

І. В. Лахно, С. В. Коровай, О. В. Дьоміна

КОНТРАЦЕПЦІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Навчально-методичний посібник
для самостійної роботи лікарів акушерів-гінекологів,
лікарів загальної практики, інтернів*

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

І. В. Лахно, С. В. Коровай, О. В. Дьоміна

КОНТРАЦЕПЦІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Навчально-методичний посібник
для самостійної роботи лікарів акушерів-гінекологів,
лікарів загальної практики, інтернів*

**Харків
ХНМУ
2025**

*Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 17 від 25.12.2025.*

Рецензенти:

О. В. Кравченко – д-р мед. наук, проф. (БДМУ).

В. Г. Сюсюка – д-р мед. наук, проф. (ЗДМФУ).

Лахно І. В., Коровай С. В., Дьоміна О. В.

Л29 Контрацепція в сучасних умовах : навч-метод. посіб. для самот. роботи лікарів акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики, інтернів. Харків : ХНМУ, 2025. 40 с.

У навчально-методичному посібнику детально представлена теоретична та практична значущість можливості щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок. У роботі наголошено, що у контексті збереження репродуктивного здоров'я важливу роль відіграє ефективне використання контрацептивних засобів. Контрацепція у період воєнного стану є дуже актуальною проблемою сьогодення. Збереження репродуктивного здоров'я обумовлює обґрунтований вибір контрацептиву.

Посібник може слугувати допомогою лікарям для вдосконалення знань цього розділу медицини лікарями відповідного профілю.

УДК618.1:615.256.3(075.4)

© Харківський національний
медичний університет, 2025

© Лахно І. В., Коровай С. В.,
Дьоміна О. В., 2025

ЗМІСТ

Список умовних скорочень	4
Вступ	5
Розділ 1. Історичні передумови до використання контрацептивів та національні особливості	5
Розділ 2. Метаболізм яєчникових гормонів	14
Розділ 3. Гормональна контрацепція	15
Розділ 4. Сім'я – головний осередок суспільства	22
Питання для підсумкового контролю знань	36
Література	38

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМГ	– антимюллерів гормон
А	– андростендіон
АГ	– артеріальна гіпертензія
АТ	– артеріальний тиск
ВШ	– відношення шансів
ВР	– відносний ризик
Е2	– естрадіол
ІМТ	– індекс маси тіла
КОК	– комбіновані оральні контрацептиви
ЛГ	– лютеїнізуючий гормон
МС	– метаболічний синдром;
ПМС	– передменструальний синдром
СПКЯ	– синдром полікістозних яєчників
СРБ	– С-реактивний білок
ССЗ	– серцево-судинні захворювання
Т	– тестостерон
ФСГ	– фолікулостимулюючий гормон
ЦД	– цукровий діабет
ІЛ	– interleukin (англ., інтерлейкін)
TNF	– tumor necrosis factor (англ., фактор некрозу пухлин)

ВСТУП

Планування сім'ї (ПС) є важливою складовою розвитку сучасного суспільства. Створення Міжнародної федерації ПС, що має консультативний статус при економічній і соціальній радах Організації Об'єднаних Націй, дозволило координувати зусилля лікарів, соціальних працівників із профілактики небажаної вагітності, формування безпечної сексуальної поведінки населення і забезпечення народження лише дуже бажаних дітей. Розробка і впровадження контрацептивних технологій – одна з найважливіших подій ХХ ст.

У посібнику розглянуті історичні передумови виникнення сучасної системи планування сім'ї. Наведені деякі особливості контрацептивного вибору жінок у різних частинах світу. Показано, що гормональні засоби контрацепції є безумовним лідером серед інших методів профілактики небажаної вагітності у розвинених країнах. Зроблено наголос на неконтрацептивних лікувальних властивостях гормональних контрацептивів.

Контрацепція у період воєнного стану є дуже актуальною проблемою сьогодні. Збереження репродуктивного здоров'я обумовлює обґрунтований вибір контрацептива. Стресогенне середовище у цілої низки жінок: мешканок прифронтових територій, внутрішньо переміщених осіб, біженок і військовослужбовців призводить до підвищеного рівня передменструальних дисфоричних розладів, порушень менструального циклу, синдрому хронічного тазового болю. Подоланню зазначених проблем сприяє призначення гормональних контрацептивів.

РОЗДІЛ 1. Історичні передумови до використання контрацептивів та національні особливості

Контрацептивний вибір тісно пов'язаний із традиціями суспільства. В Україні основну участь у застосуванні контрацептивних засобів беруть жінки. За останні десятиліття розповсюдженість традиційного методу регуляції народжуваності за радянських часів – штучного абортів значно знизилася. Відмічається поступове впевнене зростання популярності сучасних гормональних контрацептивів. Роль чоловіків у ПС на теренах України залишається низькою.

Чоловічий контрацептивний вибір обмежений використанням презервативів і добровільною хірургічною стерилізацією (ДХС). За світовими даними, частка цих методів складає близько 25 % серед усіх контрацептивних технологій. При цьому презервативи використовують 5,7 % партнерських пар. У США 30 % пар віддають перевагу виключно чоловічій контрацепції, серед яких 10 % покладаються на презервативи. Всупереч захисту від захворювань, що передаються статевим шляхом, контрацептивні невдалі використання презервативів відбуваються у 15–18 %. Навіть при ретельному дотриманні правил застосування цих

латексових виробів частота небажаної вагітності досягає 3 %. Відомо, що цей метод рідко використовують довготривало. Приблизно 57 % чоловіків припиняють користування презервативами вже на першому році. Тому вазектомія є дуже перспективним методом контрацепції, розповсюдженість якої у світі складає 2,7 %. У США приблизно 13 % партнерських пар віддають перевагу вазектомії. Цей вибір базується на етнокультурних факторах і розвитку системи охорони здоров'я. Щорічно у США оперативні втручання з ДХС проводять майже 500 000 чоловіків. Приблизно 75 % вазектомій проводять вузькі спеціалісти – урологи.

Вперше вазектомію – перев'язку сім'явивідної протоки, описав Ешлі Купер у 1827 р. Цю операцію використовували у Великій Британії лише в собак до кінця XIX ст. На той час вже стало відомо, що вазектомія призводить до атрофії простати, що мало лікувальний ефект при доброякісній пухлині – аденомі простати, та покращує сечовиділення. Це було гарною альтернативою кастрації – видаленню яєчок. У 1907 р. у США вперше у штаті Індіана стали проводити євгенну стерилізацію психічно хворих чоловіків, захворювання яких може бути передано спадково або які неспроможні доглядати за дітьми. Видатний хірург із Луїзіани Джон Очснер, президент Американського коледжу хірургів, вважав у 1925 р., що «вазектомію слід проводити злочинцям-рецидивістам, імбецилам, збоченцям, жебракам, дебілам, епілептикам і дегенератам». Тепер ця думка є дуже негуманною і недемократичною. На сьогодні євгенна стерилізація майже не проводиться.

Із 60-х років XX ст. дедалі більшу популярність набуває добровільна хірургічна стерилізація у чоловіків. До 1969 р. існували рекомендації Американського коледжу акушерів і гінекологів, згідно з якими слід обмежувати добровільну стерилізацію чоловіків або жінок, вік яких помножений на кількість дітей дорівнював або перевищував 120. На початку 60-х щорічна кількість вазектомій у США становила лише 40 000, а у 1991 р. зросла до 493 487. В Україні більше 20 років тому працювали експерти DHS за підтримки USAID США. Однак на той момент українське суспільство не було готовим до ДХС. Був сформований негативний образ ДХС у засобах масової інформації. Він базувався на тому, що, буцімто, працівники агенції не надавали достатньої інформації селянам Гватемали або Пуерто-Рико про незворотність методу. Також співробітники агенції пропонували коштовні подарунки (телевізор або холодильник) за проведення ДХС. Сьогодні це може викликати лише посмішку. Слід вважати, що ДХС не може бути провідним методом контрацепції в Україні, дивлячись на негативні демографічні тенденції в умовах війни з Росією. Проте вазектомія має значні перспективи.

Безумовно, що відношення суспільства до проблеми профілактики небажаної вагітності значно залежить від етнічних і релігійних традицій. Відомо, що проти абортів та планування сім'ї взагалі виступає більшість мусульманських країн. Протестантські та православні країни ставляться до них набагато толерантніше. На жаль, у деяких країнах аборт ще залишається основним методом контролю народжуваності, а їх кількість у світі становить близько 40–50 млн на рік. Половину з цих абортів роблять у небезпечних умовах. Аборт щорічно призводить до 70 тис. материнських смертей, а 5 млн жінок отримують тимчасову або постійну втрату працездатності.

У католицькій релігійній практиці аборти вважаються великим гріхом. Папа Римський має право прощати у разі, якщо люди по-справжньому пошкодували про аборт. В іудаїзмі вважається, що плід не є людиною до народження. Проте можна спостерігати прояви етнічних відмінностей у єврейській спільноті щодо ашкеназі та сефардів. Ашкеназі оселилися переважно в англо-германській частині Європи. Сефарди шукали Едем, а Міцраїм та Тейманім – «живуть на Сході». Якщо наявність вагітності (плода) представляє ризик для здоров'я або життя жінки, то штучне переривання вагітності допускається серед найбільш ортодоксальних груп, консерваторів та реформаторів. Якщо ембріон створює ризик для здоров'я, психічного чи фізичного стану жінки, то згідно з традиціями Маймоніда вона може перервати вагітність для самозахисту. Із цих позицій ембріон вважається агресором. Рішення має бути прийняте лише спільно з раввіном. На відміну від християнства традиційна єврейська релігія не дозволяє жінці приймати рішення індивідуально. Рішення повинно супроводжуватись дозволом раввіна, який у своїй мудрості знайде те, що є моральним і справедливим.

За буддійською точкою зору, аборт вважається вбивством. Проте слід враховувати мотивацію рішення про переривання вагітності. Якщо дитина має тяжкі вроджені вади, то аборт сприяє запобіганню подальших страждань. Враховуючи вторинний голос бодгісаттви, не слід уникати абарту, якщо мотивація позитивна. Етичність цього рішення може бути сумнівною.

Хоча не існує єдиної думки буддистів щодо абортів, більшість прихильників цього релігійного напрямку вважають аборт розривом життєвого потоку. Традиційні буддійські джерела, що стосуються монастирського кодексу, вказують на те, що навмисне руйнування життя – це відхилення від традиційного вчення. Фактично Далай-лама вважає аборт помилкою, але вказує, що є випадки, коли це виправдано. Незважаючи на те, що аборт робиться для того, щоб врятувати життя жінки, його майже завжди сприймають як страждання та негативну карму.

Послідовники ісламізму, як це вказано у Корані, засуджують кожний вчинок вбивства. Основна причина засудження абортів у мусульман полягає в історичних коренях. В індуїзмі аборт також класифікується як діяння, яке засуджується.

У мормонів аборт може бути виправданим у разі вагітності, яка загрожує здоров'ю жінки або є наслідком сексуального насильства за рішенням голови церкви. В англіканській церкві допускається можливість переривання вагітності у разі зґвалтування, а також у випадках, коли плід є нежиттєздатним. У свідків Єгови вважається, що штучне переривання вагітності є важким гріхом і це є вбивством плода. Представник Вселенської церкви Царства Божого Масед уточнює: «Я за аборт. Я за те, щоб жінки мали право приймати рішення». Але більшість релігійних конфесій не підтримують штучні аборти.

