стан, при якому користь від застосування методу звичайно переважає теоретичний або доведений ризик |
| **Клас 3:** застосування методу звичайно не рекомендується, за винятком випадків, коли більш доцільні методи недоступні або неприйнятні | Стан, при якому теоретичний або доведений ризик звичайно переважає користь від застосування методу |
| **Клас 4:** метод не застосовується | Стан, при якому застосування контрацепції створює недопустимий ризик для здоров’я |

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

**Принципи призначення контрацепції:**

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

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

Вибір контрацептивів жінками змінюється у різні періоди життя, у зв’язку зі змінами потреби у контрацепції.

Виділяють такі періоди життя із ризиком не планованої вагітності:

* Від початку сексуального життя до першої вагітності;
* Післяпологовий період;
* Перерва між пологами (від перших пологів до наступних);
* Період закінчення бажаної фертильності;

Застосування підходу планування сім’ї відповідно до періодів життя дозволяє визначити постійні існуючі потреби у контрацепції і надавати інформацію та послуги в залежності від зміни цих потреб.

На сучасному етапі розвитку медицини методи контрацепції поділяються на:

* Методи розпізнавання фертильності (природні методи планування сім’ї);
* Метод лактаційної аменореї;
* Бар'єрний метод та сперміциди;
* Невідкладна контрацепція;
* Гормональна контрацепція;
* Внутрішньоматкові контрацептивні засоби;
* Добровільна хірургічна стерилізація: види, переваги, недоліки.

**МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ**

**(ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ’Ї)**

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

*Фертильний період* – це час, коли у жінки може наступити вагітність. ППС передбачає утримування від статевого акту під час фертильної фази. Фертильність досягає піку в середині менструального циклу, що пов’язане з дозріванням і виходом яйцеклітини. Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Основні характеристики фертильності (церві кальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу тощо) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

**Переваги:**

* можна використовувати як для запобігання небажаної вагітності, так і для підготовки до бажаної вагітності;
* відсутність ризику для здоров’я;
* відсутність системних побічних явищ;
* не потребує грошових затрат;
* не впливають на грудне вигодовування;
* негайне відновлення фертильності;
* метод є оптимальним для пар, які не бажають застосувати інші методи планування сім’ї з релігійних чи інших міркувань.

**Недоліки:**

* необхідне детальне навчання для правильного використання;
* необхідність консультації підготовленого спеціаліста;
* вимушене утримання під час фертильної фази для уникнення запліднення;
* вимагає щоденне ведення записів;
* вагінальні інфекції та прийом медикаментів можуть ускладнити інтерпретацію церві кального слизу;

У той же час подружжя потрібно проінформувати про вірогідність завагітніти, навіть при правильному і послідовному застосуванні природних методів, а також, про те, що використання даних методів не захищає від ІПСШ та ВІЛ.

У даний час найчастіше застосовуються такі методи розпізнання фертильності:

* Календарний метод (або ритмічний);
* Метод базальної температури тіла;
* Метод цервікального слизу;
* Симптотермальний метод;
* Перерваний статевий контакт.

**Календарний метод**

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

Для використання даного методу природної контрацепції необхідно розрахувати фертильний період. Для цього проводиться спостереження протягом 6 менструальних циклів (визначається тривалість кожного менструального циклу).

Далі фертильна фаза розраховується за формулою:

* Від кількості днів у найдовшому циклі віднімають 11 (останній день фертильності)
* Від кількості днів у найкоротшому циклі віднімають 18 (перший день фертильності).

Приклад розрахунку виглядає наступним чином:

Найдовший цикл: 30 днів – 11 = 19

Найкоротший цикл 26 днів – 18 = 8

Згідно з розрахунками, фертильним є період з 8 по 19 день менструального циклу.

Окремо необхідно зазначити, що даний метод допускається для використання тільки у жінок з регулярним менструальним циклом.

В даний час майже не використовується через невисоку ефективність. Обмеження даного методу пов’язані з низькою контрацептивною ефективністю (індекс Перля коливається від 14 до 50 на 100 жінок/років) та необхідністю довготривалого утримання від статевих контактів.

**Метод базальної температури тіла**

Метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не дозволяє сказати коли відбудеться наступна овуляція.

Базальна температура знижується за 12 – 24 години до овуляції, після овуляції підвищується на 0,2 – 0,5 °С. Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3 днів підряд.

Після овуляції основна базальна температура тіла утримується на вищому рівні приблизно 14 днів, потім знижується, і з першим днем менструації починається новий цикл. Якщо ж базальна температура тіла утримується на високому рівні 20 днів і більше, жінка може вважати це першою ознакою вагітності.

Оскілки на зміну базальної температури тіла впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну тощо), інтерпретація результатів вимірів вимагає особливої уваги.

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

Негативними якостями цього методу є відносно низький ефект контрацепції (індекс Перля – 0,3-6,6 на 100 жінок/років), необхідність щоденних вимірювань базальної температури.

**Метод цервікального слизу**

Характер шийкового слизу змінюється протягом менструального циклу, а особливо у період овуляції. Це і допомагає у визначенні фертильних днів жінки. Спосіб контролю цервікального слизу протягом менструального циклу відомий як метод Біллінга. Даний метод включає характерні зміни цервікального слизу протягом нормального менструального циклу. Використовується за умови відсутності запальних процесів статевих органів.

Жінка визначає *фертильну фазу*, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли є виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день прозорого тягучого слизу називається “днем пік”; це означає, що овуляція вже близька або тільки що відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі у більшості жінок спостерігається відсутність виділень із піхви протягом декількох днів – “сухі дні”. Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу.

Спостереження за слизом ведуться протягом дня, оскільки слиз може змінюватись; ведеться запис спостережень з використанням умовних позначок:

* кровотеча – червоний колір;
* сухі дні – літера “С”;
* фертильні дні – літера “Ф”;
* непрозорий, не фертильний слиз – літера “Н”.

При появі слизу або відчуття вологості у піхві – утримуються від статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу – “пік” фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Використання методу Біллінга обмежене низьким контрацептивним ефектом (індекс Перля від 6 до 39,7 на 100 жінок/років). Ця обмеженість обумовлена неможливістю інтерпретувати характер виділень з піхви при запальних захворюваннях статевих шляхів.

**Симптомотермальний метод**

Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури. Індекс Перля цього мультикомпонентного методу становить 2-14 на 100 жінок/років. Перевагою його, як і всіх природніх методів є доступність і відсутність побічних дій та будь-яких наслідків на жіночий організм. Порівняно з іншими методами, симптотермальний метод є найбільш точним та ефективним за умови точного виконання всіх правил та методів, з яких він складається.

