

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:	Контрацепція для сексуально активних підлітків (код курсу 17.2.5)
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. Мета заняття

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної жіночої функції. Знання основ цієї проблеми дає можливість лікарям загальної практики проводити ефективну просвітницьку діяльність для підлітків з метою збереження здоров'я репродуктивної жіночої системи і здоров'я майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань підліткової контрацепції.

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. Основні принципи, яких повинен дотримуватися лікар при проведенні контрацепції у підлітків.
2. Причини небажання неповнолітніх використовувати засоби попередження вагітності.
3. Вимоги, які висуваються до засобів контрацепції, що використовуються підлітками?
4. Класифікацію контрацептивних речовин.
5. Індекс Перля.
6. Традиційні методи контрацепції, їх недоліки, переваги.
7. Механізм дії сперміцидів.
8. Характеристика природного методу контрацепції.
9. Класифікація сучасних методів контрацепції.
10. ВМЗ у неповнолітніх: показання, протипоказання, ускладнення.
11. Механізм дії ВМЗ контрацепції.
12. Класифікація гормональних контрацептивів.
13. Механізм дії КОК.
14. Режим прийому оральних контрацептивів.
15. Що являє собою „подвійний голландський метод” контрацепції?
16. Вкажіть методи посткоїтальної контрацепції.

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.	20
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Гінекологічне відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороб гінекологічних хворих підліткового віку з призначенням контрацептивів.

4. Обладнання для гінекологічного обстеження пацієнтів підліткового віку.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу для призначення контрацептивів у підлітків.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при гінекологічних захворюваннях у підлітків.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи у підлітків.		+	
4.	Визначити методи контрацепції у підлітків.		+	
5.	Визначити методи контрацепції у підлітків враховуючи їх соматичний стан здоров'я.		+	
6.	Визначити методи специфічної профілактики ускладнень підліткової контрацепції.		+	

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. Яких основних принципів повинен дотримуватися лікар при проведенні контрацепції у підлітків?
2. Вкажіть причини небажання неповнолітніх використовувати засоби попередження вагітності.
3. Які вимоги висуваються до засобів контрацепції, що використовуються підлітками?
4. Наведіть класифікацію контрацептивних речовин.
5. Що таке індекс Перля?
6. Опишіть традиційні методи контрацепції, їх недоліки, переваги.
7. Який механізм дії сперміцидів?
8. Дайте характеристику природного методу контрацепції.
9. Наведіть класифікацію сучасних методів контрацепції.
10. ВМЗ у неповнолітніх: показання, протипоказання, ускладнення.
11. Який механізм дії ВМЗ контрацепції?
12. Дайте класифікацію гормональних контрацептивів.
13. Який механізм дії КОК?
14. Опишіть режим прийому оральних контрацептивів.
15. Що являє собою „подвійний голландський метод” контрацепції?
16. Вкажіть методи посткоїтальної контрацепції.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

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

Ситуаційні задачі :

Задача 1. В жіночу консультацію звернулась дівчина 16 років для вибору метода контрацепції. В анамнезі 1 штучний аборт. У пацієнтки незначні ознаки гіперандрогенії - акне, себорея, жирна шкіра лиця. Менструальний цикл не порушений.

Запитання: Чи може дана пацієнтка використовувати КОК?

Відповідь: Жінки з ознаками гіперандрогенії можуть використовувати КОК.

Задача 2. В жіночу консультацію звернулась дівчина 16 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматичне здоров'я в межах фізіологічної норми.

Запитання: Які методи контрацепції можна рекомендувати?

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

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття КЛАСИФІКАЦІЯ ВООЗ

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

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

Категорії

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

Використання шкали категорій на практиці

Категорія (клас)	Клінічне обстеження проведене у повному обсязі	Провести клінічне обстеження у повному обсязі немає можливості
1	Використання методу допускається за будь-яких обставин	Так (метод допускається до використання)
2	У більшості випадків немає протипоказань щодо використання методу	

3	Використання методу, як правило, не рекомендується, за виключенням тих випадків, коли використання більш придатного засобу є неприйнятним для пацієнта	Ні (використовувати метод не рекомендується)
4	Використання методу абсолютно протипоказане	

Пояснення:

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

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

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

Профілактичний огляд включає:

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

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

Принципи вибору контрацепції:

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

Контрацепція – від латинського *contra* (проти) і *ceptio* (зачаття). Контрацептивні (або протизаплідні) засоби – це засоби, що попереджають вагітність. Вони повинні відповідати наступним вимогам:

- мати високу контрацептивну активність;
- не робити патологічного впливу на організм жінки і статевого партнера;
- не мати тератогеної дії на наступне потомство (дії, що приводить до уроджених вад розвитку);
- бути простими у вживанні;
- мати оборотність дії (забезпечувати лише тимчасовий контрацептивний ефект);
- бути доступними і недорогими, а також естетичними і конфіденційними.

Підліткова контрацепція

Як свідчить світова статистика, частота вагітностей серед підлітків продовжує зростати. На підлітків у віці 15 – 19 років приходиться близько 10 % з 50 млн. штучних абортів, які щорічно проводяться у всьому світі. Згідно даних ВООЗ найбільша частота СНІДу і захворювань, що передаються статевим шляхом відмічається у вікових групах 20 – 24 і 15 – 19 років. Ранній початок статевого життя в поєднанні з незрілістю мислення характерною для підлітків, недостатня соціально-економічна захищеність і обізнаність з методами і засобами контрацепції, а також недостатність їх використання приводять до підвищеного ризику настання небажаної вагітності. Тому, одним із напрямків санітарно-просвітньої роботи дитячого гінеколога є питання профілактики незапланованої вагітності.

Згідно положення наказу МОЗ України № 391 від 27.12.1996 року лікар-гінеколог при роботі з підлітками щодо запобігання незапланованій вагітності повинен дотримуватися таких основних рекомендацій:

1) вважати за неможливе проведення контрацептивної практики у підлітків до 16 років без згоди батьків;

2) застосування контрацептивів у підлітків без батьківської згоди може бути виправдане, коли:

- пацієнтка достатньо дозріла для розуміння контрацепції, а також з урахуванням моральних, суспільних і емоційних факторів;

- лікар не може переконати молоду особу інформувати батьків, а вона не дозволяє це робити лікарю;

- пацієнтка бажає почати або продовжувати сексуальне життя навіть без застосування контрацептивів;

- фізичне і розумове здоров'я може постраждати без застосування контрацепції.

Прийняття рішення про призначення контрацептивів у підлітка покладається у таких випадках на лікаря.

Недостатня інформованість підлітків про застосування засобів попередження вагітності приводить до виникнення „міфів” про контрацепцію. Підлітки вважають, що настання вагітності неможливе при першому статевому контакті, при відсутності оргазму у дівчини, при частих статевих зношеннях з кількома партнерами одночасно. Вони також впевнені у високій ефективності перервного статевого акту, гарячій ванні після близькості, недовірливо відносяться до гормональних препаратів і використання презерватива. Несерйозне відношення підлітків до небезпеки зараження СНІДом і венеричними захворюваннями, що передаються статевим шляхом обумовлено думкою про те, що зараз від будь-якої статевої інфекції дуже легко вилікуватися (одним уколом чи кількома таблетками), а СНІД – виникає лише у гомосексуалістів та наркоманів.

Недостатньому використанню сексуально активними підлітками контрацептивів сприяє упереджене ставлення суспільства до проблеми статевого виховання, планування сім'ї. Дівчата бояться засудження з боку дорослих, якщо у неї знайдуть контрацептив чи побачать, як вона його купує. Вони також бояться звернутись за допомогою, бо це буде означати, що вони живуть статевим життям. Цьому сприяє і невизначеність відношень з партнером. Таким чином, більшість сексуально-активних дівчат-підлітків у віці 14 – 18 років або зовсім не використовують засоби запобігання вагітності, або користуються ними від випадку до випадку, причому часто досить малоефективними засобами.