Колись аборт був найбільш популярним методом планування сім'ї. Проте існували певні регіональні особливості розповсюдженості цього методу регулювання народжуваності. У Східноєвропейських країнах аборт застосовувався для обмеження розміру сім'ї після досягнення певного паритету. Тому штучний аборт найчастіше використовували одружені жінки з двома і більше дітьми. Найвищі показники абортів у країнах радянського блоку були у жінок віком більше 30 років. З іншого боку, у країнах Західної Європи аборт застосовувався насамперед у випадку небажаної вагітності у незаміжніх жінок, які не народжували. Найвищі показники абортів були найбільш типовими для молодих вікових категорій жінок.

На початку 90-х років Схід і Захід Європи значно відрізнялися як у рівні абортів, так і у поширеності контрацептивів. Якщо у країнах Західної та Північної Європи рівень абортів коливався від 14 до 22 абортів на 1 000 жінок репродуктивного віку, то у Східній Європі він становив у середньому 88 на 1 000 жінок. Що стосується використання контрацептивів у Західній та Північній Європі, то понад 94 % користувачів застосовували сучасні ефективні методи (оральні контрацептиви, внутрішньоматкові контрацептивні засоби та бар'єрні методи) на відміну від лише 44 % у Східній Європі. Починаючи з 90-х років у Східній Європі відбулися політичні та соціально-економічні перетворення, що мало відображення на глибоких змінах репродуктивної поведінки. Хоча й використання контрацептивів збільшується, а рівень абортів постійно знижується у більшості країн Східної Європи протягом останніх десятиліть, у деяких країнах рівень абортів залишається відносно високим (42 на 1 000). На жаль, більше 20 % жінок репродуктивного віку все ще покладаються на традиційні методи, а рівень відмови від контрацепції сягає 15–20 %.

Викликають певний інтерес дані, що збільшення рівня використання контрацептивів не завжди призводить до зниження кількості абортів. Зниження народжуваності відіграє ключову роль опосередкованого фактора. Це означає, що у разі швидкого зниження фертильності не повинно відбутися значного зменшення абортів, оскільки лише посилене використання протизаплідних засобів само по собі не може задовольнити зростаючу потребу в регуляції народжуваності. Це було особливо актуально для Східної Європи у 90-х роках. У Західній Європі рівень абортів вже у 90-і роки був низьким. Він коливався від 3 на 1 000 жінок репродуктивного віку в Греції до 14 у Франції. За останні роки відмічено підвищення кількості штучного переривання вагітності в Іспанії, що пов'язано з міграцією населення. Від чверті до третини всієї кількості абортів у Фінляндії, Нідерландах та Швеції становлять випадки у жінок неєвропейського походження.

Кластерний аналіз на основі показників контролю за народжуваністю 18 країн ЄС показав існування трьох кластерів країн, які відрізняються як рівнем і структурою абортів, так і поширеністю використання сучасних контрацептивів. Ці узагальнення характеризуються різницею середніх значень випадків штучного переривання вагітності, частоти абортів у дорослих жінок і підлітків, співвідношення аборт/пологи жінок у віці 20–24 та 25–29 років, а також коефіцієнта поширеності сучасних контрацептивних методів.

Перший кластер можна сприймати як продовження колишньої «схеми абортів у ранньому віці», оскільки складається переважно з країн Західної та Північної Європи: Данії, Швеції, Фінляндії, Великобританії та Франції. Нещодавно до цієї групи увійшли Угорщина та Іспанія. Оскільки співвідношення аборт/пологи у 20–24 до 25–29 років вище за 1, то переважання абортів здебільшого серед молодих жінок є основною характеристикою цієї когорти. Більше того, рівень абортів у підлітків є досить високим, незважаючи на значну поширеність сучасних методів контрацепції у цих країнах.

Друга група за рівнем абортів серед підлітків є Болгарія та Румунія, тобто деякі країни Східної Європи. Рівень знизився, проте він досі є вищим у всіх вікових групах порівняно з іншими країнами ЄС. Співвідношення аборт/пологи у 20–24 до 25–29 років є лише трохи нижчим за 1. Це свідчить про те, що домінуючою характеристикою став порівняно високий рівень абортів серед молодих замість найвищої частоти абортів серед жінок після 30 років, як це було за два десятиліття до того.

Третя група з низьким рівнем абортів виникла як нова і складається з Італії, Бельгії, Німеччини, Литви, Словенії, Словаччини та Чехії. У цих країнах відмічається низький рівень абортів у поєднанні з високою поширеністю сучасних

методів контрацепції. Остання група є орієнтиром для розвитку сучасної системи планування сім'ї в Україні.

У Сполучених Штатах кількість бажаних дітей на сім'ю в середньому становить близько двох. Незважаючи на велику кількість доступних варіантів контрацепції, майже 50 % вагітностей у США не плануються, і приблизно 25 % дітей є небажаними на момент народження. Натомість ефективна контрацепція забезпечує соціальні та медичні переваги матерям та їх дітям, допомагає покращити загальний стан здоров'я немовлят та дітей.

Відкриття гормональної контрацепції є однією з найважливіших подій ХХ ст. «Її дія спрямована на моральні, культурні та соціальні цінності. За своєю суттю – суперечить природі людини, залишаючи історикам майбутнього можливості оцінювати наслідки» (цит. з доповіді Goldzieher&Rudel на конференції з розвитку народонаселення у Бухаресті, 1974 р.).

Тому для кращого розуміння теперішньої ситуації необхідно зробити деякий історико-географічний екскурс.

На сьогодні вже немає ніякого сумніву, що найбільш ефективними методами контрацепції є гормональні. Вперше основний принцип контрацепції, заснований на пригніченні овуляції, встановив австрійський вчений Людвіг Хаберландт. Він продемонстрував, що тканинні екстракти плаценти та яєчників можуть призводити до тимчасової втрати фертильності у лабораторних тварин. Грегорі Гудвінг Пінкус, біохімік із США, першим створив у 1954 р. проти-заплідні таблетки. Він довів, що ін'єкції прогестерону пригнічують овуляцію. У 1957 р. у Пуерто-Рико були розпочаті клінічні випробування препарату «Еновид», а у 1963 р. FDA США надало дозвіл на його використання. На сьогодні майже 150 млн жінок у світі віддають перевагу гормональній контрацепції. У штаті Джорджія (США) використання гормональних контрацептивів збільшилось за останні роки на 23 %, а частота абортів зменшилася на 15 %.

Історичний огляд основних етапів розвитку репродуктивної ендокринології дозволить краще зрозуміти роль жіночої статевої сфери у процесах гомеостазу. Батько медицини Гіппократ (460–377 рр. до н. е.) вважав, що яєчники є аналогом чоловічих тестикул і продукують сім'я. Арістотель (384–322 рр. до н. е.) був не згоден із Гіппократом, вказуючи, що «чоловіче начало є чинним і активним, а жіноче – пасивним, тому те, що жінка додає до людського сім'я не є сім'ям, а матеріалом, на який сім'я впливає». Герофіл із Халкідона, проживаючи в Олександрії у першій половині третього сторіччя до н. е., вперше в історії публічно виконав розтин людського тіла. Він також уперше правильно описав розміщення, анатомічні зв'язки яєчників і навіть їх структуру, називаючи їх жіночими яєчками. Однак перший детальний опис яєчників належить Соранусу

з Ефеса (98–138 рр. до н. е.). Тільки через півтори тисячі років у безсмертній праці «De Humani Corporis Fabrica» (1543) Андреас Везалій описав основні функціональні одиниці яєчника – фолікул і жовте тіло, виконавши аутопсію трупа 18-річної дівчини в Брюсселі. Незадовго до Везалія міланець Жан Маттео де Гарді ввів у науку термін «яєчники», при цьому порівнюючи їх із пташиними яйцями. Детальний і точний опис фолікула і жовтого тіла вперше дав Реньє де Грааф у роботі «De Mulerium Organis Generationi Invservientionibus», яка була опублікована у 1672 р.

Початок ери мікроскопії вивів вчення про яєчники на якісно новий рівень. Марчелло Мальпігі у 1686 р. не тільки дав жовтому тілу його сучасну назву, а й встановив, що воно присутнє в яєчниках як вагітних, так і невагітних тварин. Він вперше помітив, що фолікул не залишає яєчник, а слугує для захисту яйцеклітин.

Серед найважливіших відкриттів у гінекології окремо стоїть визнання секреторної активності яєчників і усвідомлення важливості оваріальних гормонів для нормального функціонування організму. Хоча екскреторна діяльність яєчників (продукція яйцеклітин) була блискуче продемонстрована ван Байером у 1827 р., довести їх інкреторну діяльність виявилось куди складніше.

У середині ХІХ ст. було встановлено, що минуці порушення функції яєчників є однією з основних причин безпліддя у домашньої худоби. Ветеринар Жчок у 1898 р., маючи за підґрунтя піввіковий досвід практичних спостережень, довів, що мануальне руйнування персистуючих жовтих тіл відновлює яловість корів. Зрозуміло, що субстанції, які виробляються жовтим тілом, гальмують розвиток фолікулів. Видалення або механічна деструкція жовтого тіла шляхом роздавлювання пальцями відразу ж спричиняє тічку. Незалежно від Жчока, анатом з Единбургу Берд описав факт пригнічення овуляції у вищих ссавців під час вагітності. У той же самий час гістолог з університету м. Ненсі Пренант встановив і обґрунтував ендокринну функцію жовтого тіла. Він також деталізував причини відсутності овуляції під час вагітності.

Однак зусилля вчених були спрямовані не тільки на тваринний світ, а й на підтвердження встановлених закономірностей у людей. У 1896 р. Е. Кнауер опублікував свої висновки про те, що «трансплантація яєчників перешкоджає атрофії матки, яка зазвичай виникає після видалення яєчників». Експерименти довели, що яєчники, очевидно, мають секреторну активність, а їх продукти, діючи через кров, підтримують нормальний стан статевої системи. Тоді ж М. Бейліс і Е. Старлінг ввели поняття «гормон», яке було визначено як активна речовина, що секретується у кров або тканинну рідину безпротоковими або ендокринними залозами.

Із цього моменту гінекологічна ендокринологія отримала швидкий розвиток. Френкель у 1903 і 1910 рр. публікує результати експериментальних досліджень, які демонструють виникнення абортів після хірургічного видалення жовтого тіла. Борн першим назвав жовте тіло ендокринною залозою, функціонування якої підтримує розвиток вагітності. Справедливість його твердження про те, що «секрет слизової оболонки матки пригнічує діяльність жовтого тіла» була підтверджена значно пізніше в теорії «гойдалок» Арпада Чапо з університету м. Дебрецен (Угорщина). У 1907 р. Леб, учень Борна, розвинув вчення свого наставника і довів, що гормон жовтого тіла готує матку до нідації заплідненої яйцеклітини. Незадовго до цього, у 1904 р. Джон Гальбан провів оригінальне дослідження, в якому було встановлено, що підшкірна трансплантація яєчника кастрованої статевонезрілій морській свинці приводить до нормального статевого дозрівання, і, отже, внутрішня секреція яєчників керує дозріванням статевих органів. У 1912 р. Адлер продемонстрував зростання статевої активності самок після введення екстракту яєчника. Таким чином, для остаточної ідентифікації яєчникових гормонів не вистачало тільки технічної можливості виділити їх в очищеному вигляді.

