

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
факультет медико-фармацевтичних технологій  
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: «АНАЛІЗ КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ  
ЗАСТОСУВАННЯ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ»**

**Виконав:** здобувач вищої освіти групи КФс18(5,0д)-01  
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація  
освітньої програми Клінічна фармація

Ольга КОРОБКО

**Керівник:** доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної  
фармакології та клінічної фармації, к.мед.н., доцент  
Наталія БЕЗУГЛА

**Рецензент:** завідувачка кафедри біологічної хімії  
д.біол.н., професор Віра КРАВЧЕНКО

## АНОТАЦІЯ

Розглянуті сучасні підходи до призначення оральних контрацептивів. Проведений системний аналіз анкет, клінічних настанов та протоколів лікування. Проаналізована наукова база щодо статистики використання контрацепції у світі, історія розвитку контрацепції, види контрацепції та побічні ефекти гормональних контрацептивів.

Робота викладена на сторінках 53 тексту, має 12 рисунків, 8 таблиць; складається з вступу, трьох розділів, включаючи огляд літератури, об'єкти і методи дослідження, результати досліджень, висновків, списку використаних джерел, який включає 45 джерел, з них 31 іноземних, додатків.

*Ключові слова:* оральні контрацептиви, плейотропні ефекти, гормонозалежні захворювання

## ANNOTATION

Approaches to the use of oral contraceptives are analyzed. A systematic analysis of profiles, clinical guidelines and treatment protocols was conducted. The scientific basis for the statistics of contraception use in the world, the history of contraception development, types of contraception and side effects of hormonal contraceptives are analyzed.

The work is presented on pages 53 of the text, has 12 figures, 8 tables; consists of an introduction, three chapters, including a literature review, objects and methods of research, research results, conclusions, a list of references, which includes 45 sources, including 31 foreign ones, and appendices.

*Key words:* oral contraceptives, pleiotropic effects, hormone-dependent diseases

<b>ЗМІСТ</b>	
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ .....</b>	
<b>ВСТУП.....</b>	<b>6</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ВІД ІСТОРІЇ ДО СЬОГОДЕННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ .....</b>	<b>8</b>
1.1. Сучасні підходи до вирішення проблеми планування вагітності – використання контрацепції .....	8
1.2. Розвиток контрацепції в світі (історична довідка) .....	14
1.3. Характеристика основних сучасних видів контрацепції: переваги та недоліки .....	17
1.4. Бар'єрні методи контрацепції і сперміцид.....	18
1.5. Природне планування сім'ї та метод лактаційної аменореї.....	19
1.6. Гормональна контрацепція .....	19
1.7. Внутрішньоматкова контрацепція .....	25
1.8. Добровільна хірургічна стерилізація .....	26
1.9. Основні характеритисики невідкладної (посткоїтальної контрацепції).....	28
1.10. Побічна дія гормональних контрацептивів.....	32
Висновки до розділу 1 .....	35
<b>РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.....</b>	<b>36</b>
2.1. Проведення анкетування відвідувачів аптеки (жінок).....	36
2.2. Анкетування гінекологів щодо особистого досвіду застосування ОК в медичній практиці .....	37
2.3. Дослідження клінічних настанов та протоколів лікування щодо використання плейотропних ефектів ОК.....	38
<b>РОЗДІЛ 3. ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ КОМПЛЕКСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ ТА ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ .....</b>	<b>40</b>
3.1. Аналіз даних анкетування відвідувачів аптеки (жінок-споживачів ОК).....	40

3.2. Аналіз результатів анкетування гінекологів щодо частоти призначень ОК з неконтрацептивною метою .....	44
3.3. Аналіз клінічних настанов та протоколів лікування щодо використання плеїотропних ефектів оральних контрацептивів.....	47
Висновки до розділу 3 .....	50
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	52
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	54
<b>ДОДАТКИ</b> .....	

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- АТЕ – артеріальна тромбоемболія
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВМК – внутрішньоматкові контрацептиви
- ВМК-ЛНГ – внутрішньоматкова спіраль з левоноргестрелом
- ВМС – внутрішньоматкова спіраль
- ВМС-М – внутрішньоматкова спіраль мідна
- ВТЕ – венозна тромбоемболія
- ГК – гормональні контрацептиви
- Е – естроген
- ЕЕ – етинілестрадіол
- ЕК – екстрена контрацепція
- ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом
- КОК – комбіновані оральні контрацептиви
- ЛГ – лютеїнізуючий гормон
- ЛНГ – левоноргестрел
- ОК – оральні контрацептиви
- П – прогестаген
- ПАР – поверхнево-активна речовина
- ФСГ – фолікулостимулювальний гормон
- FDA – Food and Drug Administration
- IUD – intrauterine device
- LARCs – Long-Acting Reversible Contraceptives
- UPA – Ulipristal Acetate

## ВСТУП

**Актуальність теми.** За даними статистики в світі 842 млн. жінок використовують сучасні методи контрацепції і близько 50 % з них надають перевагу застосуванню оральних контрацептивів (ОК). Окрім основного фармакологічного ефекту (контрацептивного), лікарські засоби (ЛЗ) цієї фармакологічної групи мають низку позитивних неконтрацептивних ефектів, які використовують для лікування деяких патологічних станів.

**Мета дослідження.** Проведення аналізу частоти застосування ОК з терапевтичною метою та аналіз нормативних документів щодо використання плейотропних ефектів ОК з точки зору доказової медицини.

### **Завдання дослідження:**

- 1) провести аналіз літературних джерел щодо частоти використання контрацепції, їх побічних ефектів; дослідити неконтрацептивні ефекти ОК та їх клінічне застосування;
- 2) розробити анкету та провести анкетування жінок-споживачів ОК;
- 3) розробити анкету та провести анкетування гінекологів з метою аналізу призначення оральних контрацептивів з терапевтичною метою;
- 4) провести аналіз лікарських засобів (саме оральних контрацептивів), які застосовуються з терапевтичною метою;
- 5) проаналізувати клінічні настанови та протоколи лікування деяких гінекологічних захворювань та отримати дані щодо можливості застосування ОК з лікувально-профілактичною метою на засадах доказової медицини.

**Об'єкт дослідження** застосування оральних контрацептивів у медичній практиці.

**Предмет дослідження** плейотропні ефекти ОК та їх застосування у медицині з метою лікування гінекологічних патологій.

**Методи дослідження** для виконання кваліфікаційної роботи використовували методи опитування (анкетування), логічний метод, методи аналізу та угруповання, статистична обробка даних.