У відповідності з Конвенцією про права дитини підлітки мають право на одержання адекватної інформації та надання кваліфікованої медично-консультативної допомоги з питань профілактики „випадкової вагітності”,

контрацепції, попередження венеричних захворювань. Кожний підліток, який звернувся у службу планування сім'ї має право на:

- інформацію (знати про переваги планування сім'ї і можливість одержання послуг у цій сфері);
- вибір (вільно вирішувати, який метод контрацепції використовувати);
- конфіденційність (можливість вести бесіду наодинці з консультантом і бути впевненим, що інформація залишиться в тайні);
- гідність (відчувати повагу, чуйне і уважне ставлення);
- комфорт (відчувати себе комфортно під час прийому);
- доступність (одержати інформацію незалежно від віросповідання, національності, сімейного стану, місця проживання, кольору шкіри);
- безперервність (мати доступ до обслуговування так довго, як це необхідно);
- вираження своєї думки (виражати свою думку відносно наданих послуг).

При підборі засобів контрацепції для дівчини-підлітка лікар повинен розуміти, що рекомендований метод чи конкретний препарат є першим засобом контрацепції в житті підлітка і від його ефективності і безпечності залежить здоров'я дівчини в теперішній час і в майбутньому. Лікар повинен враховувати індивідуальні особливості розвитку організму дівчини, її соматичний і ендокринний статус, соціальні фактори, характерологічні особливості. Необхідно зібрати дані про час менархе, менструальну функцію, тривалість та інтенсивність статевого життя, провести внутрішнє гінекологічне дослідження і огляд шийки матки в дзеркалах та в'яснити чи використовувала дівчина якісь контрацептиви.

Засоби попередження вагітності, які рекомендуються підліткам, повинні відповідати вимогам ВООЗ і мати:

- високу контрацептивну ефективність (надійність);
- відсутність системного впливу на організм (бути безпечними і нешкідливими);
- зворотність дії (тобто забезпечувати стерильність лише на бажаний проміжок часу);
- простоту у використанні, можливість застосування при різних ситуаціях.
- доступність для будь-яких соціальних груп (бути дешевими, естетичними, конфіденційними).

Підлітки віддають перевагу засобам, які легко втаїти від оточуючих, найчастіше від батьків, які не порушують фізіологічного статевого акту та попереджують зараження захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Слід зауважити, що ні один з існуючих методів контрацепції не відповідає всім перерахованим вимогам і не може вважатися ідеальним для підлітків. Любий спосіб попередження вагітності, який призначається неповнолітнім, має якусь долю ризику, проте можливі ускладнення не порівнюються з тими наслідками, які можуть виникнути у випадку переривання небажаної вагітності.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

КОК визнані високоефективними та безпечними засобами контрацепції за умови відсутності протипоказань та дотримання режиму прийому.

Класифікація КОК

А. За видом естрогена:

❖ такі, що вміщують етинілестрадіол (ЕЕ)

- ультранизькодозовані (кількість ЕЕ до 30 мкг – *логест, джас, новінет, ліндинет, дарилія*);
- низькодозовані (кількість ЕЕ 30-35 мкг – *ригевідон, регулон, фемоден, жанін, ярина, мідіана*);
- високкодозовані (кількість ЕЕ > 35 мкг – *нон-овлон, овідон* – використовуються лише з лікувальною метою).

❖ *такі, що вміщують естрадіола валерат (E2B) – динамічне дозування 3-2-1 мг – клайра.*

В. За видом прогестагена:

- 1 покоління – препарати, що вміщують:
 - норетинодрел;
 - етінодіола діацетат (*бісекуїн, демулен, фемулен*);
 - норетиндрон (*інфекундін, бревікон, норетін*).
- 2 покоління – препарати, що вміщують:
 - норетістерон (*нориніл, тріновум, мікронор, нон-овлон*);
 - норгестрел (*оврал, еугінон*);
 - левоноргестрел (*ригевідон, мікрогінон, мінізістон*).
- 3 покоління – препарати, що вміщують:
 - гестоден (*фемоден, мінулет, тримінулет, логест*);
 - дезогестрел (*марвелон, мерсилон, регулон, новінет*);
 - норгестимат (*сілест, трисілест*);
 - диенгест (*жанін, клайра*);
 - дроспіренон (*ярина, джаз, дарилія, медіана*).

Позитивні ефекти КОК у підлітків.