**Перерваний статевий контакт**

Це метод планування сім’ї, при якому чоловік повністю виводить статевий член із піхви жінки до еякуляції:

* перед статевим контактом пара домовляється про узгодження дій;
* перед статевим контактом чоловік випорожняє сечовий міхур та витирає головку статевого органа для видалення сперми від попередньої еяколяції;
* перед еяколяцією чоловік виводить статевий орган із піхви, щоб сперма не потрапила на геніталії жінки.

Контрацептивна ефективність становить 15-30 вагітностей на 100 жінок/рік. Низька ефективність може бути пов’язана зі збереженням в уретрі життєздатних сперматозоїдів після недавньої (менше 24 годин тому) еякуляції.

*Недоліком* методу є можливе зниження сексуальних відчуттів у партнерів, розвиток неврозу, порушення оргазму у чоловіків, імпотенція.

**МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ (МЛА)**

МЛА називають використання грудного вигодовування для запобігання вагітності. Він базується на фізіологічному ефекті гальмування овуляції смоктанням дитини грудей матері. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

Тривалість ановуляції варіює від 4 до 24 місяців після пологів, хоча у деяких жінок овуляція відновлюється на 2-му місяці після пологів. При умові, що перерви між годуванням не перевищують чотири години, лактаційна аменорея зберігається до шести місяців після пологів внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропін-релізінг гормону, що призводить до пригнічення секреції лютеінезуючого гормону, необхідного для процесу овуляції.

***Механізм дії*** – на основі пролактинового рефлексу: під час смоктання молочної залози немовлям нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються через блукаючий нерв до гіпоталамуса, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину в гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції, а також рефлексу виділення молока – імпульси від навколососкової зони викликають виділення окситоцину із задньої частки гіпофіза, скорочується матка та молочна залоза і виділяється молоко.

МЛА забезпечує захист від вагітності більше, ніж на 98%. У разі поновлення менструації жінці рекомендують обрати інший метод контрацепції.

МЛА дає природний захист від вагітності.

Метод дуже ефективний у перші 6 місяців після пологів при дотриманні зазначених нижче ***критеріїв використання***:

* минуло не більше 6 місяців після пологів;
* аменорея;
* виключно грудне вигодування;
* дотримання інтервалів між годуваннями (не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі);

**Переваги:**

* негайна ефективність;
* не пов'язаний зі статевим актом;
* відсутність побічних ефектів;
* відсутня необхідність у спеціальному медичному обстеженні;
* не потребує грошових витрат;
* пасивна імунізація дитини;
* зниження післяпологової втрати крові.

**Недоліки:**

* залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного вигодування);
* можлива важкість виконання через соціальні обставини;
* має високу ефективність лише у разі дотримання усіх вимог;
* не захищає від ІПСШ та ВІЛ.

Контрацептивна ефективність становить 0,9 вагітностей при правильному використанні, а при звичайному використанні 2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання.

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, використовуються інші методи: презервативи, сперміциди, ПТПР, ДМПА, ВМС.

**БАР’ЄРНІ МЕТОД ТА СПЕРМІЦИДИ**

Кожен метод контрацепції має свої переваги та недоліки. Жодний з запропонованих на даний час методів не може вважатися ідеальним та прийнятним. Із всього розмаїття запропонованих методів контрацепції лише презервативи і сперміциди можуть бути оптимальним засобом контрацепції для певної пари, у певних обставинах, у певний період життя.

Бар’єрні методи контрацепції можна визначити як запобігання непланованій вагітності через перешкоду потрапляння сперми у піхву або шийку матки механічним чи хімічним способом або поєднання того й іншого.

Бар’єрні контрацептиви поділяються на:

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

***Механізм дії презервативів:*** як чоловічих, так і жіночих заснований на створенні механічної перепони на шляху проникнення сперматозоїдів у канал шийки матки. Контрацептивна ефективність презервативів середня, залежить від бажання слідувати інструкціям. Індекс Перля сягає 12,5-14,0.

***Показання до використання***: рідкі статеві контакти, пізній репродуктивний період, відсутність постійного статевого партнера, наявність декількох партнерів, перерва у використанні оральних контрацептивів або внутрішньоматкових засобів.

**Переваги**:

* негайна ефективність;
* простота застосування;
* доступність;
* профілактика ІПСШ та ВІЛ інфекції;
* запобігання розвитку раку шийки матки;
* не впливають на грудне вигодовування;
* відсутній ризик для здоров׳я;
* відсутні системні побічні ефекти;
* економічна доступність.

**Недоліки:**

* відносно низька ефективність (2 вагітності на 100 жінок за правильного застосування протягом першого року використання);
* ефективність залежить від бажання пари дотримуватись інструкцій;
* метод залежить від користувача;
* можливе зниження чутливості під час статевого акту;
* необхідність дотримання умов зберігання;
* необхідність наявності до початку статевого акту.

***Побічні ефекти:*** алергія на сперміцид або гуму, зменшення чутливості, порушення цілісності під час статевого контакту.

В разі помилки при застосуванні презервативу, при порушенні його цілісності необхідно застосувати «негайну» (невідкладну) контрацепцію.

Контрацептивна ефективність презервативів підвищується за умов поєднаного їх використання зі сперміцидами, які блокують сперматозоїди, руйнуючи їх зовнішню мембрану, до попадання у верхні відділи статевого тракту. Сперміциди також в певній мірі захищають від ІПСШ. Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

До класу сперміцидів, які можуть використовуватись самостійно, але частіше за все, у поєднанні з бар’єрними контрацептивами підвищуючи ефективність останніх, відносяться ноноксинол – 9, отоксинол – 9 (руйнують зовнішню мембрану сперматозоїдів, блокуючи їх рухливу активність).

Іншим представником класу бар’єрних контрацептивів є **діафрагми** діаметром від 50 до 150 мм, що виробляються з латексної гумки.

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

* діафрагма з обідком з плоскою пружиною;
* діафрагма зі спіральною пружиною;
* діафрагма з дугоподібною пружиною;
* діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

На даний час існують три типи типи протизаплідних **ковпачків**:

1. Ковпачок Прентифа – заглиблений з обідком, має вигляд наперстка. Розташовуючись на шийці матки, він щільно охоплює її і покриває на всю довжину. На даний час випускається у чотирьох видах в залежності від розміру: 22, 25, 28, 31 мм.
2. Ковпачок Вімуля – має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем. Випускається в трьох видах в залежності від розміру: 42, 48, 52 мм. Цей ковпачок так само безпосередньо охоплює шийку матки, але його відкритий кінець додатково покриває й частину склепіння піхви.
3. Куполовидний ковпачок – порівняно неглибокий, випускається у п’яти розмірах – від 50 до 70 мм (зовнішній діаметр). Своїм виглядом нагадує діафрагму.