**Апробація результатів дослідження і публікації.** Результати кваліфікаційної роботи були представлені на ХХІХ міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів», 19-21 квітня 2023 р. Харків, Україна (Коробко О.Т., Тарасенко О.О., Безугла Н.П. «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів» / Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали ХХІХ міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів (19-21 квітня 2023 р. Харків). – Харків: НФаУ, 2023 – С. 451-453.).

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Робота викладена на 53 сторінках тексту, складається зі вступу, трьох розділів, включаючи огляд літератури, матеріали та методи дослідження, результати досліджень, висновків, списку використаних джерел, що включає 45 джерел, з них 31 іноземною мовою; додатків. Кваліфікаційна робота має 12 рисунків та 8 таблиць.

## РОЗДІЛ 1

### ВІД ІСТОРІЇ ДО СЬОГОДЕННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ: СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

#### **1.1. Сучасні підходи до вирішення проблеми планування вагітності – використання контрацепції**

Серед 1,9 млрд. жінок репродуктивного віку (15-49 років), які проживали у світі в 2019 році, 1,1 мільярда мали потребу у заходах щодо планування сім'ї. За даними статистики 842 млн. жінок використовують сучасні методи контрацепції, а 80 млн. жінок використовують так звані традиційні, або мають незадоволену потребу в плануванні сім'ї. 190 млн. жінок хочуть уникнути небажаної вагітності та, при цьому, не використовують жодного методу контрацепції. Частка жінок, які задовольняють свої потреби в плануванні сім'ї сучасними методами контрацепції (Sustainable Development Goals indicator 3.7.1) у 2019 році становила 76 % [3].

Жіноча стерилізація – найпоширеніший метод контрацепції у світі. У 2019 році 23,7 % жінок, які наразі використовують контрацепцію, а це 219 млн. жінок - покладаються на жіночу стерилізацію. Три інші методи мають понад 100 млн. користувачів у всьому світі: чоловічий презерватив (189 млн.), внутрішньоматкова спіраль (ВМС) (159 млн.) і оральні контрацептиви (ОК) (151 млн.). Загалом, 45,2 % користувачів контрацептивів покладаються на методи постійної або тривалої дії (жіноча і чоловіча стерилізація, ВМС, імплантат), 46,1% – на методи короткої дії (такі як чоловічий презерватив, ОК, ін'єкційні та інші сучасні методи) і 8,7% – на традиційні методи (абстиненція, ритмічні методи та інші традиційні методи) [3].



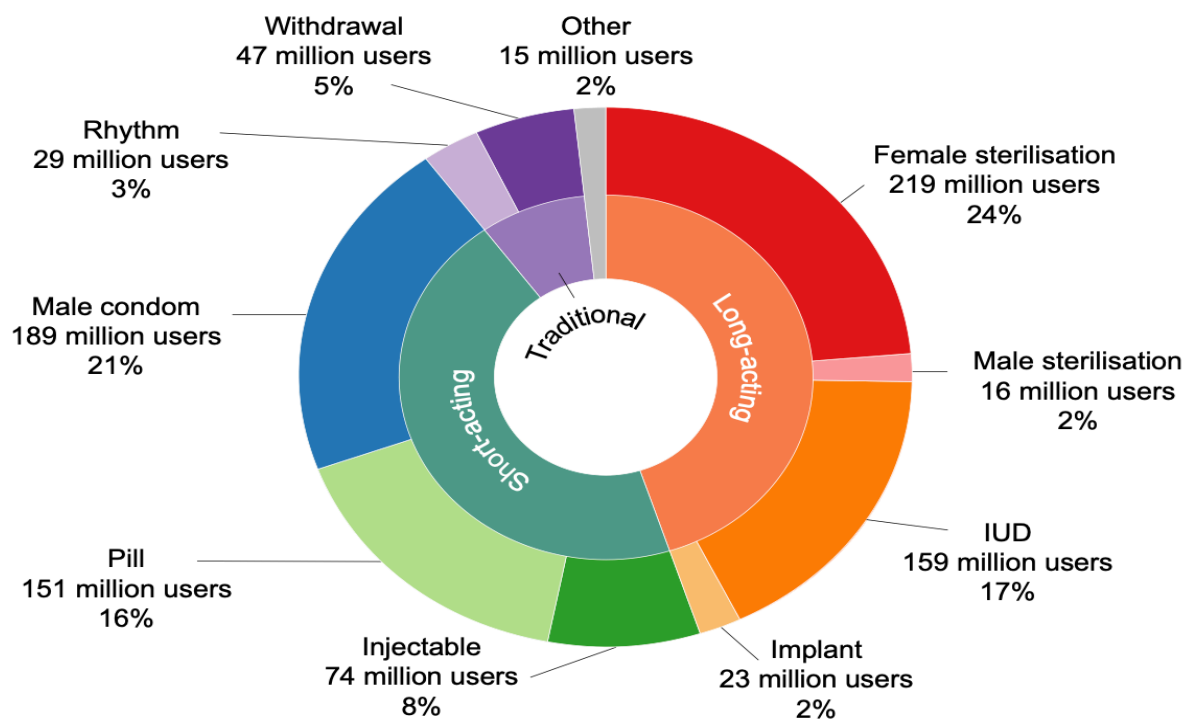


Рис. 1.1. Оціночна кількість жінок репродуктивного віку (15-49 років), які використовують різні методи контрацепції (станом на 2019 рік) [3].

Майже всі жінки користуються контрацепцією протягом життя, хоча в певний момент вони можуть не використовувати контрацепцію з таких причин, як бажання завагітніти, вагітність чи післяпологовий період або відсутність статевого життя. Використовуючи дані Національного опитування щодо зростання сім'ї (NSFG) за 2017-2019 роки, цей звіт надає короткий огляд поточного контрацептивного статусу жінок у віці 15-49 років у США на момент проведення опитування. На додаток до опису використання будь-якого методу за віком, іспаномовним походженням, расою та рівнем освіти, описані моделі використання 4 найпоширеніших методів контрацепції: жіноча стерилізація; ОК; зворотні контрацептиви тривалої дії (LARCs), які включають контрацептивні імплантати та ВМС; та чоловічий презерватив [1]. У 2015-2017 роках 64,9% (рис. 1.2) з 72,2 млн. жінок у віці 15-49 років у США використовували засоби контрацепції. Найпоширенішими методами контрацепції були жіноча стерилізація (18,6%), ОК (12,6%), зворотні

контрацептиви тривалої дії (LARCs) (10,3%) та чоловічі презервативи (8,7%) [2].

