

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

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

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Природні методи планування сім'ї (код курсу 17.2.6)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин 2 години.

I. Науково - методичне обґрунтування теми

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

II. Об'єм повторної інформації

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

III. Об'єм нової інформації

1. Сучасні природні методи планування сім'ї .
2. Механізм дії природних методів планування сім'ї.
3. Які жінки можуть використовувати природні методи планування сім'ї .
4. Можливі помилки при використанні природних методів планування сім'ї.
5. По показання та протипоказання для використання природних методів планування сім'ї.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

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

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу пацієнтів, які потребують контрацепції.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при патології репродуктивної системи жінки, яка потребує призначення контрацепції.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	

4.	Показання та протипоказання для використання природних методів планування сім'ї.		+	
5.	Оцінювати фактори ризику ускладнень при використанні природних методів планування сім'ї.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Сучасні природні методи планування сім'ї .
2. Механізм дії природних методів планування сім'ї.
3. Які жінки можуть використовувати природні методи планування сім'ї .
4. Можливі помилки при використанні природних методів планування сім'ї.
5. По показання та протипоказання для використання природних методів планування сім'ї.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Що являє собою програма по плануванню сім'ї, її завдання?
2. Наведіть класифікацію контрацептивних речовин.
3. Опишіть традиційні методи контрацепції, їх недоліки, переваги.
4. Які Ви знаєте природні методи планування сім'ї?
5. Надайте характеристику природнім методам контрацепції.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

МЕТОДИ РОЗПІЗНАВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ (ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї)

Методи розпізнавання фертильності (природні методи планування сім'ї - (назва походить з перекладу англomовного визначення „natural family planning”) ґрунтуються на спостереженні за фізіологічними ознаками фертильності (можливість запліднення) та нефертильності (коли запліднення найменш вірогідне) протягом фаз менструального циклу.

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

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

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

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

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

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

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

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ

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

Ефективність природного планування сім’ї як методу контрацепції визначають:

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

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

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

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

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

ПОПЕРЕДЖЕННЯ

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

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

МЕТОДИ

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

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

У даний час найчастіше застосовуються такі методи розпізнавання фертильності:

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

Календарний метод

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

Рекомендації з використання

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

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

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

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

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

Метод базальної температури тіла

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

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

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

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

Рекомендації з використання

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

Необхідно використовувати правило зміни температури:

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

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

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

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

Примітка:

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

Метод цервікального слизу

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

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

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

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

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

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

У період до настання овуляції шийковий слиз відсутній або спостерігається у незначній кількості з білим або жовтуватим відтінком. З наближенням овуляторного періоду, слиз стає більш світлим, більшим за кількістю і еластичним, при цьому натягування слизу (під час його розтягування між вказівним та великим пальцями) іноді досягає 8-10 см.

Під час висушування й подальшому дослідженні під мікроскопом краплі шийкового слизу виходить малюнок, який нагадує листки папороті („феномен папороті”). Останній день значної вологості називається „днем пік”, який відповідає найвищому рівню естрогенів в організмі. Зазвичай, овуляція спостерігається через день після зникнення значних виділень, світлого й еластичного слизу. Тому жінка, яка користується методом цервікального слизу, повинна припускати, що овуляція почалася за 2 дні до появи „пікових ознак” шийкового слизу. Після „дня пік” виділення різко змінюються під впливом прогестерону – вони стають густими або припиняються. Жінка знову відчуває сухість у піхві.

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

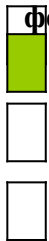
Рекомендації з використання

Можна визначити фертильну фазу, стежачи за цервікальним слизом.

Простий та акуратний запис – запорука успіху.

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

Приклади кодів, які використовуються для ведення записів про зміни фертильності



Використайте символ * або червоний колір для позначення кровотечі.
Використайте літеру С або зелений колір для позначення „сухих” днів.
Використайте велику літеру М або білий колір для позначення вологого, прозорого, слизького фертильного слизу (мукусу). Використайте малу літеру м або жовтий колір для позначення липкого, білого, мутного, нефертильного слизу (мукусу).

а

Визначення:

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

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

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

З метою контрацепції

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

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

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

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

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

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

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

Симптомтермальний метод

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

Симптомтермальний метод передбачає контроль базальної температури тіла, змін цервікального слизу, положення та щільності шийки матки, а також враховує інші фізіологічні показники овуляції (чутливість молочних залоз, кров’янисті виділення з

піхви, відчуття важкості у нижній частині живота тощо). Порівняно з іншими методами, симптотермальний метод є найбільш точним та ефективним за умови точного виконання всіх правил та методів, з яких він складається.

Рекомендації з використання

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

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

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

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

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

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

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

Примітка:

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

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

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

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

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

- **пролактиновий рефлекс:** нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються до блукаючого нерва, а потім до гіпоталамуса, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину у гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції;

- **рефлекс виділення молока:** імпульси від навколососкової зони досягають задньої частки гіпофіза, де у відповідь секретується окситоцин, що зумовлює скорочення молочної залози і виділення молока.

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

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

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

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

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

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

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

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

МЕХАНІЗМ ДІЇ

- пригнічує овуляцію.

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

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• найкраще джерело поживних речовин;• зниження ризику інфікування через воду, дитяче харчування, кухонний посуд. | |
|---|--|

ПРАВИЛА ВИКОРИСТАННЯ

Як часто годувати

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

Коли починати вводити тверду їжу

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

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

Менструації

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

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

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

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

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

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

Перехід до постійного методу контрацепції

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

ІХ. Основна література для опрацювання.

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