Ефективність використання ковпачків залежить від користувача. При правильному використанні ефективність дорівнює 9 вагітностям на 100 жінок протягом першого року використання.

Механізм дії:

* Визначається бар’єрною функцією, що виявляється у перешкоджанні потрапляння сперми у шийку матки;
* Присутність сперміцидного засобу має важливе значення для досягнення максимальної контрацептивної дії.

**Переваги діафрагм і ковпачків:**

* негайна ефективність;
* не впливає на грудне вигодовування;
* метод не пов'язаний зі статевим актом;
* відсутність ризику для здоров’я;

відсутність системних побічних ефектів.

**Недоліки діафрагм і ковпачків:**

* контрацептивна ефективність залежить від дотримання інструкції;
* необхідно проведення гінекологічного огляду перед застосуванням;
* не рекомендовано вилучати протягом 6 годин після статевого акту;
* потрібна постійна наявність засобів у продажу;
* деякі жінки мають складності під час вилучення;
* може зміститись під час статевого акту;

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

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміцидивипускаються у формі таблеток, супозиторіїв, кремів, аерозолів, тампонів, плівок.

Можуть використовуватись практично всіма жінками як самостійний метод та допоміжний при застосуванні інших контрацептивів. Ефективність їх залежить від правильності користування, індекс Перля складає до 30 вагітностей на 100 жінок/років.

Для підвищення контрацептивної надійності хімічні контрацептиви рекомендується використовувати разом з бар’єрними методами (індекс Перля – 5 на 100 жінок/років).

Викристання сперміцидів контролюється жінкою і може використовуватись лише за необхідністю. Підбирається оптимальна форма сперміциду, враховуючи, що крем має виражену зволожуючу дію, свічі – помірну, а вагінальні таблетки не зволожують взагалі. Будь-який сперміцид вводиться глибоко у піхву не раніше, ніж за 1 годину до статевого контакту. Таблетки, супозиторії, плівки вводяться не пізніше як за 10 хвилин до початку статевого контакту. Вводиться *перед кожним* статевим актом. Вагінальний тампон (губка) уберігає на декілька статевих актів протягом 24 год. Через 2 години після останнього статевого акту, але не пізніще 24 годин після введення тампон необхідно видалити з піхви. Туалет статевих органів протягом 2 годин до та 2 годин після статевого акту проводити без використання звичайного мила (це руйнує діючу речовину). Спринцювання не проводиться мінімум 6 годин після статевого контакту, купання у ванній та водоймах – протягом 4 годин.

**Переваги:**

* негайна ефективність (піна та креми);
* не впливають на грудне вигодовування;
* можуть використовуватись як додатковий метод у поєднанні з іншими методами;
* відсутній ризик для здоров’я;
* відсутні системні побічні явища;
* прості у застосуванні;
* додаткове зволоження під час статевого контакту;
* можливість використання без участі партнера.

**Недоліки:**

* відносно низька ефективність;
* ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкції;
* введення має відбутись за 10 – 60 хвилин до статевого акту;
* необхідність наявності до початку статевого акту.

**НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ**

В цілій низці випадків у пацієнток виникає необхідність у використанні засобів ***невідкладної контрацепції***, яка показана при невдалій спробі застосування будь-якого методу контрацепції, при відсутності контрацепції або при примусовому статевому контакті.

**Типи невідкладної контрацепції:**

1. Спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції (ТНК) прогестинового ряду, що містять левоноргестрел:
* Постинор – 1 таблетка містить 0,75 левоноргестрелу, 2 таблетки в блістері;
* Ескапел – 1 таблетка містить 1,5 мг левоноргестрелу, 1 таблетка в блістері.
1. Спеціальні таблетки для невідкладної контрацепції, що містять уліпристалу ацетат:
* Двелла – 1 таблетка містить 30 мг уліпристалу ацетату, 1 таблетка в блістері.
1. Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (ПТП), що містять левоноргестрел або норгестрел;
2. Комбіновані естроген-гестагенні (КОК);
3. Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК).

**Механізм дії:** Препарати для невідкладної контрацепції стримують овуляцію і не уможливлюють запліднення та імплантацію, а також рух сперматозоїдів/яйцеклітин за рахунок змін в ендометрії.

**Переваги:**

* надають ще одну можливість попередити неплановану вагітність;
* усі типи дуже ефективні;
* жінка може контролювати використання методу контрацепції;

**Недоліки:**

* КОК ефективен тільки в тому разі, якщо перша таблетка прийнята не пізніше 120 годин від незахищеного статевого акту;
* КОК можуть викликати нудоту, блювоту, біль у молочних залозах;
* перша доза ТНК прогестагенового ряду повинна бути прийнята протягом 72 – 96 годин після статевого акту;
* ВМК ефективні лише у разі введення протягом 5 днів після незахищеного статевого акту;
* метод не захищає від ІПСШ.

***При використанні протягом 72 годин після статевого акту:***

* режим Yuzpe (КОК) запобігає приблизно 74% непередбачених вагітностей;
* контрацептиви, що містять лише прогестаген, попереджують 85% випадків незапланованої вагітності при звичайному застосуванні і 89% при правильному застосуванні.

***Режими для невідкладної гормональної контрацепції***

* Низькодозовані КОК, що містять 30 кмг ЕЕ та 150 мг ЛНГ (мікрогенон), необхідно прийняти 4 таблетки при першій же можливості, не пізніше 72 годин після незахищеного статевого акту. В подальшому через 12 годин слід прийняти другу дозу з 4 таблеток.
* Один з найбільш вивчених режимів, у якому застосовується лише прогестаген, складається з 2-х таблеток по 0,75 мг ЛНГ (постинор, ескапел), які приймаються або єдиною дозою, або з 12-годинним інтервалом. В ідеалі, таблетки слід приймати протягом 72 годин після незахищеного статевого акту.

Можуть бути використані інші гормональні засоби:

***Даназол*** як блокатор стероїдогенезу в жовтому тілі та препарат з антигонадотропною дією, застосовується для невідкладної контрацепції в двох режимах:

* по 200мг в день упродовж 5 діб;
* по 400-600мг двічі упродовж доби.

***Міфепристон*** (гінопристон) – простагландиновий засіб, блокатор ендогенного прогестерону. Може використовуватися як одразу після статевого акту, так і через 7-10 днів після затримки місячних (викликає міні-аборт).

Як засіб ***невідкладної контрацепції*** можуть застосовуватись ВМК, що виділяють мідь, які вводяться внутрішньоматково протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.