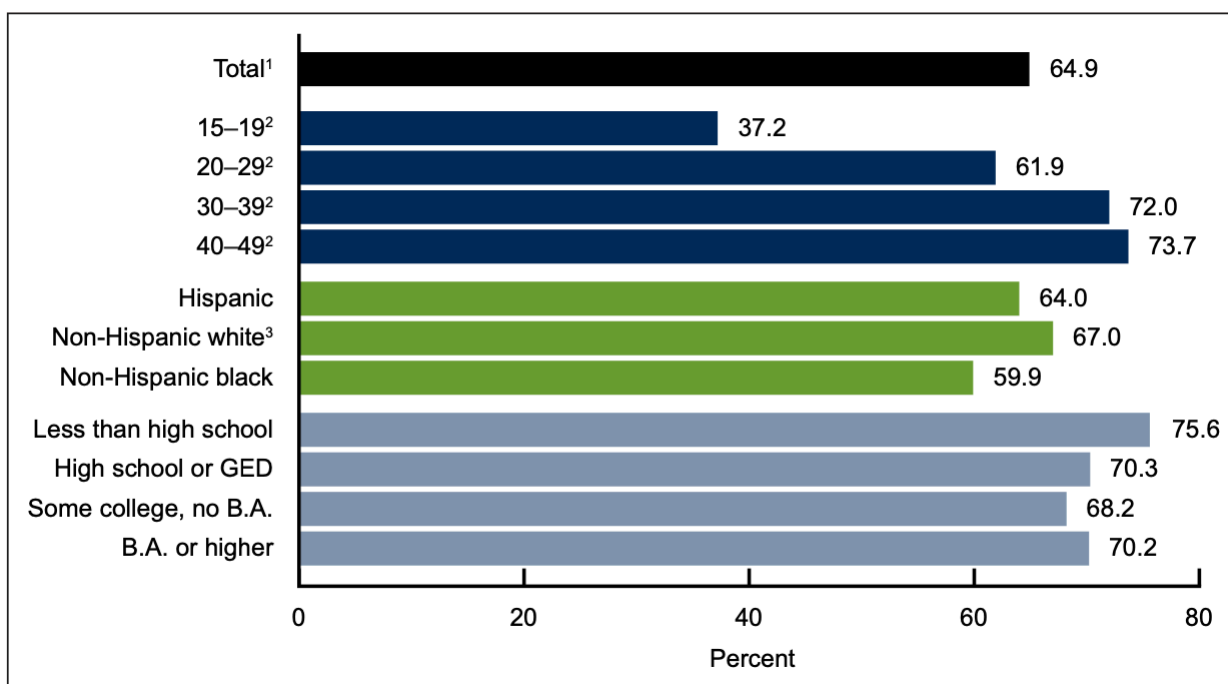


Рис. 1.2. Відсоток жінок у віці 15-49 років, які використовують будь-який метод контрацепції, за віковими групами, іспаномовним походженням, расою та освітою: США, 2015-2017 рр. [2].

У 2017-2019 роках 65,3% жінок (рис. 1.3) віком 15-49 років у США використовували засоби контрацепції [1].

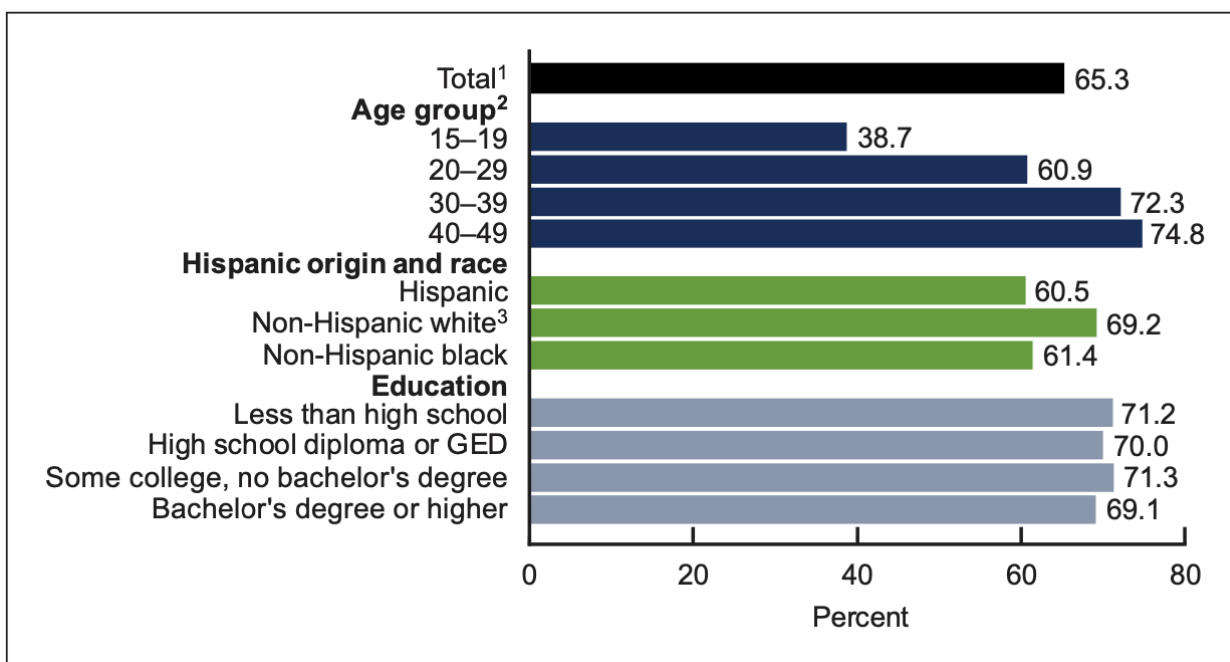


Рис. 1.3. Відсоток жінок, які використовують будь-який метод контрацепції, серед усіх жінок у віці 15-49 років, а також за віковими групами, іспаномовним походженням, расою та освітою: США, 2017-2019 рр. [1].

Поточне використання жіночої стерилізації, ОК, чоловічого презерватива та LARCs варіювалося залежно від віку.

Серед жінок у віці 20 років і старше рівень використання жіночої стерилізації зростає із збільшенням віку. Приблизно 2 з 5 жінок у віці 40-49 років (39,1%) поклалися на жіночу стерилізацію для контрацепції порівняно з 1 з 5 жінок у віці 30-39 років (21,2%).