Прийняття КОК молодими дівчатами обумовлює ряд позитивних ефектів, або некронтрацептивних переваг:

- нормалізацію менструального циклу, скорочення періоду його становлення, зникнення явищ альгодисменореї, полегшення перебігу передменструально і овуляторного синдромів, зменшення вмісту андрогенів і вирівнювання естроген-гестагенного балансу;
- зниження ризику розвитку новоутворень яєчників і матки, диспластичних процесів молочних залоз;
- зменшення частоти запальних захворювань статевих органів, прискорення виліковування від запалення;
- зниження ризику виникнення позаматкової вагітності;
- виліковування від псевдоерозії шийки матки, деяких форм ендометріозу;
- зниження тривоги, стурбованості з приводу можливого виникнення небажаної вагітності.

Підбір оральних контрацептивів підліткам.

Призначати КОК дівчатам-підліткам найбільш доцільно при наявності регулярних овуляторних циклів, приблизно через рік після менархе. При підборі необхідно дотримуватися індивідуального підходу з врахуванням конституціонального типу, гормонального фону і додаткового біологічно ефекту, який буде реалізуватися при застосуванні того чи іншого контрацептива. Згідно рекомендацій ВООЗ в першу чергу дівчатам, які вперше починають прийом протизаплідних препаратів показане застосування низькодозованих монофазних контрацептивів третього покоління. Вони містять в своєму складі гестагени нового типу (дезогестрел, дроспіренон, гестоден), які характеризуються найбільшим ступенем спорідненості з рецепторами прогестерона і низькою андрогенністю. Дівчатам „естрогенного” типу показанні препарати з посиленням гестагенним ефектом (ригевідон, овідон). Підліткам „гестагенного” типу рекомендують КОК з посиленою естрогенною дією (антеовін). Трифазні препарати відносяться до контрацептивів так званого „урівноваженого” типу. Підліткам „гіперендрогенного” типу показані препарати з антиандрогенною дією (марвелон, сілест, фемоден, діане – 35). Критерієм правильного підбору КОК є відсутність вираженого негативного впливу під час прийому препарату. Призначений КОК можна приймати тривалий час (рік і більше). Робити перерву недоцільно, бо під час перерви внаслідок „rebound”-ефекту можливе

настання небажаної вагітності. Крім того, не реалізується позитивна лікувальна дія (регуляція менструального циклу, позбавлення від альгодисменореї та ін.). Дівчата, що приймають КОК повинні знаходитись під диспансерним наглядом. В перші три місяці прийому препарату необхідно відвідувати лікаря щомісячно, потім – один раз на три місяці. При повторних відвідуваннях проводиться контроль артеріального тиску, рівня глюкози, коагулограми. Слід пам'ятати, що прийом КОК не захищає від зараження захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом. Тому сучасних підлітків необхідно орієнтувати на використання „подвійного голландського методу” – одночасне використання КОК і презервативу

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

ПТП = протизаплідні таблетки прогестогенового ряду

ПК = прогестогенові ін'єкційні контрацептиви

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (ПТП)

ПТП – таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренол).

Ексклютон (500 мкг лінестренолу в одній таблетці),

Чарозетта (75 мкг дезогестрела в одній таблетці),

Лактінет (0,075 мг дезогестрелу в одній таблетці).

28 таблеток всі – активні (гормональні).

Однокомпонентні гормональні контрацептиви.

Препарати цієї групи вміщують лише гестагени і поділяються на оральні препарати „міні-пілі” (континуїн, мікронор, фемулен, оврет, екслютон), ін'єкційні (Депо-провера, Нористерат), та імплантанти (Норплант).

Міні-пілі призначають у безперервному режимі (без семиденного проміжка) з першого дня менструального циклу. Інтервал між прийомом таблеток не повинен перевищувати 24 години. Контрацептивний ефект настає через 48 годин після початку прийому препарату. Механізм дії пов'язаний в основному із згущенням цервікального слизу, що перешкоджає проникненню в матку сперматозоїдів, змінами ендометрію, які ускладнюють імплантацію, уповільненням міграції яйцеклітини в матковій трубці. Індекс Перля 1,3 – 4,0. Препарати цієї групи можуть бути рекомендовані молодим матерям, які годують грудьми з 6-го тижня після пологів, дівчатам з побічними ефектами від прийому КОК, підліткам з резидуальними явищами перинатальної чи травматичної енцефалопатії, дієнцефальним синдромом, схильністю до епілептичних проявів. Неприятливі ефекти проявляються у порушеннях менструального циклу, болючості і напруження молочних залоз, розвитку функціональних цистаденом яєчників. Прийом міні-пілі потребує сильної мотивації і суворого дотримання графіку прийому таблеток. Запізнення з прийомом таблетки навіть на дві години нівалює контрацептивний ефект і може привести до небажаної вагітності.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПК)

ТИПИ

Депо-Провера: 150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційні **кожні 3 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена до 2- 4 тижнів (28 днів) **раніше** або до 2-4 тижнів (28 днів) **пізніше** визначеного строку.