У випадках, коли після використання одного з методів посткоітальної контрацепції менструація затримується більше ніж на три тижні, жінці необхідно звернутися до лікаря з метою виключення вагітності.

**ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ**

Використовуються:

А) Комбіновані (естроген-гестагенні) оральні контрацептиви – КОК

Б) Комбінований пластир (Євра) та вагінальне кільце (Нова-ринг)

В) Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (міні-пілі) – ПТП

В) Пролонговані ін׳єкцйні контрацептиви: прогестинові (ДМПА) і комбіновані (КІК)

Г) Кмплантаційні контрацептиви – Норплант

Таким чином, гормональні контрацептиви поділяються на комбіновані, які містять естрогеновий та прогестиновий компоненти, та чисті прогестинові.

Молоді жінки здебільшого застосовують комбіновані оральні контрацептиви (КОК), а жінки більш старшого віку - інші методи контрацепції.

**Комбіновані естроген-гестагенні оральні контрацептиви**

Комбіновані оральні контрацептиви (ОК) – це переважно синтетичні аналоги жіночих статевих гормонів – естрогенів, прогестерону та їх похідних. Вони характеризуються високою надійністю, простотою застосування і прийнятною вартістю, але КОК не захищають від ВІЛ/ІПСШ.

|  |  |
| --- | --- |
| Естрогени | Прогестини |
| Етінилестрадіол (ЕЕ)  | ***Похідні 19-нортестостерону (норстероїди)***Норетистерону ацетатЛінестренол Норетінодрел Етинолу діацетат  | ***Похідні прогестерону******Похідні 17 α ОПК***Хлормадіону ацетат17 α оксипрогестерону капронат Медроксипрогестерону ацетатЦипротерону ацетат  |
| Местранол  | Норгестрел Левоноргестрел Дезогестрел Гестринон Норгестимат Дієногест Гестоден  | ***Похідні ретропрогестерону*** Дигидрогестерон (дюфастон)  |
| Естрадіолу валерат | Дієногест  |  |

***В залежності від дози естрогену, який входить до складу ОК, їх підрозділяють на:***

* високодозовані (естрогену 50 мкг+Г);
* низькодозовані (естрогену не більше 35 мкг+Г);
* мікродозовані естрогену 20 мкг+Г і менше)

Окремо взяті оральні контрацептиви відрізняються один від одного своїм складом, дозою і діючими речовинами:

***Монофазні КОК*** - кожна активна пігулка такого контрацептиву вміщує у фіксованому співвідношені як естрогени, так і прогестини. У багатофазних (дво- і трифазних) оральних контрацептивах дози естрогенів і прогестагенів неоднакові, що вимагає точного дотримання правил прийому контрацептивів і підвищує питому вагу вагітностей у наслідок помилок користувача.

***Двофазні ОК*** є препаратами, що містять постійну дозу естрогену і перемінну дозу гестагену (левоноргестрелу) у різні фази менструального циклу. Вони підвищують вміст ліпопротеїдів високої щільності на 43% і тому не мають атерогенного впливу. Ці препарати показані жінкам з підвищеною чутливістю до гестагенів (надмірне оволосіння, акне, виражене ожиріння під час попередньої вагітності). Типовим представником двофазних контрацептивів є антеовін. Перші 10 пігулок містять 0,05 мг ЕЕ та 0,05 мг левоноргестрелу, наступні 11 – 0,05 мг ЕЕ та 0,125 мг левоноргестрелу. Препарат також застосовується з лікувальною метою.

***Трифазні ОК*** за вмістом гормонів моделюють менструальний цикл. Рання або середня фолікулінова фаза (з 1-го по 6-й день циклу) забезпечується естрогеном і гестагеном у низьких дозах (ЕЕ 30 мкг і 50 мг левоноргестрелу). Це забезпечує подібний фізіологічному процес побудови ендометрію. Для попередження підвищення концентрації лютеїнизуючого горомну (ЛГ) і пригнічення овуляції у другій фазі (з 7-го по 12-й день циклу) застосовують драже, що містять обидва гормони у високих дозах (ЕЕ 40 мкг і 75 мг левоноргестрелу). На відміну від першої фази, підвищене надходження цих гормонів у другій фазі сприяє збереженню ендометрію й усуненню можливості появи міжменструальних кровотеч. При прийомі трифазних ОК циклічні зміни слизу шийки матки у другій половині менструального циклу відсутні, а протягом усього циклу прийому препарату слиз шийки матки залишається незначним та в’язким. Доза стероїдів у третій фазі (з 13-го по 21-й день циклу) відповідає підвищеному у фазу утворення жовтого тіла рівню прогестерону і зниженому рівню естрогену (ЕЕ 30 мкг і 125 мг левоноргестрелу). Типовими представниками трифазних ОК є тризістон, триквілар, трирегол.

***Механізм дії естрогенів і гестагенів у ОК***

прогестагени

естрогени

Подавлення ЛГ

Подавлення ФСГ

Контрацептивний ефект

***Таким чином, механізм дії КОК полягає у:***

1. пригніченні овуляції за рахунок зниження синтезу ФСГ та ЛГ;
2. змінах ендометрія, в наслідок чого зменшується вірогідність імплантації (дія прогестагенового та естрогенового компоненту);
3. впливі на перистальтику фаллопієвих труб, в наслідок чого уповільнюється рух сперматозоїдів (дія прогестагенового .компоненту);
4. змінах густини цервікального слизу з перешкоджанням проникненню сперматозоїдів (дія прогестагенового .компоненту)

**Контрацептивні переваги:**

* висока ефективність при регулярному прийманні;
* метод не пов׳язаний із статевим актом;
* мало побічної дії;
* метод зручний і легкий в застосуванні;
* пацієнтка може сама припинити прийом;
* термін застосування низькодозних КОК необмежений.

**Неконтрацептивні:**

* сприяють зменшенню менструальної кровотечі;
* послаблюють менструальний біль;
* сприяють регуляції менструального циклу;
* знижують ризик виникнення раку ендометрію та яєчників;
* знижують ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози і кіст яєчників;
* знижують ризик виникнення ектопічних вагітностей.

***Недоліки:*** побічні дії – незначна нудота, зміна психоемоційної сфери (головний біль, погіршення настрою) та маси тіла (пов׳язано з затримкою рідини в організмі), незначні кров`янисто-мажучі виділення зі статевих шляхів у середині менструального циклу; не захищають від ЗПСШ.