Використання протизаплідних таблеток загалом зменшувалося з віком: 19,5% жінок у віці 15-19 років та 21,6% жінок у віці 20-29 років приймали протизаплідні таблетки порівняно з 10,9% жінок у віці 30-39 років та 6,5% жінок у віці 40-49 років.

Використання презервативів було однаковим серед жінок у віці 20-29 років (10,4%) та 30-39 років (9,7%); використання презервативів було нижчим серед жінок у віці 15-19 років (5,1%) та 40-49 років (6,5%). Різниця між жінками у віці 15-19 років та жінками у віці 40-49 років не була статистично значущою.

Застосування LARCs було подібним серед жінок віком 20-29 років (13,7%) та 30-39 років (12,7%). Порівняно з цими віковими групами, рівень вживання був нижчим серед жінок віком 15-19 років (5,8%) та 40-49 років (6,6%) [1].

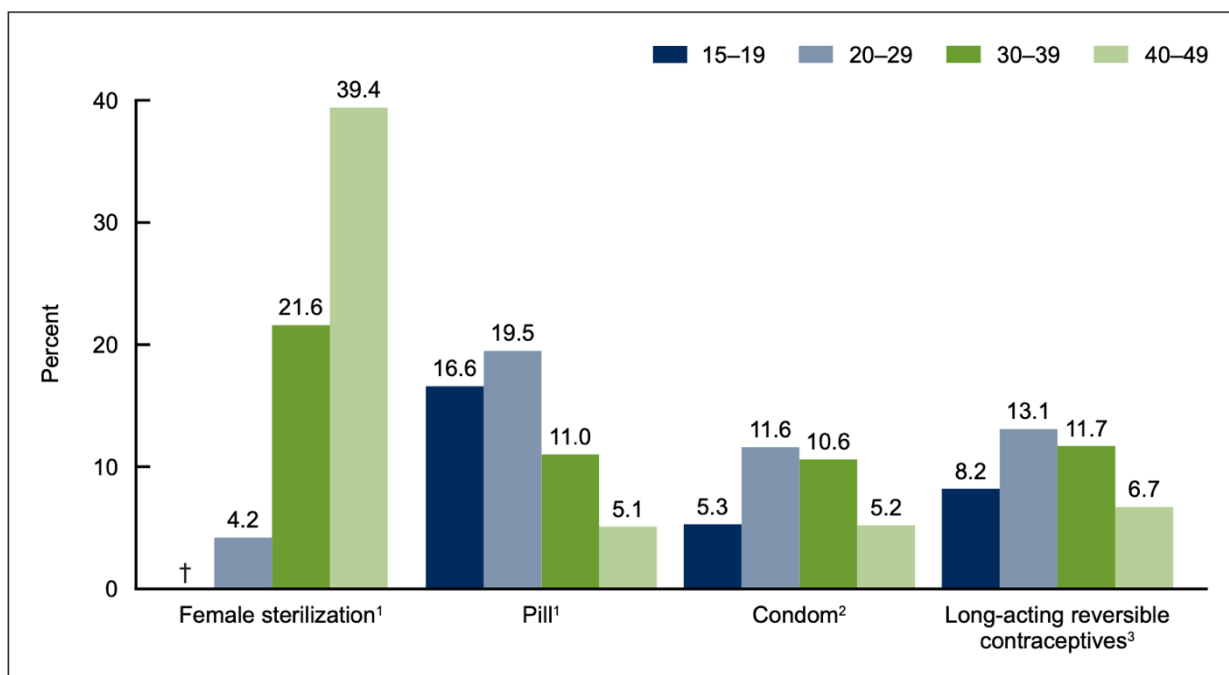


Рис. 1.4. Відсоток усіх жінок віком 15-49 років, які використовують жіночу стерилізацію, ОК, чоловічий презерватив або довготривалі оборотні контрацептиви, за віковими групами: США, 2017-2019 рр. [1].

Чотири з п'яти австралійських жінок повідомляють, що коли-небудь користувалися контрацепцією, а дві третини - що використовують її зараз.

Загальний рівень використання ВМС та контрацептивних імплантатів був низьким, але постійно зростав, приблизно подвоївшись з 2008 року (з 5,7% до 12,4% для ВМС та з 5,7% до 11,8% для контрацептивних імплантатів). Використання ін'єкційних контрацептивів демонструє загалом рівномірну тенденцію (4,5%-3,0%) і є меншим, ніж використання ВМС або імплантатів. Крім того, використання ОК знизилося з 48,2% у 2008 році до 37,2% у 2016 році, тоді як використання презервативів залишалося відносно стабільним протягом цього періоду на рівні близько 35% [4].