Прагнення до розуміння циклічності функціонування жіночих статевих органів привело до відкриття ряду фундаментальних методів діагностики, значення яких зберігається і дотепер. У 1917 р. К. Стокард і Г. Папаніколау описали зміни слизової оболонки піхви залежно від фази менструального циклу, що лягло в основу гормональної кольпоцитології, а у 1937 р. Рок та Барлетт запропонували визначати стадію оваріального циклу шляхом біопсії ендометрія. За допомогою цього методу Нетер наочно продемонстрував корелятивні зміни ендометрія відповідно до оваріального циклу. У 1923 р. Аллен і Дойзі продемонстрували вплив екстракту фолікулярної рідини на морфологічні зміни слизової оболонки піхви у самок мишей, а у 1927 р. Корнер і Аллен виділили прогестерон. Вони ж у 1929 р. чітко вказали на місце продукції естрогенів (Граафів фолікул) і прогестерону (жовте тіло). Паралельно з теоретичними розробками виконувалися і роботи практичної спрямованості, серед яких однією з найважливіших слід вважати статтю гінекологів із м. Чикаго Ірвінга Штейна і Майкла Левенталя «Аменорея, пов'язана з двосторонніми полікістозними яєчниками». Згідно з першоджерелом синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – це «нерегулярність місячних, включаючи аменорею, безпліддя, гірсутизм, декілька уповільнених розвиток молочних залоз і ожиріння». За даними авторів, клиноподібна резекція покращувала стан хворих і приводила до відновлення нормального менструального циклу. СПКЯ усе частіше зустрічається у сучасній популяції жінок і призводить до значних коротко- і довготривалих наслідків.

Серед них: гіперандрогенія, інсулінорезистентність, порушення карбогідратного обміну, ожиріння, хронічне запалення, ендотеліальна дисфункція, дисліпідемія і АГ. Вказані патологічні процеси можуть впливати на організм матері та плода протягом вагітності. Найчастіше зустрічаються порушення овуляції на тлі яєчничкової гіперандрогенії. Метаболічні порушення, що дозволяють порівнювати СПКЯ з «діабетом бородатих жінок», присутні лише у деяких хворих.

Завдяки відкриттю С. Ашгейма і Б. Цондека у 1927 р. людського хоріонічного гонадотропіну (показано, що сеча вагітних містить цей гормон у великій кількості) стало можливим проведення біологічного тесту на вагітність, який колись широко застосовували в акушерських клініках. Автори були удостоєні Нобелівської премії разом з іншим дослідником П. Е. Смітом, який описав фолікулостимулюючий (ФСГ) і лютеїнізуючий (ЛГ) гормони. Новою віхою у вивченні функціональних властивостей яєчників стали дослідження, проведені шведським вченим Бентом Фальком. У 1959 р. Бент Фальк виступив із доповіддю «Використання мікротрансплантатів для визначення місця продукції естрогенів у яєчниках щурів» на медичному факультеті університету м. Лунд, у якому переконливо довів, що секреція естрогенів відбувається лише у трансплантатах, що містять клітини тека інтерна й інтерстиціальні клітини разом із клітинами гранульози або жовтого тіла (так звана «двоклітинна теорія»). Результатом цього стало створення під керівництвом біолога з Массачусетського університету Грегори Пінкус першого у світі орального контрацептиву, який під назвою «Еновід» був у 1960 р. рекомендований до застосування в США.

У подальшому увагу вчених було сконцентровано на вивченні центральних механізмів регуляції репродуктивної функції. Після відкриття ФСГ і ЛГ пріоритетними стали дослідження регулюючої функції кори головного мозку, гіпоталамуса і гіпофіза. Їх детальне вивчення дало значні результати – групи К. Гемзела і Г. Беттендорфа повідомили про перші успішні випадки індукції овуляції з подальшим настанням вагітності у жінок із гіпогонадотропною ановуляцією за допомогою людського гіпофізарного гонадотропіну, а Б. Люненфельд зі спів-авторами описали клінічні ефекти постменопаузального гонадотропіну. Один із перших доказів існування нейрогормона, який регулює секреторну активність гонадотропоцитів аденогіпофіза, було надано незалежно один від одного групами Мак Канна (1960) і Харріса (1961). Вони встановили стимулюючий ефект екстракту медіальної еміненції на секрецію ЛГ. У 1971 р. в лабораторії А. Шаллі був ідентифікований декапептид – рилізінг-фактор ЛГ. Це видатне відкриття послужило основою для введення принципу «up and down regulating» («стимулююча і пригнічуюча регуляція», *англ.*), який знайшов застосування в лікуванні ендометріозу, клімактеричного синдрому, ендокринної безплідності.

Ідеї про наявність нейрогуморальних зв'язків у організмі вперше були висловлені В. Шервінським. Автор повідомив про наявність регулюючого взаємного впливу нервової системи на залози внутрішньої секреції, а останніх – на тонус нервової системи. М. Блюлер (1954) ввів поняття про неспецифічний ендокринний психосиндром. Регуляторні впливи центральної нервової системи значною мірою здійснюються через адренергічні механізми, що було визначено в працях Кеннона (1929), Л. Орбелі (1935), Сельє (1972).

РОЗДІЛ 2. Метаболізм яєчникових гормонів

Необхідно більш детально розібрати ключові моменти синтезу яєчникових гормонів. Згідно з «двоклітинною теорією» основними гормонально-активними елементами фолікула як ендокринного органа є клітини гранульози та внутрішньої теки (рис. 1). Під впливом ФСГ відбувається синтез E₂ з А (андрогенною речовиною, що синтезується у надниркових залозах). У цьому процесі беруть участь ферменти – ароматази. ЛГ стимулює утворення Т у клітинах внутрішньої теки. Таким чином, у жінок зі СПКЯ має місце збільшена продукція андрогенів внаслідок підвищеної активності текальних елементів. Відомо, що гіперандрогенемія є причиною надмірного розвитку жирової тканини. Це призводить до зростання рівня продукції інсуліну та подальшої інсулінорезистентності. Інсулін, у свою чергу, має подібний до ЛГ вплив на яєчники та підвищує продукцію Т. Окрім цього, гіперінсулінемія може сприяти зниженню зв'язування андрогенів білком, що зв'язує статеві стероїди. Це обумовлює значне піднесення реалізації біологічного ефекту Т. Тому зрозуміло, що у пацієток зі СПКЯ створюються передумови для розвитку метаболічного синдрому (МС) і АГ.

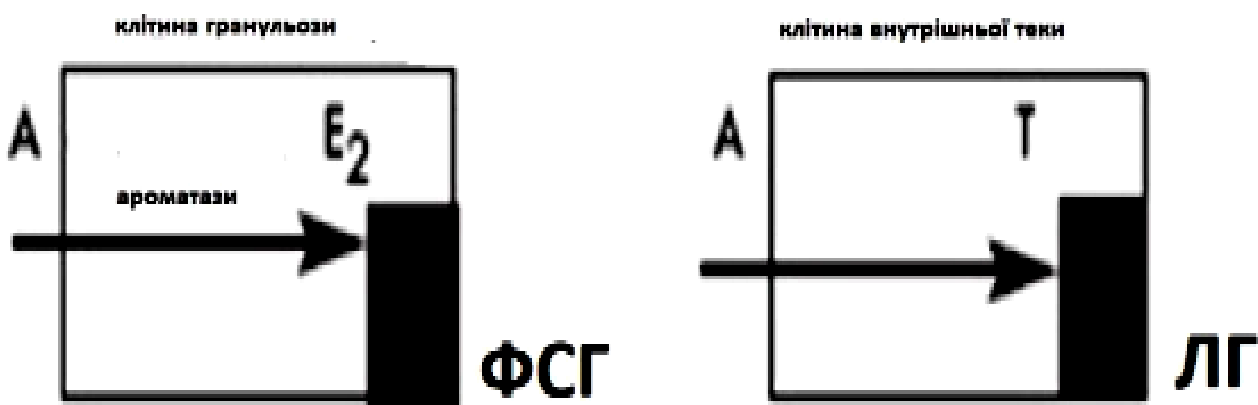


Рис. 1. «Двоклітинна теорія» яєчникового стероїдогенезу

Одним із механізмів гіперандрогенемії у жінок зі СПКЯ є порушення дозрівання фолікула. При цьому фолікули не досягають рівня преовуляторного. Це пов'язано з низькою концентрацією ФСГ, що не зростає до необхідного порогового рівня для активації ароматаз та синтезу естрогенів. У результаті

переважає активність фракції андрогенів. Також відомо, що антимюллерів гормон (АМГ) знижує чутливість клітин гранульози до ФСГ. АМГ є глікопротеїном і належить до трансформуючого фактора росту- β . У пацієток зі СПКЯ концентрація АМГ утритчі перевищує показники здорових жінок. У деяких дослідженнях було доведено, що ожиріння, інсулінорезистентність і гіперандрогенемія відіграють значну роль у підвищенні АМГ.

На думку Р. Азіза, історія СПКЯ налічує біля 40 тис. років. Саме тоді у палеоліті суворі умови життя людей спонукали до пригнічення фертильності та накопичення жирових запасів. Хвиля міграції первісних людей із Африки до Європи призвела до потреби виживання в умовах суворої зими та дефіциту харчів. Запасанню додаткових енергетичних резервів сприяло підвищення рівня інсуліну та надмірний розвиток жирової тканини. Зниження фертильності також підвищувало шанси на виживання тодішніх жінок. Тому СПКЯ сприяло збереженню людства і є ендокринопатією вцілілих нащадків інсулінорезистентних пращурів.

РОЗДІЛ 3. Гормональна контрацепція

Гормональна контрацепція є безумовним лідером за популярністю в останні кілька десятиліть. До гормональних засобів контрацепції відносять: комбіновані оральні естроген-гестагенні таблетки (моно- та трифазні), суто гестагенні міні-пілі, ін'єкційні контрацептиви (депо медроксипрогестерону ацетат), імплантати. Монофазні комбіновані оральні контрацептиви застосовуються за циклічною схемою з 5-го дня менструального циклу протягом 21 дня з наступною семиденною перервою. Термін використання – відповідно до бажання пацієнтки.

Позитивним ефектом тривалого призначення є профілактика раку яєчників та гіперпластичних процесів ендометрія, зменшення обсягу менструальних крововтрат, профілактика постменопаузального остеопорозу. Особливо важливим є зниження ризику захворювання на рак яєчників у 2–2,5 рази, якщо використання оральних контрацептивів за часом більше 1 року. Цей факт можна пояснити тим, що організм жінки генетично запрограмований лише на кілька «холостих» овуляцій. Тому численні овуляції сприяють метаплазії заздалегідь покривного епітелію яєчників у ділянці фолікула, що овулював [4].

Трифазні оральні контрацептиви мають лікувальний характер деяких фонових патологічних станів шийки матки. Обмеженнями до застосування комбінованих оральних таблеток є куріння понад 10 цигарок на добу, гіпертонічна хвороба II–III ступеня, судинні захворювання, вади серця, рак будь-якої локалізації, захворювання печінки, головний біль із вираженою локальною симптоматикою.