***Критерії вибору ОК:***

* контрацептивна надійність;
* добра переносимість;
* відсутність впливу на вагу;
* позитивний вплив на стан здоров’я;
* хороший контроль циклу;
* низька доза гормонів;
* позитивний вплив на симптоми передменструального синдрому (ПМС);
* довготривалий ефект;
* позитивний вплив на виникнення кровотеч;
* позитивний вплив на виникнення емоційних симптомів ПМС.

***Вибір оральних контрацептивів:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Торгова назва препарату | Естроген, доза  | Гестаген, доза   | Група призначення |
| Діане 35Хлое  | ЕЕ 35 мкг | ЦПА 2 мг | -жінки з андрогенозалежними ефектами;-лікування акне, гирсутизму, себореї;-СПКЯ |
| ФемоденЛіндінет - 30 | ЕЕ 30 мкг | Гестоден 75 мкг | -жінки з тяжкими менструальними крововтратами, дисменореєю |
| Логест Ліндінет - 20 | ЕЕ 20 мкг | Гестоден 75 мкг | -необхідність у тривалій контрацепції;-після аборту;-необхідна низька доза естрогену (гепатит, дискенезія ЖВШ) |
| Жанін | ЕЕ 30 мкг | Дієногест 2 мг | -лікування акне, гирсутизму, себореї |
| МікрогенонРигевідон  | ЕЕ 30 мкг | Левоноргестрел 0,15 мг | -жінки з тяжкими менструальними крововтратами, дисменореєю |
| Мінізістон  | ЕЕ 30 мкг | Левоноргестрел 0,125 мг | -жінки з тяжкими менструальними крововтратами, дисменореєю |
| Марвелон Регулон  | ЕЕ 30 мкг | Дезогестрел 150 мкг | -жінки з тяжкими менструальними крововтратами, дисменореєю |
| Ярина  | ЕЕ 30 мкг | Дроспиренон 3 мг | -жінки з затримкою рідини |
| Ярина плюс  | ЕЕ 30 мкг + левомефолату кальцію 0,451 мг | Дроспиренон 3 мг | -жінки з затримкою рідини, які не виконали свою репродуктивну функцію |
| Джаз  | ЕЕ 20 мкг | Дроспиренон 3 мг | -жінки з ПМС, ПМДР |
| Джаз плюс  | ЕЕ 20 мкг+ левомефолату кальцію 0,451 мг | Дроспиренон 3 мг | -жінки з ПМС, ПМДР, які не виконали свою репродуктивну функцію |
| Клайра (режим динамічних дозировок) | ЕВ | Дієногест | -жінки з тяжкими менструальними крововтратами, дисменореєю |
| Триквілар Тризістон  | ЕЕ 30/40/30 мкг | Левоноргестрел 50/75/125 мг |  |

Ефективність ОК досить велика, індекс Перля при належному використанні препаратів теоретично сягає 0,1, але практично становить 1,0.

***Показання до застосування ОК***

* планування сім’ї з метою народження здорової дитини у самий зручний час;
* встановлення необхідного інтервалу між народженням дітей у подружжя;
* сексуально активні жінки, що не народжували;
* сексуально активні підлітки;
* підвищений ризик позаматкової вагітності;
* в післяпологовому періоді;
* після аборту;
* необхідність обмеження народжуваності за життєвими показаннями;
* дисменорея;
* сімейний анамнез раку яєчників;
* ревматоїдний артрит;
* підвищений ризик запальних захворювань органів малого тазу.

***Правила призначення ОК***

***Первинне призначення****:* з першого дня менструального циклу. Якщо прийом розпочато пізніше (але не пізніше 5-го дня), то у перші 7 днів необхідно використовувати додаткові методи контрацепції.

***Після аборту****:* одразу після аборту. Аборт у першому, другому триместрі, а також септичний аборт відносяться до категорії 1 для призначення КОК (обмежень до використання методу немає).

***Після пологів:***при відсутності лактації - не раніше 21 дня після пологів (категорія 1).

***Правила прийому:*** по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Якщо в упаковці 21 таблетка (таких більшість), то робиться перерва на 7 днів перед початком прийому з нової упаковки, якщо в упаковці 28 таблеток, то починати наступну упаковку без перерви. При порушенні правил приймання таблеток знижується їх контрацептивний ефект.

Монофазними препаратами, якщо їх приймати без перерви, можна відстрочити менструацію на 3 тижні. Оглядати жінку, що приймає КОК, слід через 3 міс., потім – через півроку, надалі – 1 раз на рік.

***Можливі ризики при прийомі КОК***

* венозні тромбоемболії;
* інсульти;
* масталгія.

***Неконтрацептивні ефекти КОК***

* онкопротекторні щодо раку яєчників, ендометрія, хоріонепітеліоми, колоректального раку;
* лікування акне;
* лікування доброякісних дисгормональних захворювань молочних залоз;
* покращення перебігу запальних захворювань органів малого тазу;
* лікування міоми і ендометріозу матки;
* регуляція менструального циклу,
* зменшення проявів дисменореї і тяжких менструальних кровотеч;
* лікування функціольних кіст яєчників, синдрому склерополікістозних яєчників, ПМС, ектопічної вагітності;
* сприяння оптимального розвитку кісткової маси, профілактика переломів кісток.

***Відновлення фертильності***

* КОК не впливають негативно на фертильність після завершення їх прийому;
* КОК не впливають негативно на вагітність, яка виникла після завершення прийому; якщо вагітність наступила одразу після завершення прийому ОК негативних впливів не зареєстровано;
* Про тератогенні ефекти при прийомі ОК у ранні терміни не діагностованої вагітності повідомлень немає.

***Протипоказання для призначення КОК:***

**Абсолютні**: вагітність, тромбоемболічні захворювання, ураження судинної системи головного мозку, злоякісні пухлини репродуктивної системи та молочних залоз, важкі порушення функції печінки, цироз (перераховані захворювання є в даний час або відзначалися раніше).

**Відносні**: важкий гестоз другої половини вагітності, ідіопатична жовтяниця в анамнезі, герпес вагітних, свербіж під час вагітності, важка депресія, психози, бронхіальна астма, епілепсія, тяжка гіпертензія (160/100 мм рт. ст.), серповидно - клітинна анемія, важкий цукровий діабет, ревматичний порок серця, отосклероз, гіперліпідемія, тяжкі захворювання нирок, варикозне розширення вен і тромбофлебіт, калькульозний холецистит, міхуровий занесок (до зникнення хоріонічного гонадотропіну в крові), кровотечі з статевих шляхів нез'ясованої етіології, гіперпролактинемія, ожиріння 3-4 ступеня, активне куріння (понад 10-12 сигарет/добу) , особливо у віці більше 35 років.