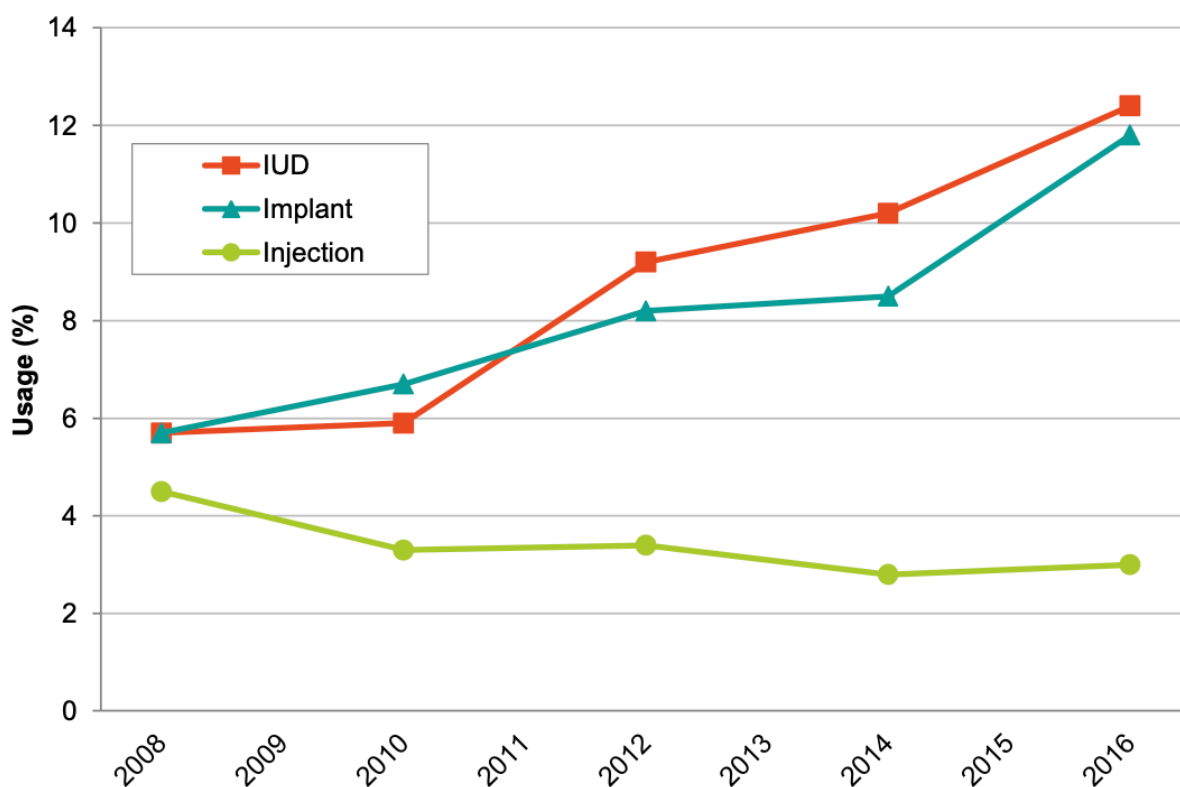


Рис. 1.5. Тенденції використання LARCs за даними Роя Моргана з 2008 по 2016 рік, частка від усіх жінок, які потребують контрацепції [4].

Дослідження «Думки корейських жінок про життя з контрацепцією» (TALK) мало на меті вивчити сучасні тенденції, знання та ставлення до контрацепції серед корейських жінок репродуктивного віку. На рис. 1.6. зображено фактори, що впливають на вибір методів контрацепції серед учасниць дослідження. Більшість жінок в першу чергу враховували «певний контрацептивний ефект» (92,9%) та «меншу кількість побічних ефектів» (91,2%), тоді як інші фактори включали «ідеальний для мого способу життя» (86,4%), «відсутність необхідності приймати щодня або турбуватися» (84,5%), «доступну ціну» (82,8%) та «додаткові ефекти, окрім контрацепції» (78,7%). Крім того, понад 90% лікарів акушерів-гінекологів повідомили, що пацієнтки зважатимуть на «додаткові ефекти, окрім контрацепції» (99,7%), «певний контрацептивний ефект» (98,7%), «меншу кількість побічних ефектів» (92,7%) та «відсутність необхідності приймати кожен день або турбуватися» (90,7%) [5].

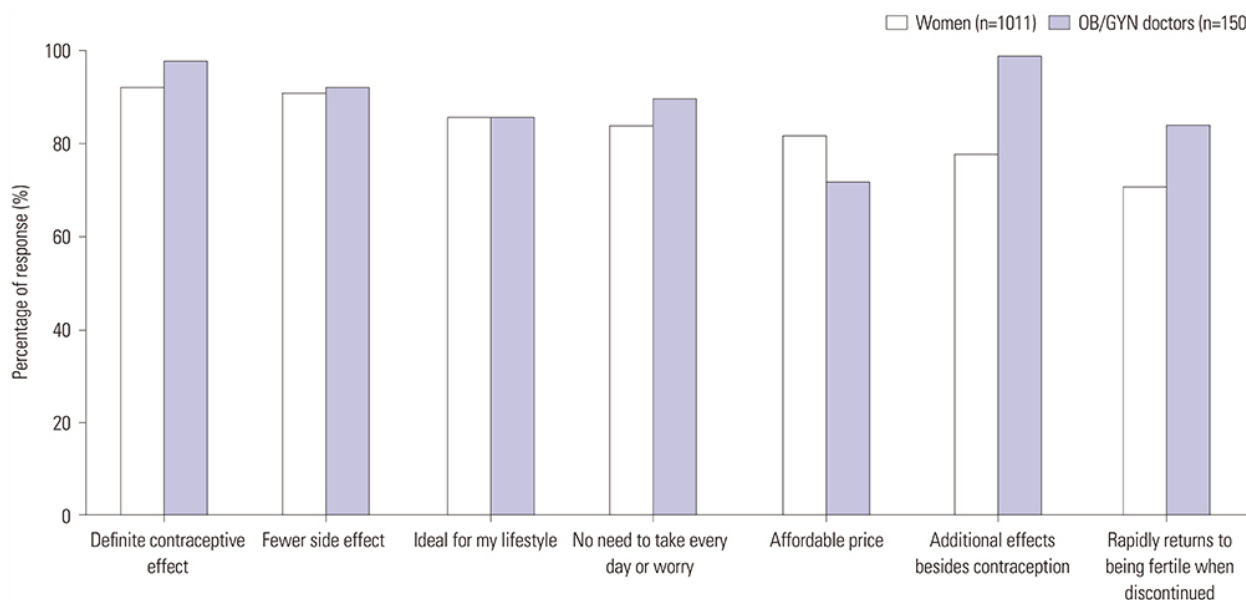


Рис. 1.6. Фактори, на які звертають увагу жінки та лікарі акушері-гінекологи при виборі методів контрацепції (допускалося кілька варіантів відповідей) [5].

## 1.2. Розвиток контрацепції в світі (історична довідка)

Здавна жінки намагалися контролювати свою фертильність і кількість дітей, яких вони хотіли б мати. Ще в античні часи римські та єгипетські манускрипти описували методи абортів та контрацепції. Загалом, суміші колючок акації, фініків і меду, які використовували на «волокнистих подушечках», поміщених у піхву, були одним з методів контрацепції, добре описаних єгиптянами [6].

Деякі ранні методи використовували прийоми, які практикуються і сьогодні. Єгипетський контрацептивний тампон, описаний в папірусі Еберса 1550 року до н.е., виготовлявся з ворсу, просоченого медом і кінчиками гілок акації, яка містить молочну кислоту – сперміцидний засіб.

Давні азійські культури використовували широкий спектр методів контролю за народжуваністю. Жінки в Китаї та Японії використовували бамбукові диски з паперу, змащені олією, як бар'єри для шийки матки. У Китаї чоловіки практикували статевий акт без еякуляції.

Починаючи з V ст. католицька церква зберігає свою опозицію до всіх форм контролю народжуваності, окрім утримання і так званого ритмічного методу – методу, заснованого на календарі, що передбачає своєчасне утримання від статевих контактів.