Нористерат: 200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційні **кожні 2 місяці**. Ін'єкція може бути зроблена за 2 тижні (14 днів) **раніше** або на 2 тижні (14 днів) **пізніше** визначеного строку.

Пролонговані ін'єкційні препарати молодим дівчатам не рекомендуються, в зв'язку з наявністю недостатньо швидкої зворотності дії та системними побічними ефектами. В нашій країні відсутній достатній досвід тривалого нагляду за підлітками, які використовували контрацептиви пролонгованої дії. Лікарі бояться їх впливу на незрілий організм. Проте окремі зарубіжні дослідники повідомляють, що застосування імплантів є прийнятною формою контрацепції у підлітків. Дівчата перестають переживати, що батьки знайдуть у них таблетки, не треба пам'ятати про щоденний прийом препарату. І

хоча ускладнень більше, в порівнянні з низькодозованими КОК, автори вказують, що через півроку після введення норпланту частота побічних реакцій знижується.

Добровільна хірургічна стерилізація у підлітків не застосовується. Метод не має зворотної дії і почуття провини, що виникають у майбутньому, можуть привести до розвитку тяжких депресивних станів, порушення здоров'я.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРИ

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

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

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

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

ТИПИ

НоваРинг – 15 мкг етинілестрадіолу/120 мкг етоногестрелу

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

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

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

ТИПИ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ:

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

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ:

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

Забезпечення „аварійної” контрацепції за допомогою КОК проводиться за схемою Юзпе (Yuzpe): приймають 4 таблетки низькодозованого КОК (30 мкг етиніл-естрадіолу) протягом перших 72 годин після статевого акту, через 12 годин вдруге приймають 4 таблетки. При вкористанні високодозованих КОК (50 мкг етиніл естрадіолу) в перші 72 години приймають 2 таблетки, а через 12 годин повторно ще 2 таблетки.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ

КОК: Приймається 4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. Приймається ще 4 таблетки через 12 годин. Всього 8 таблеток.

АБО

Приймається 2 таблетки високодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. Приймається ще 2 таблетки через 12 годин. Всього 4 таблетки.

ПТП: Приймається одна таблетка *постінору* (750 мкг левоноргестрелу кожна) орально протягом 48 годин після незахищеного статевого акту. Приймається ще 1 таблетка через 12 годин. Всього 2 таблетки.

АБО

Приймається одна таблетка *ескапелу* (1,5 мг левоноргестрелу) за один прийом.

ВМЗ: Необхідно звернутися для введення ВМЗ протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.

АП: Приймається 10 мг міфіпрістону (*гинепрістон*) протягом 72 годин після незахищеного статевого акту. Для збереження контрацептивного ефекту необхідно за 2 години до прийому препарату та протягом 2 годин після утримуватися від їжі.

Для всіх методів: Якщо менструація не почнеться протягом трьох тижнів, пацієнтці слід звернутись до лікаря для перевірки на наявність вагітності.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

ПРЕЗЕРВАТИВ

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

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

СПЕРМІЦИДИ

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

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

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

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

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. К.: Здоров'я, 2000.
3. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Бандик В.Ф. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. К.: Здоровья, 2000.
4. Балаханов А. В. Преодоление бесплодия. – СПб.: ЭЛБИ, 2000.
5. Абрамченко Е.В., Капленко О.В. Адренергические средства в акушерской практике: Петрополис, 2000.
6. Савельева Г.М. Акушерство. М.: Медицина, 2000.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцев Л.О. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов н/Д: издательство «Феникс», 2000.
8. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство // Под. ред. профессора В.К.Чайки. – Донецк: ООО „Альматео”, 2001.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2014 року № 59