Для розуміння відмінностей медичних ефектів комбінованих оральних контрацептивів із постійним і послідовно змінним вмістом гормональних компонентів

необхідно сконцентрувати увагу на їх складових. Як естрогенний компонент, який повинен забезпечувати контроль циклу, використовуються етинілестрадіол і, дуже рідко, местранол (останній в організмі пацієнтки частково трансформується в етинілестрадіол). На ринку препаратів існують таблетки з різним вмістом естрогенів: 30–35 та 20 мкг. Також є контрацептив з естрадіолу валератом.

Синтетичні естрогени погано зв'язуються з білковими транспортними системами плазми крові, тому після їх призначення можливе підвищення рівня вільної фракції естрадіолу. У зв'язку з цим біологічні ефекти синтетичних естрогенів, порівняно з натуральними, значно нижчі.

Їх негативний вплив пов'язаний, загалом, із підвищенням коагуляційного потенціалу крові через негативний вплив на ендотелій судин. Естрогени можуть посилювати у деяких пацієнток пігментацію шкіри, створювати незручності при носінні контактних лінз (розвиток кератиту). Їх слід обережно застосовувати при варикозному розширенні вен, хронічних захворюваннях гепатобіліарної системи.

Природно, що зусилля фармацевтів і лікарів спрямовані на зниження дози естрогенного компонента, що вводиться в організм жінки. Однак у монофазних таблетках це пов'язано зі збільшенням частоти міжменструальних кровомазань та проривних кровотеч. Із метою їх усунення часто доводиться переходити на прийом двох низькодозованих таблеток на добу або призначати високодозований препарат.

Трифазні препарати сумарно містять меншу кількість естрогенів, ніж монофазні. При цьому трифазні пілі не повністю пригнічують фолікулогенез, а їх контрацептивний ефект здебільшого пов'язаний із блоком преовуляторного піку лютеїнізуючого гормону.

Із цих позицій трифазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) не можна призначати при ендометріозі, фіброміомі матки, полікістозі яєчників, оскільки вони можуть сприяти загостренню процесу. На фоні застосування трифазних таблеток не відзначається залізистої регресії ендометрія, що не дозволяє їх використовувати як лікувальний засіб при гіперпластичних процесах ендометрія. Проте проліферативний ефект трифазних пілок сприяє загоєнню істинних та псевдоерозій шийки матки, про що вже згадувалося вище.

Імунокомпетентні клітини мають на своїй поверхні рецептори до стероїдних гормонів, лейкотрієнів та ендорфінів. Цей факт відображає гормональну регуляцію системи імунітету. Тому екзогенне введення статевих стероїдів у складі оральних контрацептивів призводить до імунодепресії. З огляду на застосування комбінованих естроген-гестагенних таблеток збільшується частота вагінального кандидозу, що пов'язано з порушенням механізмів місцевого захисту слизової піхви [1].

Прогестагенний компонент комбінованих оральних контрацептивів представлений трьома поколіннями похідних 19-нортестостерону:

I – норетинодрон;

II – норетистерон, етинодіол діацетат, лінестренол, левоноргестрел, норгестрел;

III – дезогестрел, гестоден, норгестимат.

Також застосовують антиандрогенне похідне 17- α -гідроксипрогестерону – ципротерону ацетат. Його ефект пов'язаний із підвищенням рівня ароматазних ферментних систем у клітинах гранульози.

На сьогодні розроблено та впроваджено в практику два нових гестагенних компоненти комбінованих оральних контрацептивів: дієногест і дроспіренон.

Слід зазначити також появу на зарубіжному ринку препаратів, що містять комбінацію з 15 мкг етинілестрадіолу та 60 мкг гестодену. Загалом для всіх похідних 19-нортестостерону характерний стимулюючий вплив на ліпопротеїн-ліпазу печінки, пригнічення синтезу ліпопротеїдів високої щільності, що підвищує індекс атерогенності та активує систему ренін-ангіотензин. Ці препарати недоцільно призначати пацієнткам із гіпертонічною хворобою, гірсутизмом та порушеннями ліпідного обміну. Однак необхідно підкреслити можливість підвищення лібідо, покращення настрою, апетиту та «життєвого тону» у разі їх використання. Проте прогестеронова активність левоноргестрелу та норгестрелу в 10 разів вища, ніж у норетинодрону та етинодіолу діацетату. Ці властивості ще більш виражені у дезогестрелу, гестодену та норгестимату. Також знижено андрогенний вплив гестагенів III покоління. Дезогестрел в організмі жінки транспортується стероїдзв'язуючим глобуліном, витісняючи з цієї транспортної системи тестостерон, що пояснює легкі антиандрогенні властивості препаратів із дезогестрелом. Крім цього, дезогестрел є натуральним продуктом, що отримується на основі витяжки з кактусу. Прогестагени III покоління практично не порушують метаболізм ліпідів, не впливають на масу тіла та не підвищують ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Ципротерону ацетат застосовують із метою лікування юнацьких вугрів, себореї, гіпертрихозу, яєчникової гіперандрогенії, гіперпластичних процесів ендометрія для поліпшення стану шкірних покривів (перед косметичними операціями). З гестагенним компонентом пов'язують появу депресивних станів, що обумовлено порушенням обміну глутамінової кислоти. Це ускладнення усувається прийманням вітаміну B6. Похідні нортестотерону, за винятком дієногесту, містять етинілову групу, що інгібує ферменти, пов'язані з цитохромом P450 (монооксигеназу та редуктазу печінки). Пригнічення цих ферментів уповільнює інактивацію гормонів, тим самим збільшуючи їх активність. Тому доза придушення овуляції ципротерону ацетату та дієногесту значно вища, ніж у норстероїдів.

Отже, комбіновані оральні контрацептиви з високою дозою естрогенів та гестагенами I покоління недоцільно використовувати для профілактики небажаної вагітності. Раніше їх застосовували з метою лікування низки гінекологічних захворювань, коли необхідно заблокувати власні стероїдопродукуючі системи пацієнтки. Слід зазначити, що через антагонізм естрогенів і пролактину комбіновані препарати не призначають у період лактації.

Чисто прогестинові контрацептиви (ЧПК) ідеально підходять для матерів-годувальниць, оскільки їх можна застосовувати вже через 6 тиж після пологів, а також відразу після абортів.

Їх призначають у безперервному режимі по 1 табл на добу. Однак контрацептивна ефективність їх нижча, ніж у комбінованих таблеток.

Контроль менструального циклу гірший, тому найчастіше зустрічаються міжменструальні кровотечі. Міні-пілі можуть застосовувати пацієнтки з ризиком розвитку естрогензалежних ускладнень, пов'язаних із порушеннями кровообігу та гіперкоагуляцією, а також «злісні курці». Індивідуальний підбір оптимального гормонального контрацептивного засобу є досить складним завданням, що потребує врахування стану здоров'я пацієнтки, її контрацептивних переваг та прийнятності препарату у процесі використання. Близькими за своїми ефектами до суто гестагенних таблеток є ін'єкційні контрацептиви та імпланти.

Їх позитивні ефекти – можливість тривалого конфіденційного використання та висока контрацептивна ефективність. Побічні явища (тривалі мажучі виділення, проривні кровотечі та аменорея) пов'язані з неможливістю дозованого вивільнення препарату з депо та потужним антипроліферативним впливом на ендометрій. При цьому імпланти ще й надзвичайно дорогі, а процедура їх введення та видалення є болісною і може супроводжуватись інфекційними ускладненнями.

Нещодавно було проведено порівняльне дослідження частоти використання контрацептивів, пологів і абортів у молодих мешканок Північної Європи. Вік жінок, які взяли участь у роботі, склав 15–19 років. Найвищу частоту застосування гормональних контрацептивів було відмічено в Данії (51 %), Швеції (39 %) і Норвегії (37 %). В усіх цих країнах найчастіше використовували КОК.

Також відмічено поступове зростання популярності засобів для довготривалого контролю фертильності (імпланти, внутрішньоматкова система з левоноргестрелом) в осіб, старших за 18 років.

Отже, найчастіше за все жінки використовують КОК. Естрогени в їх складі знаходяться для контролю менструального циклу, а прогестини забезпечують ановуляторний ефект. У найбільшій кількості препаратів як естрогенний компонент використовують етинілестрадіол. Прогестиновий компонент може бути представлений похідниками прогестерону, тестостерону, а також речовиною гібридного

походження. Окрім КОК, для контролю фертильності використовують пластирі, що трансдермально вивільнюють естрогени та прогестини. Також можливо використання вагінального кільця, яке також містить комбінацію гормонів. Серед переваг цього методу – надійний контроль маси тіла. Внутрішньоматкова система, що містить левоноргестрел, також є дуже популярним методом профілактики небажаної вагітності. Менш поширеним є використання гормональних підшкірних імплантатів. Можливо застосування міні-пілей, які містять лише прогестини, або раз на три місяці ін'єкцій депо прогестинів.

В одному з досліджень було встановлено, що більшість пацієнток (52 %), які вживають контрацептиви, дуже задоволені результатами їх використання. Серед засобів для довготривалого контролю народжуваності на першому місці за позитивними оцінками жінок знаходилася внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (72 %), а на другому – КОК (53 %).

Найкращий контроль менструального циклу забезпечують КОК. Завдяки їх тривалому використанню значно знижується ризик раку яєчників. Вони можуть зменшувати менструальний біль і обсяг менструальної крововтрати. Проте деякі з них призводять до мастодинії, головного болю та нудоти. Також відомо підвищення ризику тромбозів внаслідок застосування КОК.

З лікувальною метою КОК призначають при альгодисменореї, ендометріозі, аменореї на тлі значного схуднення, стресу або фізичних навантажень, передменструальному синдромі, аномальних маткових кровотечах, синдромі полікістозних яєчників і гірсутизмі [1, 10].

Венозні тромбоемболії та артеріальні тромбози є найбільш серйозними побічними ефектами використання КОК. У невагітних жінок венозні тромбоемболії виникають із частотою 4–5 на 10 тис., у пацієнток, які вживають КОК – 9–10 на 10 тис., а при нормальній вагітності – приблизно 30 на 10 тис. Зниження дози естрогенного компонента КОК сприяє профілактиці інфаркту міокарда та ішемічного інсульту. Рішення про застосування КОК і вибір комбінації діючих речовин має бути індивідуалізованим і заснованим на відомих факторах ризику, віку пацієнтки та її ставлення до паління [2]. Застосування комбінованих препаратів, що містять естрадіол, призводить лише до незначного підвищення ризику, можливо, через застосування комбінованих оральних контрацептивів, що містять ципротерон, тоді як застосування контрацептивів, що містять тільки прогестин, не пов'язане з венозною тромбоемболією.

Цікаво, що ризик судинних ускладнень при використанні КОК збільшується відповідно до дози естрогенного компонента. Проте КОК із 30 або 20 мкг етинілестрадіолу не відрізняються за ризиком венозних тромбоемболій. При цьому КОК із левоноргестрелом, гестоденом, дезогестрелом, дроспіреноном

і ципротерону ацетатом мають вищий ризик венозних ускладнень порівняно з препаратами з дієногестом [2]. Призначення КОК є протипоказаним жінкам із вродженою тромбофілією, а також за наявності артеріальних або венозних тромбозів у членів сім'ї у віці до 50 років, пацієнткам із мігренозними нападами. Препарати, які містять лише прогестин, не підвищують ризик судинних ускладнень, за винятком медроксипрогестерону ацетату. Тому за наявності обтяжених даних із боку можливих судинних ускладнень слід призначати контрацептиви з єдиним вмістом прогестину для перорального, трансдермального або внутрішньоматкового застосування. Встановлено, що використання внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом не призводить до зростання ризику венозних тромбоемболій навіть у жінок із тромбофілією або тромбоемболією в анамнезі. На фармацевтичному ринку є системи, які містять 52, 13,5 і 19,5 мг левоноргестрелу.