Багато вчених припускають, що пари продовжували використовувати контрацепцію в Середньовіччі, незважаючи на обмежений рівень офіційних знань про контрацепцію. Навіть коли релігійні авторитети засуджували контрацепцію, жінки передавали свої знання про такі практики одна одній.

Крім того, євреї та мусульмани, а також інші культури підтримували певні види контрацепції протягом Середньовіччя, тому що не були обмежені християнською позицією щодо контролю над народжуваністю, і медичні праці Середньовіччя містили широкий спектр інформації про контрацепцію [7].

Першим презерватив використав цар Мінос Критський. Чарльз Гудієр, американський винахідник, суттєво змінив вигляд презерватива з появою технології вулканізації каучуку під час промислової революції. До 1860 року презервативи вироблялися у великих масштабах; головна перевага полягала в тому, що їх можна було використовувати багаторазово і вони коштували дешевше.

Закони Комстока, прийняті в 1873 році в США, заборонили продаж презервативів поштою, а також заборонили публічну рекламу контрацепції. Венеричні захворювання викликали все більше занепокоєння після 1865 року, коли закінчилася Громадянська війна в США і настала нова ера в історії.

Під час Першої світової війни презервативи почали постачати разом зі зброєю та боєприпасами для німецької армії. Американська та британська армії не використовували презервативи. Як наслідок, під час кампанії було виявлено, що в американській армії є масова кількість солдатів, хворих на сифіліс та гонорею. Під час Другої світової війни американська армія нарешті почала використовувати презервативи для своїх солдатів, але успіху в зниженні кількості випадків сифілісу та гонореї досягти не вдалося. Це було

пов'язано з появою пеніциліну та спокійним ставленням громадськості до розвитку венеричних захворювань.

У 1920-х роках був винайдений латекс. Латекс став відкриттям, яке перетворило презервативи на те, чим вони є сьогодні. Америка та європейські країни стали відкритими для контрацепції після Другої світової війни, наприкінці 1940-х років. Відкриття СНІДу як захворювання, що передається статевим шляхом, у 1980-х роках призвело до популярності презервативів як засобу контрацепції та профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом [8].

Рух за контроль над народжуваністю був частиною «жіночого» або феміністичного руху початку ХХ століття. Термін «контроль народжуваності» був введений Маргарет Сенгер у 1914 році, засновницею кампанії, спрямованої на те, щоб «скинути з себе кайдани недобровільного батьківства».

На початку ХХ століття тільки освічені та заможні жінки мали змогу користуватися контрацептивами.

Маргарет Сенгер була звинувачена в обговоренні контролю над народжуваністю у своєму інформаційному бюлетені «Women Rebel» у 1914 році, а також у написанні брошури «Family Limitations», присвяченої контролю над народжуваністю.

У 1921 році Сенгер організувала Американську лігу контролю над народжуваністю, а також перші американські конференції з контролю над народжуваністю в Нью-Йорку. ДеВілбісс, голова конференції, інструктувала лікарів щодо різних контрацептивних засобів. Деякі з них були завезені з Європи, яка мала більш освічені погляди на контроль над народжуваністю.

У 1923 році Сенгер заснувала Клінічне дослідницьке бюро з контролю над народжуваністю (Birth Control Clinical Research Bureau) – контрацептивну і дослідницьку клініку, яка працювала як приватна практика. У 1925 році вона організувала Шосту міжнародну конференцію з неомальтузіанства і контролю над народжуваністю в Нью-Йорку, а її лікар-дослідник Ханна Стоун представила попередні результати методів контролю над народжуваністю.



До середини 1930-х років у багатьох штатах з'явилися ліги контролю народжуваності, які в 1942 році перетворилися на Федерацію планування сім'ї Америки. Лише в 1936 році, після скасування законів Комстока, протизаплідні засоби можна було надсилати поштою. Однак багато штатів продовжували забороняти клініки контролю народжуваності до кінця 1960-х років [9].

Насьогодні вже немає ніякого сумніву, що найбільш ефективними методами контрацепції є гормональні. Вперше основний принцип контрацепції, заснований на пригніченні овуляції, встановив австрійський вчений Людвиг Хаберландт. Він продемонстрував, що тканинні екстракти плаценти та яєчників, можуть призводити до тимчасової втрати фертильності у лабораторних тварин. Перші протизаплідні таблетки були створені в 1954 році Грегорі Пінкус у США [10].

### **1.3. Характеристика основних сучасних видів контрацепції: переваги та недоліки**

За механізмом і місцем дії протизаплідні засоби (контрацептиви) можна розділити на 3 групи:

I група – чоловічі методи контрацепції: презервативи, перерваний статевий акт, періодичне статеве утримування (абстиненція, ритм-метод);

II група – жіночі внутрішньопіхвові методи контрацепції: діафрагми, шийкові ковпачки, жіночі презервативи, сперміцидні засоби у вигляді паст, мазей, кульок тощо;

III група – сучасні засоби контрацепції: гормональна контрацепція (ГК), що виключає процес запліднення за рахунок відсутності овуляції; внутрішньоматкова контрацепція (ВМК), що запобігає процесу імплантації заплідненої яйцеклітини; добровільна хірургічна стерилізація.

Контрацептивні методи I і II груп практично не мають протипоказань до застосування і є абсолютно безпечними. Контрацептивні методи, що належать

до III групи, пов'язані з гормональним або хірургічним втручанням, яке може супроводжуватися певними змінами в організмі.

#### 1.4. Бар'єрні методи контрацепції і сперміцид

У табл. 1.1 наведені контрацептивні та неконтрацептивні фармакологічні ефекти презервативів [11].

Таблиця 1.1

#### Фармакологічні ефекти презервативів

Контрацептивні	Неконтрацептивні
Можна використовувати одночасно з іншими протизаплідними засобами	Забезпечує захист від захворювань, що передаються статевим шляхом
Не впливає на лактацію	Сприяє залученню чоловіка до планування сім'ї
Негайний ефект	Можна використовувати при лікуванні імунологічної безплідності (для запобігання потраплянню антигенів сперми в піхву)
Відсутність системних побічних ефектів	Можуть продовжувати період до еякуляції
Широко доступні	Можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки
Відносно недорогий метод	

Сперміцид є одним з найпростіших і найстаріших методів контрацепції. В даний час активним інгредієнтом більшості сперміцидних засобів є поверхнево-активна речовина (ПАР), як правило, ноноксинол-9, октосинол-9 або бензалконію хлорид, які іммобілізують сперматозоїди шляхом розриву цілісності плазматичної мембрани. Через потенційні ризики для здоров'я використання сперміцидів на основі ПАР було заборонено або суворо обмежено в багатьох країнах [23].