**Стани, які вимагають припинення прийму ОК:** Вагітність, значна мігрень, гострі порушення зору, гострі тромбоемболічні порушення, патологія жовчних шляхів, гострі захворювання печінки, підвищення артеріального тиску, тривала іммобілізація, зміни голосу, підозра на пухлину.

***Парентеральні комбіновані контрацептиви:***

**Піхвове кільце** *Новаринг* – сіластикове кільце, яке вміщує 2,7 мг ЕЕ і 11,7 мг етоногестрелу (тривалість використання 3 тижні, ефективність 99,8%).

**Трансдермальна контрацепція** *Система «Євра»* 600 мкг ЕЕ і 6 мг норелгестроміну (заміна кожні 7 діб – 3 пластирі в месяць). Протипоказання: ожиріння, ІПСШ.

**Комбіновані ін’єкційні контрацептиви (КІК)**

*Циклофем -* медроксипрогестерону ацетат 25 мг + естрадіолу ципіонат 5 мг.

*Мезігін –* норетиндрону енантата 50 мг + естрадіолу валерат 5 мг.

Препарати вводяться 1 раз на місяць з 1-го по 7-й день менструального циклу. У післяпологовому періоді при використанні методу лактаційної аменореї внутрішньом,язова ін’єкція виконується через 6 місяців після пологів, якщо жінка не годує дитину груддю – через 3 тижні. Після штучного аборту ін’єкція виконується безпосередньо, або протягом перших 7 днів після нього.

**Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду (ПТП)**

Прогестагенні контрацептиви в основі своїй мають похідні 19-ностероїдів (Ексклютон, Чарозетта, Контінуїн) і відносяться до групи, яка називається міні-пілі (МП). Вони містять лише мікродози прогестагенів (300 - 500 мкг), що складає 15-30% дози прогестагена в комбінованих естроген-гестагенних препаратах.

**Механізм контрацептивної дії ПТП складається з декількох чинників:**

1. «*шийковий чинник*» - під впливом ПТП зменшується кількість шийного слизу, підвищується її в'язкість, що забезпечує зниження пенетріруючої здатності сперматозоїдів в периовуляторному періоді;
2. «*матковий чинник*» - вживання МП призводить до змін в ендометрії, які перешкоджають імплантації;
3. «*трубний чинник*» - МП обумовлюють уповільнення міграції яйцеклітини по матковій трубі;
4. «*центральний чинник*» - у 50% пацієнток МП пригнічують овуляцію (деривати 19-нортестостерона порівняно з похідними 17α-оксипрогестерона володіють більш вираженим гальмуючим впливом, на гіпоталамо-гіпофізарну вісь).

***Режим прийому МП:*** препарат приймають в безперервному режимі, в один і той же час, починаючи з 1 дня менструального циклу.

**Показання для призначення МП:**

1. старший репродуктивний вік;
2. період лактації (4-6 тижнів після пологів, оскільки МП не впливають на лактацію);
3. наявність протипоказань до призначення естрогену (ряд екстрагенітальних захворювань або естрогензалежних побічних ефектів в анамнезі);
4. цукровий діабет;
5. активне куріння у віці більше 35 років.

**Протипоказання для призначення МП:**

1. високий ризик в разі настання небажаної вагітності;
2. вагітність;
3. злоякісні пухлини репродуктивної системи і молочних залоз;
4. нерегулярний менструальний цикл (якщо період з моменту менархе не перевищує двох років);
5. позаматкова вагітність в анамнезі.

Контрацептивна ефективність МП – 0,3-9,6 вагітностей на 100 жінок/років.

Серед ***ін’єкційних гестагенів*** заслуговує на увагу препарат Депо-провера, який містить депо (150 мг) медроксипрогестерону ацетату (МДПА). Він вводиться внутрішньом,язово не пізніше 5 дня менструального циклу 1 раз у 90 днів.

Виражені контрацептивні властивості мають ***субдермальні імпланти*** – капсули Norplant та Jadelle, які вміщують левоноргестрел, та імпланти, що містять етоногестрел (Implaton). Імплантацію проводять у перші 7 днів менструального циклу, одразу після аборту або через 4 тижні після пологів (при відсутності грудного вигодовування), розташовуючи капсули субдермально на внутрішній поверхні плеча. Тривалість контрацептивного ефекту – 5 років.

**ВНУТРІШНЬОМАТКОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ (ВМК)**

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

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

**Типи внутрішньоматкових спіралей (ВМС):**

* ті, що виділяють мідь – Мультилоуд Сu (Multiload) 375, T Сu (Cooper) 380 A, Nova Т;
* ті, що виділяють прогестерон – Mirena, Progestasert, Levo Nova, Jaydes.
* інертні (Ліпса) – зараз практично не використовуються.

**Механізм дії:**

* впливають на проникливість сперматозоїдів через порожнину матки (мідні);
* впливають на репродуктивний процес, поки яйцеклітина досягне порожнини матки (мідні);
* викликають відповідну реакцію ендометрію на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації (мідні);
* згущують цервікальний слиз (прогестинові);
* змінюють ендометрій (прогестинові);
* зменшення рухливості сперматозоїдів.

Вважається, що наявність у матці ВМЗ підвищує синтез простагландинів, які підсилюють тонус матки, прискорюється перистальтика маткових труб, внаслідок чого зігота переміщується до матки швидше. Імплантація стає неможливою у зв’язку з непідготовленістю до неї ендометрію і трофобласту. Існує теорія асептичного запалення, згідно якої ВМЗ викликають в ендометрії запальні зміни, перешкоджаючи імплантації, підсилюють фагоцитоз сперматозоїдів макрофагами та гальмують міграцію сперматозоїдів. ВМЗ викликають ензимні порушення в ендометрії, тим самим порушують імплантацію. Іони міді у мідьвміщуючих ВМЗ мають спермато- і овотоксичну дію. ВМЗ, вміщуючі гестогени, сприяють атрофії ендометрію, гальмують його секреторні перетворення, згущають цервікальний слиз.

Індекс Перля ВМК коливається в межах 1,0-1,3, а для типу мультилоуд – не перевищує 1,0. Термін використання внутрішньоматкових контрацептивів - 5 років. Слід зауважити, що у зв’язку з наявністю вусиків ВМЗ в цервікальному каналі може порушуватися цілісність цервікального бар’єру, внаслідок чого виникають умови до проникнення інфекції і зниження місцевого імунітету у жінок.

**Покази до введення ВМС:**

* жінки, які багато разів народжували;
* жінки, що годують грудьми;
* жінки, які часто роблять аборти;
* жінки, які мають варикозну хворобу нижніх кінцівок;
* жінки з важкою формою цукрового діабету;
* жінки з вадами серця.