У разі, коли використання КОК може супроводжуватися підвищеним ризиком ускладнень, слід віддавати пріоритет іншим методам лікування. Наприклад, КОК із 35 мкг етинілестрадіолу і 2 мг ципротерону ацетату слід призначати лише у разі невдалого застосування засобів для місцевого лікування *acne vulgaris* і системного вживання антибіотиків.

Передменструальний синдром (ПМС) і передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР) характеризуються фізичними та психологічними симптомами, які виникають під час лютеїнової фази менструального циклу та зникають разом із менструацією. Для встановлення остаточного діагнозу проспективно зареєстровані пацієнтом симптоми повинні мати циклічний характер, а також слід виключити інші психологічні патології та дисфункцію щитоподібної залози, які можуть проявлятися подібними симптомами. Обидва захворювання вражають мільйони жінок репродуктивного віку, оскільки поширеність ПМС становить 10–98 %, а ПМДР – 2–8 %. Статеві стероїди та нейротрансмітери відіграють центральну роль в етіології. Роль вітамінів і мінералів в етіології та лікуванні ПМС і ПМДР є предметом дискусій. Для лікування використовуються препарати, які пригнічують вироблення статевих стероїдів яєчниками, наприклад, комбіновані оральні контрацептиви або селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, які посилюють центральну доставку серотоніну. Зміна способу життя та регулярні фізичні вправи також мають сприятливий ефект у легких випадках. У деяких випадках можливе застосування трициклічних антидепресантів і аналогів гонадотропін-релізінг гормону.

Тяжка форма ПМС зустрічається у 7 % жінок репродуктивного віку. Відомо, що дисфорія може бути пов'язана з дією деяких прогестинів. КОК, що містить 20 мкг етинілестрадіолу і 3 мг дроспіренону, продемонстрував найкращу ефективність у лікуванні цього захворювання [10].

Дроспіренон має антианδροгенні властивості та запобігає затримці рідини. Тому не підвищує масу тіла жінок і може використовуватися для профілактики артеріальної гіпертензії. На сьогодні розроблено міні-пілі з дроспіреноном, які продемонстрували кращий контроль менструального циклу порівняно з препаратом з дезогестрелом.

За останні роки значно знизилася використання препаратів ципротерону ацетату, а частота застосування КОК із дроспіреноном значно зросла.

Ефективність цих прогестинів для лікування гірсутизму визнана однаковою. При цьому інший відомий прогестин – дієногест не продемонстрував жодного ефекту у лікуванні гіпертрихозу. Проте КОК з естрадіолу валератом і дієногестом є препаратом вибору в жінок з ожирінням та інсулінорезистентністю. Також вказаний КОК – єдиний, що має перспективи використання в жінок із мігренозними нападами. Доведено, що дієногест значно знижує симптоми дисменореї у вказаній категорії жінок.

Була доведена значна комплаєнтність КОК з естрадіолу валератом і дієногестом. Єдиною скаргою жінок, які використовували цей КОК, були нерегулярні кров'яні виділення. Тому лікарі повинні інформувати пацієнток про ці проблеми заздалегідь.

При цьому відомі позитивні результати застосування КОК з естрадіолу валератом і дієногестом для лікування менорагії у мешканок Азії. У дослідженні відмічено двократне зниження обсягу менструальної крововтрати.

Дієногест вже давно відомий як засіб лікування ендометріозу завдяки антипроліферативним властивостям. Його тривале використання значно покращує якість життя, знижує больову симптоматику навіть у жінок із ректосигмоїдним ендометріозом.

Типові розлади у жінок в умовах війни: порушення менструального циклу, передменструальні дисфоричні розлади, аномальні маткові кровотечі, гіперпролактинемія, патологічна менопауза, недостатній вміст полівітамінів і мікроелементів, знижений репродуктивний потенціал в умовах воєнного стресу набуває особливої актуальності та потребує підвищеної уваги фахівців. Наразі все жіноче населення України перебуває під впливом хронічного стресу, що призводить до порушень у нервовій, ендокринній та репродуктивній системах. Патогенетичні механізми розвитку ПМС тісно пов'язані з нейроендокринною відповіддю на стрес і дисбалансом стероїдних гормонів, що зумовлює необхідність застосування комплексного підходу до терапії. Своєчасна діагностика та адекватна терапія ПМС набувають особливого значення для збереження репродуктивного здоров'я та якості життя жінок в умовах війни.

Існуючі дані демонструють суттєвий вплив стресових факторів воєнного часу на перебіг гіперпроліферативних захворювань ендометрія й обґрунтовують необхідність комплексного підходу до їх діагностики та лікування. Отримані результати свідчать про важливість урахування психоемоційного стану пацієнток та особливостей місцевого запального процесу при виборі терапевтичної тактики. Подальші дослідження в цьому напрямку сприятимуть удосконаленню методів лікування даної категорії пацієнток в умовах воєнного часу.

РОЗДІЛ 4. Сім'я – головний осередок суспільства

В умовах сьогодення, зокрема соціально-економічних і політичних викликів, важливість створення родини займає пріоритетне місце. Молодь усе частіше усвідомлено ставиться до продовження роду та народження дітей, що, зі свого боку, сприятиме створенню стабільного й комфортного родинного середовища. Планування сім'ї є гарантією відповідального та свідомого суспільства.

Сім'я – головний осередок суспільства, у межах якого формується та розвивається особистість, закладаються моральні орієнтири, система цінностей, відповідальність за свої дії та вчинки. Концепція планування сім'ї виходить за межі традиційного «продовження роду», адже включає також і поняття здорового населення, подолання демографічних проблем, можливості виховання та повноцінного розвитку майбутніх поколінь, задоволеність особистісних потреб і бажань, фінансову й психологічну готовність тощо.

Проблема планування сім'ї має стійкий науковий інтерес в історії досліджень. Протягом останніх століть вона розглядалась з аспектів медицини, соціології, психології, демографії, права і освіти. Водночас із технологічним прогресом, безперервним розвитком людства й медицини, переосмисленням життєвих цілей і цінностей відбувається оновлення сутності й напрямів досліджень українських і закордонних учених [4].

Планування сім'ї на різних етапах, зокрема й різноманітні контрацептиви, вивчалася такими сучасними науковцями як А. Бойко, В. Бойко, Н. Калашник, А. Ковтун, І. Нікітіна, С. Сміян. У контексті соціалізації підготовка до батьківства була об'єктом наукового пошуку В. Астахова й О. Бацилева. Проте важливо розуміти, що під час планування сім'ї ключову роль відіграють методи контрацепції, які допомагають контролювати та попереджати небажану вагітність, дотримуватися термінів для покращення індивідуальних показників здоров'я партнерів тощо. І з появою нових способів статевого захисту активізується потреба в новому науковому обґрунтуванні шляхів вирішення проблеми ефективного та дієвого шляху створення сім'ї.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поняття «планування сім'ї» відображає види діяльності, що мають на меті допомогти окремим особам або подружнім парам досягти певних результатів у статевому житті. До таких результатів можна віднести:

- уникнення небажаної вагітності;
- регулювання інтервалів між вагітностями;
- контроль часу народження дітей та їх кількість;
- народження бажаних дітей.

Головною метою служби планування сім'ї є збереження репродуктивного здоров'я населення, що передбачає насамперед:

- попередження штучних абортів;
- захворювання, що передаються статевим шляхом;
- онкологічні захворювання органів репродуктивної системи.

Принципами роботи служби залишаються такі:

- усвідомленість та бажання батьків;
- якісний контроль здоров'я жінки між пологами;
- неприпустимість абортів.

Саме штучне переривання вагітності є вагомою проблемою у дотриманні засад компетентного ставлення до планування сім'ї.

Аборт несе за собою цілий спектр ускладнень і проблем. До найбільш поширених наслідків науковці й лікарі виокремлюють [3, 6]:

- запальні захворювання матки та придатків;
- кровотечі;
- травматичні ускладнення;
- безпліддя;
- позаматкову вагітність;
- порушення менструального циклу тощо.

Наукові дослідження засвідчують, що штучний аборт призводить до зростання частоти невиношуваної вагітності (особливо у другому триместрі – у 8–10 разів), підвищення рівня перинатальної захворюваності та смертності (у 2–3 рази), акушерських ускладнень під час вагітності, пологів й у післяпологовий період [6].

У контексті збереження репродуктивного здоров'я важливу роль відіграє ефективне використання контрацептивних засобів.

Контрацепція – це про захист від небажаної вагітності, про збереження здоров'я, про шлях народження здорової дитини (під належним контролем лікарів).

Вибір методу контрацепції має ґрунтуватися на низці критеріїв, зокрема на:

- відповідності способу життя;
- урахуванні думки партнера;

- безпечності для організму;
- високій ефективності;
- забезпеченні повної інформаційної обізнаності щодо використання, попереджень та наслідків.

Сучасна медицина представляє можливість індивідуального підходу до підбору контрацептивних засобів відповідно до медичних, психологічних і навіть соціальних показань людини. Р. Кларк (R. Clark) дійшов висновку щодо доцільності поділу на чотири **категорії користувачів контрацепції**, а саме:

I категорія – особи, стан яких дозволяє користуватися методом контрацепції без обмежень за будь-яких обставин;

II категорія – користувачі, в яких переваги методу перевищують теоретичний та підтверджений ризик його використання, і відповідно потребують обов'язкового подальшого спостереження лікарем;

III категорія – користувачі, яким метод, як правило, не рекомендується, оскільки ризик його використання зазвичай перевищує перевагу;

IV категорія – особи, яким через високий ризик розладу індивідуального здоров'я протипоказано використання методу контрацепції [5].

Залежно від механізму дії та ступеня надійності **методи контрацепції** поділяються на три основні групи:

1. Традиційні (бар'єрні, хімічні, біологічні, перервані статеві зносини).
2. Сучасні (гормональна, внутрішньоматкова).
3. Необоротна – хірургічна стерилізація (перев'язка маткових труб).