## **1.5. Природне планування сім'ї та метод лактаційної аменореї**

Методи планування сім'ї, що базуються на обізнаності про фертильність, передбачають моніторинг різних ознак і симптомів фертильності протягом менструального циклу, щоб визначити «фертильне вікно», або дні циклу, коли незахищений статевий акт з найбільшою ймовірністю може призвести до вагітності. Такий метод планування сім'ї підходить для тих, хто вирішив їх використовувати, може і хоче спостерігати за однією або кількома ознаками фертильності та перебуває у стосунках, які підтримують використання методів, пов'язаних з контрацепцією, таких як презерватив або утримання від статевих контактів у фертильні дні [24].

В 1988 році вчені встановили безпечне та ефективне використання методу лактаційної аменореї:

- період у шість місяців після пологів;
- «повне» або «майже повне» грудне вигодовування;
- післяпологова аменорея.

Таким чином, жінки можуть досягти 98% захисту від вагітності протягом перших шести післяпологових місяців. Коли будь-яка з вищезазначених вимог більше не виконується, ризик зачаття зростає, а отже, слід розглянути інший метод планування сім'ї для запобігання небажаній вагітності.

Завдяки своїй доступності та відсутності додаткових супутніх витрат, метод лактаційної аменореї може бути особливо корисним в країнах з низьким рівнем доходу, що розвиваються, де сучасні засоби контрацепції є важкодоступними [25].

## **1.6. Гормональна контрацепція**

Існує дві великі категорії ОК: прогестинові таблетки і КОК. Дія прогестинових таблеток полягає в тому, що вони згущують цервікальний слиз

і тим самим перешкоджають проникненню сперматозоїдів. Крім того, прогестинові таблетки різною мірою пригнічують овуляцію, знижують активність війок у маткових трубах і змінюють ендометрій. КОК, які містять як естроген, так і прогестерон, діють переважно шляхом пригнічення овуляції через зворотний зв'язок у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій осі [30].

КОК – таблетки, що містять дози двох гормонів – естрогену і прогестагену, які є штучними аналогами природних гормонів.

За складом КОК розділяють на:

- монофазні – активні таблетки містять однакову кількість естрогену та прогестагену (Е/П);
- двофазні – активні таблетки містять 2 різні комбінації Е/П;
- багатофазні – активні таблетки містять декілька різних комбінацій Е/П.

На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг багатофазних КОК.

За дозою естрогенних стероїдів КОК розділяють на:

- високодозовані (кількість ЕЕ 50 мкг і більше на добу);
- низькодозовані (кількість ЕЕ 30-35 мкг на добу);
- мікродозовані (кількість ЕЕ 20 мкг і менше на добу).

За типом естрогенних стероїдів:

- містять етинілестрадіол;
- містять естрадіол.

За типом прогестагену поділяються на три покоління:

- 1-го покоління – норетистерон;
- 2-го покоління – левоноргестрел (ЛНГ);
- 3-го покоління – дезогестрел, гестоден, дієногест, дроспіренон

[12].

Серед контрацептивних переваг комбінованих оральних протизаплідних засобів – висока ефективність (за умови правильного застосування); оборотність дії; настання контрацептивного ефекту з початку приймання препарату; можливість самостійного контролю за фертильністю; відсутність

зв'язку зі статевим актом і впливу на партнера; зручність і легкість у застосуванні; неможливість отруєння через передозування; практично не обмежена тривалість приймання в низьких дозах (35 мкг етинілестрадіолу).

До неконтрацептивних ефектів належать: зниження частоти настання позаматкової вагітності; нормалізація менструального циклу й об'єму крововтрати; полегшення симптомів дисменореї; зменшення вираженості клінічних проявів передменструального синдрому; зниження ризику розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза; позитивний вплив при пептичній виразці шлунка, дванадцятипалої кишки, ревматоїдному артриті, ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі; позитивний косметичний вплив на шкіру при вуграх (акне), гірсутизмі, себорей; зміцнення кісткової тканини в жінок, які використовували ці засоби в останній декаді репродуктивного періоду.

Будь-який метод контрацепції оцінюють в аспекті його надійності, безпеки і прийнятності. Безпеку оральних протизаплідних засобів визначають з погляду ступеня впливу їх на найважливіші органи і системи (ліпідний обмін, карбогідратний метаболізм, систему гемостазу, регуляцію артеріального тиску). Для оцінки безпеки препаратів варто контролювати також судинну систему, мінеральний обмін, імунну, центральну нервову систему тощо [11].

Основний механізм дії – запобігання овуляції; вони пригнічують розвиток фолікулів і запобігають овуляції. Негативний зворотний зв'язок прогестагенів працює в гіпоталамусі, зменшуючи частоту імпульсів гонадотропін-рилізінг-гормону. Це, в свою чергу, зменшує секрецію фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) і знижує секрецію лютеїнізуючого гормону (ЛГ). Якщо фолікул не розвивається, підвищення рівня естрадіолу не відбувається. Негативний зворотний зв'язок прогестагену і відсутність позитивного зворотного зв'язку естрогену на секрецію ЛГ зупиняють сплеск ЛГ в середині циклу. Якщо фолікул не дозрів і немає сплеску ЛГ, який би вивільнив фолікул, овуляція не відбувається.

Естрогени мають певний вплив на пригнічення розвитку фолікулів через негативний зворотний зв'язок з передньою часткою гіпофіза, що призводить до сповільнення секреції ФСГ, але він не такий помітний, як у прогестерону. Іншим основним механізмом дії є здатність прогестерону перешкоджати проникненню сперматозоїдів через шийку матки та верхні статеві шляхи, роблячи слизову оболонку шийки матки непридатною для проникнення сперматозоїдів [13].

На сьогодні доведений значний потенціал КОК у зниженні ризику онкологічної патології: застосування КОК значно знижує ризик раку ендометрію (відношення шансів [ВШ] 0,57; 95% довірчий інтервал [ДІ] 0,43-0,76) вже після шести місяців прийому при збереженні протективного ефекту протягом 5 – 15 років після їх відміни; колоректального раку; а виключення овуляції і зниження продукції естрогенів в процесі фолікулогенезу знижує ризик раку яєчників в середньому на 27% (ВШ 0,73; 95% ДІ: 0,66-0,81) [31].