Можливо використовувати при багатьох екстрагенітальних хворобах: гіпертензії, інсульті, хворобах ендокринної системи та ін.

**Протипоказання:**

* вагітність;
* після септичного аборту;
* післяпологовий сепсис;
* кровотеча із піхви неясної етіології;
* рак шийки матки та ендометрію;
* злоякісна гестаційна (трофобластична) пухлина;
* запальні захворювання органів тазу (ЗЗОТ) зараз або в останні три місяці;
* ІПСШ зараз або в останні три місяці;
* аномалії розвитку статевих органів з деформацією порожнини матки;
* туберкульоз органів малого тазу;
* фіброміома матки із деформацією порожнини.
* жінкам, які мають декілька статевих партнерів.

При наявності фіброміоми матки гормоновмісні ВМК можуть бути методом вибору.

**Вводити ВМС потрібно:**

* з 1-го по 7-й день менструального циклу;
* після пологів (через 4-6 тижнів після пологів, або через 6 місяців), у випадку коли жінка користується методом лактаційної аменореї;
* після аборту - при відсутності ознак інфекції органів малого тазу.

**Успішне використання ВМС залежить від:**

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

**Ускладнення при користуванні ВМС:**

* посилення менструальних кровотеч і болей в перші декілька місяців (мідні ВМС);
* спонтанна експульсія ВМС;
* рідко - перфорація матки при введенні ВМС (1 на 1000 випадків);
* ВМС збільшують ризик позаматкової вагітності;
* збільшується ризик виникнення запалення геніталій у жінок з подальшим безпліддям;

При появі будь-яких гінекологічних захворювань ВМС необхідно вилучити. Якщо вилучення ВМЗ проводиться після 5 років його використання, показане вишкрібання порожнини матки.

**ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ (ДХС)**

Цей ефективний і економічний метод являє собою хірургічне втручання, направлене на створення безповоротної штучної непрохідності труб (жіноча ДХС) або сім’явивідних протоків (чоловіча ДХС), в результаті чого процес запліднення стає неможливим

***Жіноча ДХС (трубна оклюзія)*** проводиться як при традиційній лапаротомії (під час кесарського розтину, аднексектомії), так і при міні-лапаротомії або шляхом лапароскопії (найменш травматичне втручання). Труби при цьому пересікаються, або електрокоагулюються.

Контрацептивний ефект жіночої ДХС дорівнює 0,05-0,4 вагітностей на 100 жінок/рік.

ДХС може проводитись як за медичними показаннями (тяжкі екстрагенітальні захворювання, злоякісні новоутворення), так і за бажанням жінки (при наявності рубців на матці після кесарського розтину і наявності в сім’ї двох і більше дітей).

ДХС не проводять при наявності гострих запальних захворювань органів малого тазу, при маткових кровотечах неясного генезу та у випадках, коли жінки не дають письмової добровільної свідомої згоди на операцію.

***Чоловіча ДХС*** ***(вазектомія)*** – це операція пересічення сім’явивідних протоків (vasa deferentia), після чого еякулят не містить сперматозоїдів.

Операція проводиться амбулаторно, під місцевим знеболюванням. Контрацептивна ефективність становить 0,1-0,15 вагітностей на 100 жінок/рік. Вазектомія не забезпечує захисту від вагітності протягом перших 3-ох місяців після операції, або якщо при розгляді сім’яної рідини під мікроскопом у ній присутні сперматозоїди (тому цей час користуватися презервативами).

Операція не змінює статевої функції і може бути проведена чоловікам будь-якого репродуктивного віку, тим, що вже мають потрібну кількість дітей, а використання інших методів контрацепції не бажане або не можливе.

**V. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2% навчального часу; |
| Мотивація теми | 3% навчального часу; |
| Контроль вихідного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Самостійна робота студента  | 35%навчального часу; |
| Контроль остаточного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Оцінка знань студентів | 15% навчального часу; |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5% навчального часу; |

**VI. Основні етапи заняття**

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.
2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація вагітних та породіль. Самостійне розв’язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану й прогнозу пологів та післяпологового періоду.
3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

**VII. Методичне забезпечення**

Місце проведення заняття – відділення гінекології, жіноча консультація, навчальна кімната.

Оснащення - таблиці, слайди, історії вагітності та пологів, фантоми.

**VIIІ. Контрольні запитання та завдання**

1. Дати визначення терміну «планування сім׳ї».
2. Організація, структура й завдання служби планування сім׳ї.
3. Сучасні аспекти, вимоги до контрацепції.
4. Які види контрацепції показані в різні вікові періоди життя?
5. Класифікація контрацептивних засобів.
6. Надайте характеристику природнім методам контрацепції.
7. Що собою являє метод лактаційної аменореї?
8. Механізм дії, ефективність, переваги, показання, інструкції використання бар׳єрних засобів контрацепції та сперміцидів.
9. Механізм дії, ефективність, види, інструкції використання невідкладної контрацепції.
10. Механізм дії, ефективність, види гормональної контрацепції.
11. Наведіть приклади одно-, дво-, трифазних та гестагенних гормональних контрацептивів.
12. Опишіть режим прийому оральних контрацептивів.
13. Як відновлюється фертильність після прийому ОК?
14. Які принципи консультування пацієнток перед вибором ОК?
15. Які критерії вибору ОК?
16. Які найбільш важливі ризики при прийомі ОК і засоби їх запобігання?
17. Які неконтрацептивні позитивні властивості ОК Ви можете перерахувати?
18. Як впливає прийом ОК на стан фізичного, психічного, емоційного і репродуктивного здоров’я?
19. На чому заснований механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів?
20. Опишіть недоліки внутрішньоматкової контрацепції, протипоказання для її використання.
21. Як класифікуються парентеральні естроген-гестагенні контрацептиви?
22. Перерахуйте найбільш поширені КІК, контрацептивні пластирі та піхвові кільця.
23. Яка класифікація внутрішньоматкових контрацептивів?
24. Який механізм дії немедикаментозних ВМК?
25. Який механізм дії ВМК, що вміщують метали?
26. Яка класифікація контрацептивів, що вміщують гестагени?
27. Який механізм контрацептивної дії ЛНГсистем «Мірена» і «Джайдес»?
28. Кому показане проведення добровільної хірургічної стерилізації?
29. Механізм дії, ефективність, види добровільної хірургічної стерилізації.
30. Що собою являє метод лактаційної аменореї?
31. Механізм дії, ефективність, види, інструкції використання невідкладної контрацепції.
32. Які види контрацепції показані в різні вікові періоди життя?