Вибір того чи іншого засобу контрацепції має ґрунтуватися на об'єктивних критеріях, серед яких провідним є ефективність (надійність), що вимірюється індексом Перля. Насамперед він показує відсоток невдач використання контрацептивів протягом року. Індекс відображає кількість вагітностей серед 1 000 жінок, які користувалися певним методом протягом року. Завдяки цьому можна визначити ступінь ефективності обраного засобу захисту:

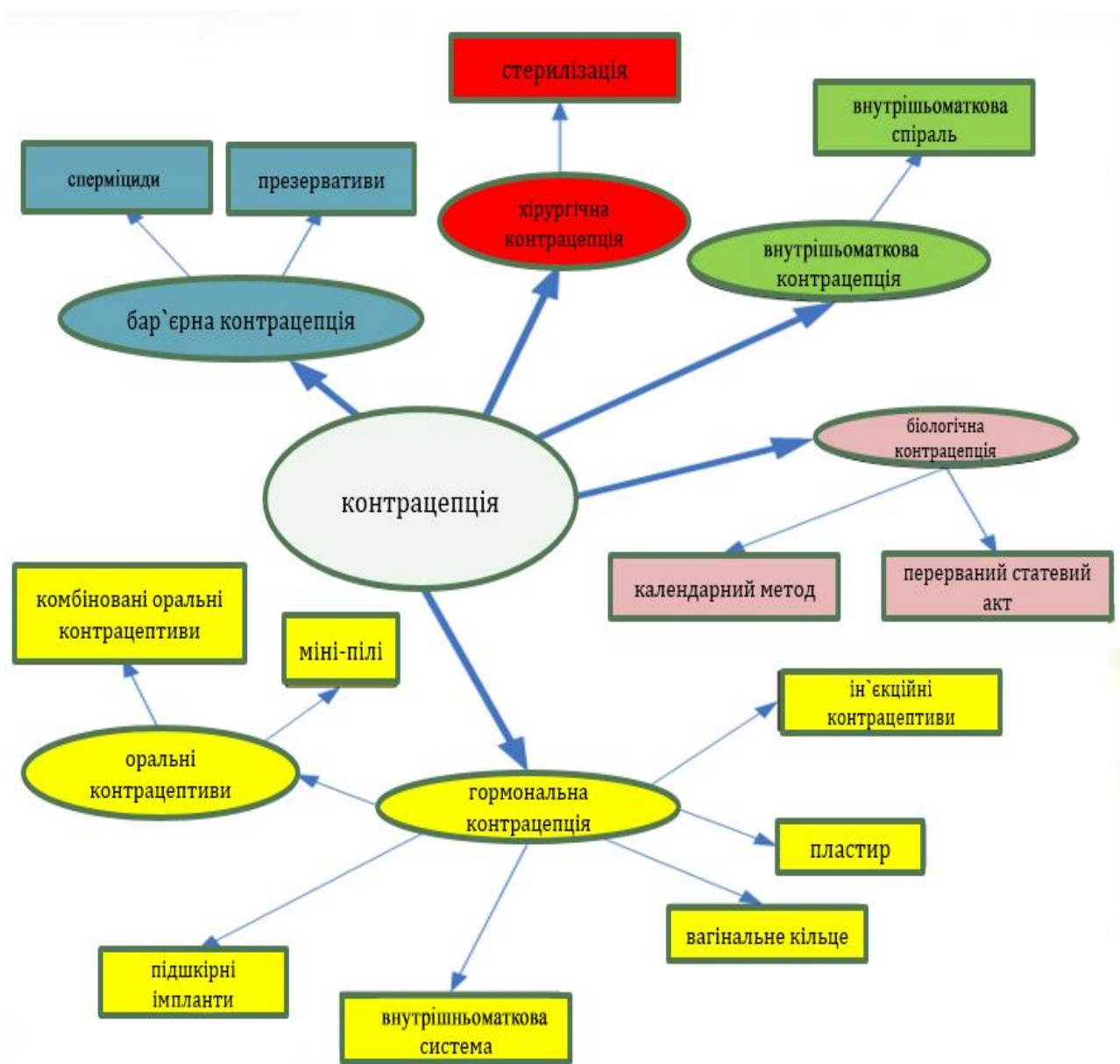
– низькоефективний (90–250 вагітностей на 1 000 жінок/рік) – календарний, температурні методи, перерваний статевий акт;

– середньоефективний (30–140 вагітностей на 1 000 жінок/рік) – презервативи, вагінальні свічки й таблетки тощо;

– високоефективний (2–8 вагітностей на 1 000 жінок/рік) – внутрішньоматкові спіралі та протизаплідні таблетки.

Планування сім'ї має ґрунтуватися не лише на доступності засобів, а й на науково обґрунтованому виборі методу. Майбутні батьки повинні враховувати методичні показання, професійну думку медичного фахівця, власну обізнаність, можливі ризики.

Класифікація методів контрацепції



Біологічні методи контрацепції, контролю фертильності є способом планування або запобігання вагітності за допомогою визначення фертильних днів менструального циклу, у період яких жінка покладається на періодичну абстиненцію або інші методи запобігання вагітності.

Нині застосовують такі методи *контролю фертильності*: календарний, або ритмічний, температурний метод, метод цервікального слизу.

Календарний (ритмічний) метод полягає у вирахованні ймовірної дати овуляції та утриманні від статевих контактів у фертильну фазу. Фертильна фаза – це фаза овуляції, тобто той час, коли жінка має найбільший шанс завагітніти. Для його застосування жінка веде щоденник менструального циклу протягом щонайменше 6 міс. Встановлюється найкоротший і найдовший цикли. Вираховується інтервал фертильності (від тривалості найкоротшого циклу віднімається 18 – це початок фертильної фази; від найдовшого циклу віднімається 11 – це її кінець).

Розглянемо конкретний приклад. Короткий цикл – 28, довгий – 30 днів. Початок фертильної фази: $28 - 18 = 10$ -й день циклу, кінець: $30 - 11 = 19$ -й день циклу. Тобто з 10-го по 19-й день може статися запліднення і в ці дні необхідно використовувати бар'єрні методи контрацепції або утримуватись від статевих контактів. Недоліком методу є його низька ефективність за умови нерегулярного циклу. Відповідно до індексу Перля ефективність календарного методу становить 44–47 вагітностей на 100 жінок/рік.

Температурний метод ґрунтується на визначенні часу підвищення базальної температури тіла шляхом її щоденного вимірювання. Фертильним вважається період від початку менструального циклу доти, доки її базальна температура буде підвищена протягом трьох послідовних днів. Ефективність коливається в межах 0,3–6,6 вагітностей на 100 жінок/рік.

Цервікальний – це метод визначення фертильної фази щодо змін характеру слизу шийки. Розрізняють декілька фаз циклічної системи:

1. «Сухі» дні. Слизу зовсім немає або дуже мало, піхва суха. Статеві контакти вважаються відносно безпечними.

2. «Фертильні» дні. Цервікальний слиз стає схожим на густий крем. Може бути каламутного, білого або жовтуватого кольору. Піхва волога. Необхідно або утримуватись від статевого акту, або використовувати бар'єрні методи контрацепції.

3. «Небезпечні» дні. Слиз стає прозорим, дуже тягучим, схожим на яєчний білок. Піхва дуже волога. У ці дні обов'язково використовувати бар'єрні методи контрацепції або взагалі відмовитись від статевого життя.

Біологічні методи мають низьку ефективність порівняно з іншими сучасними засобами контрацепції та вимагають від партнерів високої відповідальності, самодисципліни, взаємної довіри й підтримки. За умови правильного застосування вони можуть бути корисними для пар, які з етичних, релігійних або особистих міркувань відмовляються від запропонованих інноваційних способів.

Бар'єрна контрацепція – це метод протизаплідного захисту, що спирається на створення механічної чи хімічної перешкоди, тобто бар'єра, який не дозволяє сперматозоїдам зустрітись з яйцеклітиною. Такі засоби запобігають не лише небажаній вагітності, а й зараженню венеричними захворюваннями.

Види бар'єрної контрацепції відповідно до перешкоджання попаданню сперми у піхву або шийку матки:

- механічним шляхом (презервативи, вагінальні діафрагми та ковпачки);
- хімічним шляхом (застосування сперміцидів);
- комбінованим – поєднання цих двох методів, наприклад, поєднання сперміцидів із діафрагмами, презервативами, ковпачками та ін.

За призначенням відповідно до статі розрізняють чоловічі (презервативи, що запобігають доступу сперми в піхву) та жіночі (діафрагми, ковпачки, сперміциди, що перешкоджають надходженню сперми з піхви в порожнину матки) контрацептиви.

Презерватив, що нагадує нинішню його конструкцію, уперше з'явився у Лондоні у XVIII ст. Його виготовляли з кишки вівці. Після винаходу каучуку, у другій половині XIX ст., в Європі з'являються песарії, гумові кондоми, цервікальні ковпачки. Протизаплідна ефективність презервативів коливається від 87 до 98 %. Якщо презерватив використовується правильно і для кожного статевих контакту, то при 100 статевих контактах протягом року дві жінки вагітніють.

Якщо при використанні допускаються помилки (наприклад, неправильне надягання), то ефективність становить 87 %. За умови застосування презервативу вагітніють від 4 до 15 жінок зі 100 протягом року.

Варто відзначити, що жіночих бар'єрних методів контрацепції значно більше, ніж чоловічих, до них належать: жіночі презервативи (кондоми); піхвові діафрагми; шийкові ковпачки; вагінальні контрацептивні губи. Окрім того, саме *жіночий презерватив* вважається сьогодні найкращим методом профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ. Такий презерватив є тонким поліуретановим мішком із м'якими кільцями на кожному кінці. Одне кільце, вкрите поліуретаном, одягається на шийку матки і слугує кріпленням. Інше, відкрите, кільце великих розмірів розташовується зовні від піхви та покриває частину промежини й статеві губи.

Піхвові діафрагми представлені м'якою, гумовою, плоскою чашечкою, яка легко вводиться в піхву та закриває шийку матки. Ефективність при правильному використанні може досягти 96–98 %, але зазвичай – 80 %. Сперміциди закладаються в чашку у бік шийки й вбивають або знерухомлюють сперматозоїди. Правильно поставлені діафрагми попереджають вагітність і надають захисну дію при деяких інфекційних захворюваннях, зокрема гонореї та хламідіозі, а також запальних процесах в малому тазі й дисплазії шийки матки.

Шийковий ковпачок є гумовим або силіконовим ковпаком, який одягається на шийку матки разом зі сперміцидним кремом або гелем. Ефективність при ідеальному використанні контрацепції досягає 91 %, звичайно ж не перевищує 84 % у жінок, які ніколи не народжували. Жінки, які вже мали пологи, можуть розраховувати на 74 % ефективності при правильному використанні та 68 % – при звичайному. Особливо неефективні шийкові ковпачки у перший рік після народження дитини та не захищають від інфекцій, які передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ.

Контрацептивний тампон – це губка, що введена у піхву, яка запобігає попаданню сперматозоїдів у порожнину матки і діє 24 год. Побічний ефект – подразнення та інфекції. Ефективність становить 85 %. Плюси використання, як і при діафрагмі, поєднує бар'єрний та хімічний захист, оскільки просочений сперміцидами, але користуватися ним набагато простіше, ніж ковпачком або діафрагмою. Мінуси – після статевого акту має залишатися всередині піхви ще на 2–3 год.

Бар'єрна контрацепція є більш ефективним варіантом захисту за умови правильного використання, що дозволяє уникнути небажаної вагітності й попередити інфікування.

Сперміциди – це хімічні засоби місцевої дії, які руйнують або знерухомлюють сперматозоїди в піхві, запобігаючи їх проникненню до порожнини матки. Вони використовуються як самостійний метод контрацепції або в поєднанні з механічними бар'єрними засобами. Окрім того, вони є основою хімічної контрацепції.

Сперміциди можна використовувати з презервативами, діафрагмою, шийковими ковпачками та самостійно. Сперміциди вводять у піхву за 10–15 хв до статевого акту. Для одного статевого акту достатньо запровадити препарат один раз.

Ефективність сперміцидів невисока, аналогічна бар'єрним методам, і набагато нижча, ніж використання гормональних та внутрішньоматкових засобів. При кожному наступному статевому акті вводять сперміцид додатково. При використанні сперміцидів разом із презервативами контрацептивний ефект значно підвищується.

Сперміциди випускаються у вигляді кремів, гелів, пінок, свічок, желе, паст, пігулок або супозиторіїв.

1956 р. є початком клінічного випробування першого гормонального контрацептиву. З того часу було розроблено та апробовано декілька типів гормональних засобів, що вирізняються складом, способом застосування та тривалістю дії. Можна виокремити такі гормональні контрацептиви: комбіновані оральні; гестагеновмісні; пролонговані ін'єкційні препарати; посткоїтальні препарати; підшкірні імпланти; вагінальні кільця, що виділяють гестагени; трансдермальні контрацептивні пластирі.

Комбіновані оральні контрацептиви – це гормональні препарати, що містять два основні компоненти (аналоги двох природних жіночих статевих гормонів, які виробляються яєчниками, естрогену та прогестерону). Вони пригнічують овуляцію (дозрівання та вихід яйцеклітини).

Механізми дії комбінованих оральних контрацептивів:

– сприяють згущенню слизу в шийці матки, роблячи його непрохідним для сперматозоїдів;

– змінюють слизову оболонку матки, унеможливаючи прикріплення до неї заплідненої яйцеклітини;

– зменшують рухову здатність сперматозоїдів у маткових трубах.

Поєднання всіх цих факторів робить комбіновані оральні контрацептиви найефективнішим методом запобігання небажаній вагітності.

КОК за дозуванням етинілестрадіолу можна поділити на високодозовані (50 мкг ЕЕ), середньодозовані (35–40 мкг ЕЕ), низькодозовані (30–35 мкг ЕЕ та менше) й мікродозовані (20 мкг ЕЕ та менше).

Мікродозовані протизаплідні таблетки:

1. Ярина – етинілестрадіол 30 мкг; дроспіренон 3 мг. Найновіший монофазний препарат останнього покоління. Має антиандрогенний ефект.

2. Ліндинет – етинілестрадіол 20 мкг; гестоден 75 мкг. Монофазний препарат останнього покоління з мінімальною кількістю ускладнень.

3. Новінет – етинілестрадіол 20 мкг; дезогестрел 150 мкг. Монофазний препарат останнього покоління.

4. Три-Мерсі – етинілестрадіол 30 мкг; дезогестрел 125 мкг. Трифазний препарат останнього покоління.

5. Логест – етинілестрадіол 30 мкг; дезогестрел 125 мкг. Монофазний препарат. Може спричинити порушення роботи печінки та ШКТ.

6. Мерсилон – етинілестрадіол 20 мкг; дезогестрел 150 мкг. Монофазний препарат.

Низькодозовані протизаплідні таблетки підходять для молодих жінок, які не народжували, ведуть регулярне статеве життя (один раз на тиждень або частіше), якщо мікродозовані препарати не блокували овуляцію. Мають незначні побічні явища.

1. Сілест – етинілестрадіол 30 мкг; норгестимат 250 мкг. Монофазний препарат. Має подвійний антиандрогенний ефект.

2. Міністон – етинілестрадіол 30 мкг; левоноргестрел 125 мкг. Монофазний препарат.

3. Марвелон – етинілестрадіол 30 мкг; дезогестрел 150 мкг. Монофазний препарат. Може спричинити порушення менструальної функції.

4. Мікрогінон – етинілестрадіол 30 мкг; левоноргестрел 150 мкг. Монофазний препарат.

5. Фемоден – етинілестрадіол 30 мкг; гестоден 75 мкг. Монофазний препарат.

6. Регулон – етинілестрадіол 30 мкг; дезогестрел 150 мкг. Монофазний препарат останнього покоління.

7. Ригевідон – етинілестрадіол 30 мкг; левоноргестрел 150 мкг. Монофазний препарат. Упаковка містить таблетки на три менструальні цикли.

8. Белара – етинілестрадіол 30 мкг; хлормадинону ацетат 2 мг. Монофазний препарат. Має антианδροгенний ефект.

9. Жанін – етинілестрадіол 30 мкг; дієногест 2 мг. Монофазний препарат. Має антианδροгенний ефект.

Середньодозовані протизаплідні таблетки – контрацепція для жінок, що народжували, або жінок у пізньому репродуктивному віці, які ведуть регулярне статеве життя (один раз на тиждень або частіше). Препарати надійно захищають від небажаної вагітності та регулюють менструальний цикл.

1. Діане-35 – етинілестрадіол 35 мкг; ципротерону ацетат 2 мг. Монофазний препарат з антиандрогенним ефектом.

2. Демулен – етинілестрадіол 35 мкг; етиндіолу діацетат 1 мг. Монофазний препарат.

3. Триквілар – етинілестрадіол 40 мкг; левоноргестрел 75 мкг. Трифазний препарат.

4. Тризистон – етинілестрадіол 40 мкг; левоноргестрел 75 мкг. Трифазний препарат.

5. Три-регол – етинілестрадіол 40 мкг; левоноргестрел 75 мкг. Трифазний препарат. Упаковка містить таблетки на три менструальні цикли.

6. Мілвані – етинілестрадіол 40 мкг; левоноргестрел 75 мкг. Трифазний препарат.

Високодозовані протизаплідні таблетки стануть у пригоді для жінок, які народжували, або жінок у пізньому репродуктивному віці, що ведуть регулярне статеве життя (один раз на тиждень або частіше), за умови, що низько- та середньодозовані препарати не блокували овуляцію.

1. Овідон – етинілестрадіол 50 мкг; левоноргестрел 250 мкг. Монофазний препарат.

2. Нон-Овлон – естрадіол 50 мкг; норетистерон ацетат 1 мг. Монофазний препарат.

Гестагенні протизаплідні таблетки – це контрацепція для жінок, що народжували, або жінок у пізньому репродуктивному віці, що ведуть регулярне статеве життя, у разі протипоказань до застосування комбінованих оральних контрацептивів (естрогенів). У цих препаратів менше побічних явищ і дещо менший ступінь надійності.

1. Екслютон – лінестренол 500 мкг. Монофазний препарат останнього покоління. Можна приймати під час лактації (годування груддю).

2. Чарозетта – дезогестрел 0,075 мг. Монофазний препарат. Для жінок, які не переносять естрогени, і матерів-годувальниць.

3. Норколут – норетистерон 500 мкг. Монофазний препарат.

4. Мікролют – левоноргестрел 300 мкг. Монофазний препарат.

5. Мікронор – норетистерон 350 мкг. Монофазний препарат.

Окрім того, існують й негативні ефекти комбінованих оральних контрацептивів, а саме:

- зниження контрацептивного ефекту (тобто настання вагітності) при неправильному прийманні таблеток;

- відсутність захисту від інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом).

Тому такі засоби захисту повинен призначати лікар з урахуванням усіх особливостей організму жінки.

Серед позитивних ефектів можемо виокремити такі:

1. Ефективна контрацепція (при правильному методі приймання).

2. Зниження на 50 % ризику раку ендометрія, на 60 % – раку яєчників (при використанні більше року).

3. Зниження на 50–75 % ризику мастопатії (засоби з дезогестрелом, дроспіреноном, гестоденом).

4. Стабілізація менструального циклу.

5. Попередження та лікування міоми матки та ендометріозу (краще засоби з дезогестрелом, дроспіреноном, норгестиматом, гестоденом, левоноргестрелом).

6. Профілактика та редукція функціональних кіст (монофазні засоби).

7. Зменшення в 2 рази частоти запальних захворювань органів малого таза у зв'язку з ущільненням цервікального слизу.

8. Корекція передменструального синдрому (особливо засоби з дроспіреноном, гестоденом).

9. Попередження деяких причин безпліддя.

10. Зменшення частоти та тяжкості анемії функціонального характеру.

11. Антианδροгенний ефект (зменшують себорею, вугрі, гірсутизм) – у засобах, що містять ципротерону ацетат, дієногест, дроспіренон, хлормадинону ацетат.

12. Зменшення у 3 рази ризику остеопорозу.

13. Сприятливий вплив на рівень холестерину, ліпопротеїдів високої та низької щільності (засоби з ципротерону ацетат, дієногест, гестоден, хлормадинону ацетат) [8].

Міні-пілі – це контрацептивні препарати, які містять лише мікродози прогестагенів (300–500 мкг), що становить приблизно 15–30 % дози прогестагенового компонента у комбінованих естроген-гестагенних засобах.

Механізм контрацептивної дії міні-пілі складається з кількох факторів, а саме:

– «шийковий» – під їх впливом зменшується кількість слизу шийки, підвищується її в'язкість, що забезпечує зниження рухової активності сперматозоїдів у перiovуляторному періоді;

– «матковий» – застосування призводить до змін в ендометрії, що перешкоджають імплантації;

– «трубний» – зумовлюють уповільнення міграції яйцеклітини матковою трубою;

– «центральный» – у 50 % пацієток МП пригнічують овуляцію.

Існують також і пролонговані ін'єкційні препарати, які призначають для тривалого ефекту (до 3 міс). Не потребують щоденного приймання.

Показаннями до застосування є неможливість щоденного приймання пероральних контрацептивів, пізній репродуктивний вік (старше 35 років), період лактації (6 тиж після пологів), наявність протипоказань до призначення естрогенів (ряд екстрагенітальних захворювань або наявність естрогензалежних ускладнень в анамнезі), контрацепція в ранній період після абортів.

Метод має низку вагомих переваг, а саме:

- високий контрацептивний ефект;
- простота та конфіденційність застосування;
- низька частота метаболічних порушень (завдяки відсутності естрогенного компонента);
- терапевтичний вплив при ендометріозі, передменструальний та клімактеричний синдроми;
- дисфункціональні маткові кровотечі;
- альгоменореї;
- гіперполіменореї;
- гіперпластичні процеси в ендометрії;
- рецидивуючі запальні захворювання внутрішніх статевих органів.

Підшкірні контрацептивні імпланти – це вид гормональної контрацепції, під час функціонування якої створюється депо протизаплідного засобу в організмі на певний термін. Підшкірні імпланти – це невеликі капсули або пластинки, довжиною близько 4 см, у яких міститься один гормон – левоноргестрел. Капсули поступово виділяють гормон в організм жінки, під його постійною дією слиз у шийці матці згущується, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів у порожнину матки та далі в маткові труби, відтак зачаття стає неможливим.

Трансдермальні контрацептивні пластири поєднують у собі ефективність оральних контрацептивів і зручність пластиру. Контрацептивний пластир відноситься до пролонгованих (тривалої дії) комбінованих методів гормональної контрацепції та забезпечує рівномірність подачі гормонів.

Загалом хімічні контрацептиви є унікальним поєднанням протизаплідного, антимікробного та антивірусного засобів.

Проте важливо пам'ятати про правильне використання цих препаратів, адже вони є кислотами, а при контакті з лужним середовищем (наприклад, милом) втрачають активність.

До засобів хімічної контрацепції відносяться такі препарати:

- фарматекс (свічки, крем і вагінальні тампони);
- патентекс Овал (вагінальні свічки);
- ноноксинол або концептрол (вагінальні свічки);
- стерилін (вагінальні свічки).

Ці препарати є антисептиком, що однаково вбиває і сперматозоїди, і практично всі бактеріальні та вірусні збудники. Сьогодні за допомогою внутрішньоматкових засобів (ВМС) оберігаються від вагітності понад 70 млн жінок в усьому світі, 70 % із них – мешканки Китаю. У 70–80-х рр. було розроблено медикаментозні ВМС із міддю та прогестероном.