**ІХ.Тестовий контроль**

1. У жіночу консультацію із скаргами на затримку менструації звернулася 22-річна пацієнтка. Незаміжня. Веде безладне статеве життя. У вагітності не зацікавлена. При огляді діагностовано вагітність 7 тижнів, яку пацієнтка вирішила перервати штучно. При обстеженні для штучного аборту у пацієнтки виявлено позитивний ВІЛ статус. Оберіть найбільш доцільний засіб контрацепції для пацієнтки після штучного аборту.

1. Презервативи (жіночі/чоловічі)
2. Сперміцидні пасти
3. КОК
4. Немедикаментозні ВМК
5. Міні-пілі

2. В жіночу консультацію для вибору методу довготривалої контрацепції звернулося подружжя з ВІЛ-позитивним статусом, яке отримує високоактивну антиретровирусну терапію. У виконанні репродуктивної функції не зацікавлені. При гінекологічному обстеженні жінки було діагностовано ендометріоз тіла матки. Який засіб контрацепції найбільш доцільний для подружжя?

1. Внутрішньоматкова ЛНГ- система «Мірена»
2. Клайра
3. Презервативи
4. Еротекс
5. Євра

3. Пацієнтка 26 років звернулася в жіночу консультацію із скаргами на рясні гнійні виділення із статевих шляхів. Незаміжня. Останні 6 місяців веде безладне статеве життя. При обстеженні у пацієнтки двічі з 3-місячним інтервалом визначений ВІЛ негативний статус. Який метод контрацепції показаний пацієнтці?

1. Презервативи (чоловічі/жіночі).
2. ВМК
3. КОК
4. КІК
5. Інпланти

4. У ВІЛ-інфікованого подружжя під час статевого контакту порушилася цілісність презервативу. Остання менструація у жінки 2 тижні тому. У вагітності подружжя не зацікавлене. Який метод запобігання небажаної вагітності є найбільш ефективним в цьому випадку?

1. Пероральний прийом пости нору
2. Штучний інструментальний аборт
3. Штучний медикаментозний аборт
4. Спринцювання розчином перманганату калію
5. Діатермія крижової ділянки

5. Жінка 26 років звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на свербіж і печію у піхві, відчуття надлишкової вологості. Незаміжня, але сексуально активна, з метою контрацепції та запобігання ІПСШ використовує жіночі презервативи. Останній багаторазовий статевий досвід добу тому, поряд з презервативами жінка використовувала сперміцидний крем «Еротекс». При огляді: слизова оболонка піхви і шийки матки яскраво-рожевого кольору, чисті, виділення слизові надмірні. В бактеріоскопії піхвових виділень лейкоцитів 4-9 в п/з, флора паличкова, рН піхви тестовими смужками 4,4. З чим пов’язана клінічна картина?

1. Побічна дія сперміцидів
2. Алергія на латекс
3. Бактеріальний вагіноз
4. Аеробний вагініт
5. Продромальний період геніального герпесу

6. Найбільш типовий побічний ефект ПТП - це :

1. Зміни в характері менструального цикла
2. Порушення функції печінки та жовтяниця
3. Сильний головний біль
4. Підвищення АТ
5. Тромбофлебіт

7. Перш ніж зробити жінці ін'єкцію ДМПА, необхідно переконатися, що в неї немає:

1. Недіагностованої вагінальної кровотечі
2. Серцево-судинного захворювання
3. Захворювання, що передається статевим шляхом
4. Тромбоемболічних порушен
5. Дітей

8. Імпланти Норпланта вшиваються жінці:

1. Безпосередньо під шкіру передпліччя
2. Безпосередньо під шкіру сідниць
3. У м'язи плеча
4. У м'язи сідниць
5. На передній черевній стінці

9. ВМЗ не показаний жінкам :

1. З запальними захворюваннями органів малого тазу
2. Які годують дитину
3. Які мають трьох дітей
4. Палять та старше 35 років
5. З АТ вище 130/90 мм рт. ст.

10. Існує декілька способів проведення ДХС :

1. Вазектомія і трубна оклюзія
2. Вазектомія і гістеректомія
3. Трубна оклюзія і орхіектомія
4. Трубна оклюзія і гістеректомія
5. Вазектомія та орхіектомія

**Х. Ситуаційні задачі.**

1. Пацієнтці 20 років, має 6 - місячну дівчинку. Жінка не хоче мати дитину в наступні 2-3 роки. Чоловік згоден, що їм не слід мати дітей протягом 2-3 років.

***Завдання:*** Який метод контрацепції можна порадити використовувати подружжю?

2. У жінки 42 років є троє дітей. Вона і чоловік не планують більше мати дітей.

***Завдання:*** Порадьте метод контрацепції для даної пари.

3. Пацієнтці 41 рік, у неї двоє дітей. Остання вагітність була 3 роки тому, перебігала дуже важко і пологи були надзвичайно важкими. Лікарі сказали їй, що наступна вагітність для неї дуже небезпечна.

***Завдання:*** Порадьте подружжю метод контрацепції.

4. Пацієнтка прийшла в жіночу консультацію за допомогою у вирішенні питання про планування сім'ї. В неї 3 дітей і вона не хоче мати більше. Жінка хотіла б використовувати довгостроковий метод, не потребуючий від неї щоденної уваги і зусиль.

***Завдання:*** Що можна порекомендувати даній жінці?

5. 20 - річна незаміжня Н., прийшла в клініку для проведення аборту. Строк вагітності 10 тижнів. Менструальний цикл не регулярний. При спілкуванні виявилося, що вона не знає про методи контрацепції. Вона студентка і в найближчий час не хоче народжувати дітей.

***Завдання:*** Які методи контрацепції являються для неї найбільш принятними?

6. 28 - річна жінка прийшла до лікаря для спостереження через тиждень після виконаного аборту. У неї було троє пологів та один аборт. Має трьох живих дітей. На даний момент почуває себе добре. Всі діти здорові, молодшому 4 роки.

***Завдання:*** Який метод контрацепції можна порекомендувати?

**ХІ. Завдання для позааудиторної роботи:**

1. Порадити можливі варіанти контрацепції для подружньої пари віком після 35 років, які мають дітей і не планують подальші вагітності.
2. Порадити оптимальні методи контрацепції підлітку 18 років.

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Справочник семейного врача по акушерству и гинекологии. / Под редакцией проф. В.А. Бенюка. - Киев: «Доктор-медиа», 2012.- 622 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
6. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
7. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
8. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
9. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
2. Сучасні аспекти планування сім’ї: навчальний посібник.- К.,2012.-307с.
3. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
4. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
5. Клиническая практика в репродуктивной медицине. Под ред. В.Н. Локшина, Т.М. Джусубалиевой . Алма-Аты. 2015 – 464 с.
6. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
7. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
8. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.