Сучасні ВМС існують у двох видах:

- інертні (або нейтральні), виготовлені з поліетилену з додаванням сульфату барію (для рентгеноконтрастності);
- медикаментозні, що містять мідь, срібло, золото чи гестагени.

У непередбачуваних та складних життєвих ситуаціях стають у пригоді засоби екстреної контрацепції. Їх дія заснована на тому, що такий препарат змінює саму структуру поверхні матки й перешкоджає імплантації заплідненої яйцеклітини.

Переваги та побічні дії гормональних методів жіночої контрацепції

До переваг гормональних контрацептивів належать:

- висока ефективність – мінімізація ризику вагітності при правильному використанні;
- регулювання циклу – допомагають стабілізувати менструації, зокрема при нерегулярних або болючих циклах;
- зменшення симптомів ПМС – полегшують біль, набряки та зміни настрою;
- профілактика захворювань – знижують ризик раку яєчників та ендометрія;
- поліпшення стану шкіри – зменшують акне та інші шкірні проблеми;
- дозволяють швидко відновити фертильність після припинення.

До побічних дій гормональних контрацептивів належать:

- гормональні побічні ефекти: нудота, головний біль, набряки, у деяких жінок можуть виникнути проблеми зі шкірою – акне, підвищена жирність;
- ризик тромбозів – підвищений ризик утворення тромбів, особливо у жінок із факторами ризику;
- набір маси – затримка рідини може призвести до незначного збільшення маси;
- зміни циклу – можливі нерегулярні виділення або відсутність менструації;
- приймання протизаплідних таблеток може сповільнювати активність жовчного міхура, тому жінки, які тривалий час приймали оральні контрацептиви, схильні до вищого ризику жовчнокам'яної хвороби;
- вплив на лібідо – може знижувати або підвищувати сексуальний потяг;
- алергія – можливі індивідуальні непереносимості або алергічні реакції.

Окремим видом контрацепції вважається стерилізація.

Для жінок – це єдиний метод, за якого блокується прохідність фалопієвих труб. Стерилізація настає відразу після операції. Менструальний цикл зазвичай не порушується, але іноді спостерігається збільшення кількості крові, що виділяється. Ефективність стерилізації становить 99,9 % (на рік вагітніє 1 жінка з 1 000).

Вагомим плюсом стерилізації є те, що не потрібно використовувати інші методи одночасно. Проте існують і мінуси: постійний метод контрацепції, після проведення якого плодючість вже неможливо відновити; стерилізація не захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом, тому за наявності відповідного ризику необхідно використовувати презерватив.

Стерилізація чоловіка (вазектомія) – хірургічна процедура, при проведенні якої блокується сім'явивідна протока, що запобігає попаданню сперматозоїдів до еякулят. Зафіксовано випадків вагітності: 1 із 400.

Влучний вибір методу контрацепції в індивідуальному порядку є запорукою ефективності досягнення мети під час планування сім'ї та попередження небажаної вагітності у визначений період, захист від інфекцій і хвороб, що, зі свого боку, дозволяє правильно та ефективно спланувати поступові кроки для відповідального статевого життя. Під час вибору методу контрацепції обов'язково повинні враховуватися такі фактори: вік; репродуктивне здоров'я кожного з партнерів; готовність до планування сім'ї; сексуальна активність; загальний стан здоров'я партнерів; індивідуальні бажання та потреби.

Попри наявність широкого спектра контрацептивних засобів, нині не існує єдиного універсального методу, що однаково добре підходить би всім жінкам і чоловікам. Кожен із методів має свої переваги й недоліки, особливості засто-

сування, можливі побічні ефекти та протипоказання. Тому остаточне рішення щодо використання того чи іншого засобу залишається за кваліфікованим лікарем. Варто також усвідомлювати, що жоден із методів, окрім повного утримання від статевого життя, не забезпечує абсолютного (100 %) захисту від вагітності. Планування сім'ї має відбуватися у поєднанні з інформаційною обізнаністю осіб, їх бажанням до народження дітей, відповідальністю кожного, професійним супроводом фахівців.

Які аналізи перед призначенням гормональних контрацептивів потрібно пройти?

Перед призначенням гормональних контрацептивів лікар може рекомендувати кілька досліджень і обстежень для визначення стану здоров'я жінки та виключення можливих протипоказань [3]. Основні з них:

- загальний аналіз крові та сечі – допомагають оцінити загальний стан здоров'я і виключити приховані інфекції чи запальні процеси;
- перевірка рівня гормонів – лікар може призначити дослідження рівня основних гормонів, таких як естрогени, прогестерон, а також гормони щитоподібної залози. Це необхідно для виявлення можливих порушень у гормональній системі;
- дослідження крові на згортання (коагулограма). Гормональні контрацептиви можуть підвищувати ризик тромбозу, тому важливо перевірити стан системи згортання крові;
- дослідження на рівень глюкози в крові – необхідне для виявлення можливого ризику розвитку діабету, який може погіршитися під впливом гормонів;
- ліпідний профіль (дослідження холестерину та тригліцеридів). Гормональні контрацептиви можуть впливати на рівень холестерину, тому важливо перевірити цей показник, особливо у жінок із надмірною масою тіла або схильністю до серцево-судинних захворювань;
- УЗД органів малого таза – обстеження дозволяє оцінити стан матки та яєчників;
- перевірка на ІПСШ;
- обстеження печінки (біохімічний аналіз крові). Гормональні контрацептиви можуть впливати на функцію печінки, тому перевірка цього органа є важливою частиною підготовки;
- мамографія або УЗД молочних залоз;
- консультація кардіолога – жінкам із серцево-судинними захворюваннями або підвищеним ризиком їх розвитку може бути необхідна додаткова консультація кардіолога перед початком приймання гормональних контрацептивів.

Ці дослідження та обстеження допоможуть лікарю оцінити загальний стан здоров'я та вибрати найбільш відповідний метод гормональної контрацепції, враховуючи індивідуальні особливості пацієнтки.

Гормональні контрацептивні засоби вже мають значну історію використання. Вони продемонстрували великі можливості щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок і профілактики раку яєчників. Ці контрацептиви мають багато прихильників у всьому світі. Завдання лікаря – надати об'єктивну інформацію про методи планування сім'ї. Остаточний вибір завжди залишається за пацієнткою.

ПИТАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Які жінки можуть використовувати КОК?

- A. Жінки після аборту.*
- B. Жінки з депресивними розладами.
- C. Жінки з тиском АТ 140/90 і більше.
- D. Жінки з інсультом в анамнезі.

2. Які жінки не повинні використовувати КОК?

- A. Жінки з тиском АТ 120/70.
- B. Жінки старше 35 років, які палять.*
- C. Жінки після аборту.
- D. Жінки, які страждають на анемію.

3. Механізм дії КОК:

- A. Пригнічення овуляції.*
- B. Вплив на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки.
- C. Вплив на перистальтику маткових труб.
- D. Перешкода імплантації плідного яйця.

4. Прогестагенові контрацептиви не можуть бути вибором для наступної категорії жінок:

- A. Жінки, які страждають на рак грудей.
- B. Жінки, які годують грудьми.
- C. Жінки, які страждають від вагінальної кровотечі невідомої етіології.*
- D. Жінки віком старше 35 років.

- 5.** Що таке медичні критерії прийнятності методів контрацепції ВООЗ?
- A. Клінічний протокол щодо надання послуг із питань планування сім'ї.*
 - B. Наказ МОЗ України.*
 - C. Таблиці, що дозволяють визначати прийнятність методу контрацепції.**
 - D. Рішення асамблеї ВООЗ.*
- 6.** Що таке класи (категорії) за визначенням ВООЗ?
- A. Класифікація сучасних методів контрацепції.*
 - B. Заборона певних методів контрацепції згідно зі станом здоров'я користувача.*
 - C. Оцінка співвідношення користі/ризиків використання методів контрацепції.**
 - D. Обмеження використання певних сучасних методів контрацепції.*
- 7.** Які обстеження обов'язково треба провести перед використанням ВМК?
- A. Стандартні лабораторні аналізи.*
 - B. Вимірювання артеріального тиску.*
 - C. Обстеження тазових статевих органів.**
 - D. УЗД органів малого таза.*
- 8.** ВМК не може використовуватися жінками з:
- A. Ожирінням.*
 - B. Гострими тазовими інфекціями.**
 - C. Гіпертензією.*
 - D. Туберкульозом легень.*
- 9.** Механізм дії ВМК, що містить мідь, полягає у:
- A. Зниженні рухової активності сперматозоїдів.*
 - B. Пригніченні овуляції.*
 - C. Спричиненні відповідної реакції ендометрія на стороннє тіло, що перешкоджає імплантації.**
 - D. Згущенні цервікального слизу.*
- 10.** Перевагами внутрішньоматкових контрацептивів, що містять мідь, є:
- A. У 100 % випадках попереджують фертильність.*
 - B. Метод не впливає на грудне вигодовування.**
 - C. Можна використовувати необмежений термін.*
 - D. Відсутність побічних ефектів.*

11. У чому полягає особливість контрацептивних потреб у молодих жінок, що не народжували?

A. Метод повинен бути недорогим.

B. Метод повинен бути не пов'язаним зі статевим актом.

C. Метод повинен бути зручним для її партнера.

D. Метод повинен бути зворотним та захищати від ІПСШ.*

12. Коли після пологів жінці слід починати користування яким-небудь методом контрацепції, якщо вона не годує грудьми?

A. Після закінчення виділення лохий.

B. Із початком статевих відносин.*

C. Після закінчення лактації.

D. Через 6 міс після пологів.

**Еталони (ключі) відповідей на завдання
для перевірки базисного рівня знань слухачів**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	B	A	C	C	C	C	B	C	B	D	B

ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасні аспекти менеджменту пацієток із синдромом полікістозу яєчників / Н. В. Авраменко, О. В. Кабаченко, Д. Є. Барковський, К. В. Серих. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22, № 6 (123) : 865–873.

2. Артеріальна гіпертензія та коморбідність : монографія / Н. М. Андон'єва, О. Є. Березін, О. О. Березін [та ін.] ; за ред. О. М. Біловола. Харків : ХНМУ, 2020. 176 с.

3. Планування сім'ї. Клінічна настанова, заснована на доказах. 2025. URL: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-taklinichni-nastanovi/.

4. Лахно І. В. Гормональна контрацепція: сучасний стан проблеми. *Журнал «З турботою про жінку»* № 3 (105), 2020 : 20–23.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 05 серпня 2024 р. № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2024 р. за № 1273/42618.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 серпня 2023 р. № 1401 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (I триместр вагітності)»».

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2022 р. № 2264 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»».

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 р. № 1695 «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 р. за № 1155/38491.

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2022 р. № 1039 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

10. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром», імплементований згідно з наказом МОЗ України № 1218 від 13 липня 2022 р.

Навчальне видання

**Лахно Ігор Вікторович
Коровай Сергій Вікторович
Дьоміна Оксана Вячеславівна**

КОНТРАЦЕПЦІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

**Навчально-методичний посібник
для самостійної роботи лікарів акушерів-гінекологів,
лікарів загальної практики, інтернів**

Відповідальний за випуск І. В. Лахно



Редактор, коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А4. Ум. друк. арк. 5,0. Зам. № 25-137.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.