Переваги використання КОК:

- дуже висока ефективність контрацепції за умови правильного застосування (0,3 вагітності на 100 жінок упродовж першого року використання);
- зазвичай не вимагається проведення спеціального гінекологічного огляду перед початком використання за умови, якщо після останнього огляду лікарем-гінекологом минуло не більше ніж 1 рік;
- метод не пов'язаний зі статевим актом безпосередньо;
- за використання сучасних низькодозованих комбінацій небажані побічні ефекти – рідкісні та нетривалі;
- пацієнтка будь-коли може самостійно припинити застосування методу;
- у разі відсутності протипоказань термін використання низькодозованих КОК необмежений;
- можуть використовувати як жінки, які народжували, так і жінки, які не народжували дітей.

### Недоліки використання КОК:

- необхідність постійного регулярного приймання. Неуважність збільшує ризик вагітності. Ефективність знижується, якщо не приймати таблетки кожного дня (рівень доказовості I, задовільне, побічне підтвердження);
- можливість побічних ефектів;
- ефективність може знижуватися за умови одночасного вживання деяких протисудомних чи протитуберкульозних засобів;
- дещо вищий ризик тромбозу та пухлин печінки у жінок, які приймають статеві стероїди;
- під час застосування деяких комбінацій можливі короточасні зміни психоемоційного фону (настрою, лібідо) і незначні зміни маси тіла;
- не захищають від інфекції, що передаються статевим шляхом (ПІСШ), ВІЛ [11].

Чисто прогестинові таблетки, або міні-пілі, містять лише мікро-دوزи синтетичного прогестагену (30-500 мкг) [11]. Доведено, що їхня ефективність при звичайному застосуванні дещо нижча, ніж у КОК, найімовірніше, через більш обмежену тривалість дії, нестійкий характер пригнічення овуляції та складнощі з дотриманням режиму прийому. Міні-пілі асоціюються з більшою кількістю проривних кровотеч, ніж КОК, але з меншою кількістю серйозних побічних ефектів. Хоча вони не так добре вивчені, вважається, що міні-пілі мають багато з тих самих не контрацептивних переваг для здоров'я, що й КОК [32].

Прогестинові таблетки мають мало протипоказань. Вони також показані в клінічних ситуаціях, коли існують абсолютні протипоказання до застосування ГК, що містять естрогени (КОК). Необмежені показання для методів, що містять тільки прогестаген, коли естроген-асоційовані методи, як правило, протипоказані: вибір пацієнта, незалежно від віку; лактація, включаючи період від 6 тижнів до 6 місяців після пологів; курці у віці старше

35 років; ожиріння ( $IMT > 30 \text{ кг/м}^2$ ); множинні фактори ризику серцево-судинних захворювань; контрольований високий артеріальний тиск або рівень 140-159/90-99 мм. рт.ст.; відома тромбофілія, тромбоз глибоких вен (ТГВ) або тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) в анамнезі, тромбоемболія на фоні прийому антикоагулянтів; великі операції з іммобілізацією; дисліпідемія; клапанні захворювання серця, навіть ускладнені; системний червоний вовчак, за винятком наявності антифосфоліпідних антитіл або тяжкої тромбоцитопенії; головний біль, включаючи мігрень з аурую; епілепсія, депресія; порушення менструального циклу, ендометріоз, доброякісні кісти яєчників, ектопія шийки матки, гестаційна трофобластична неоплазія, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія; доброякісні захворювання молочних залоз; рак ендометрію та яєчників; міома матки, запальні захворювання органів малого тазу, ПСШ; високий ризик інфікування ВІЛ, ВІЛ-інфекція, СНІД; цукровий діабет; захворювання щитовидної залози; захворювання жовчного міхура, гепатити, компенсований цироз, доброякісні пухлини печінки; анемії (включаючи таласемію та серповидноклітинну анемію); одночасне застосування антиретровірусних препаратів, протигрибкових засобів, антибіотиків широкого спектру дії та протипаразитарних засобів [33].

Депо-Провера є одним з високоефективних, зручних ін'єкційних ГК, що не потребують щоденного введення, з дуже низьким рівнем невдач, який вже багато років доступний у всьому світі. Рекомендована доза цього контрацептиву становить 150 мг, що вводиться шляхом глибокої внутрішньом'язової ін'єкції з інтервалом у 3 місяці з дотриманням суворої асептичної техніки в сідничний або дельтоподібний м'яз. Побічні ефекти цього методу контрацепції включають: зміни менструального циклу, втрату мінеральної щільності кісткової тканини та ризик збільшення ваги [36].

Norplant R – це перша ефективна система, схвалена для зворотної контрацепції; це шестикапсульний підшкірний імплантат ЛНГ, кожна капсула якого містить 36 мг ЛНГ. Імплантат вводять під шкіру надпліччя протягом перших 7 днів після менструації, індукуючи поступове плазматичне



вивільнення ЛНГ протягом приблизно 5 років, незалежно від дотримання пацієнткою режиму прийому. Норплант забезпечує вивільнення 50-80 мкг ЛНГ/добу протягом першого року і 30-35 мкг протягом 2-5 років. Після 5-го року 69% препарату все ще залишається в капсулах, що забезпечує контрацептивну безпеку для жінок, які відкладають заміну імплантату [34].

Трансдермальний пластир є ефективним і зручним варіантом ГК. Пластир, який зараз продається на ринку США, містить 150 мкг норелгестроміну та 35 мкг ЕЕ.

Профіль побічних ефектів пластиру подібний до профілю побічних ефектів КОК, які пов'язані з естрогенами і здебільшого є легкими або помірними за ступенем тяжкості. До них відносяться нудота, болючість молочних залоз, емоційна лабільність і дисменорея. Унікальним побічним ефектом є реакція на місці нанесення пластиру, яка виникає у 20% пацієнок і є обмеженням для лікування у 2%. Адгезія пластиру залишається високою у вологому кліматі та при фізичних навантаженнях [35].

### **1.7. Внутрішньоматкова контрацепція**

ВМС або ВМК є високоефективними, прийнятними та економічно вигідними методами контрацепції. Використання ВМК зменшує кількість незапланованих пологів, абортів, підліткової вагітності та витрат на охорону здоров'я.

Існує два основних типи ВМС: внутрішньоматкові пристрої, що вивільняють ЛНГ (ВМС-ЛНГ) та мідні ВМС (ВМС-М). Хоча обидва є високоефективними, вони відрізняються за ключовими характеристиками та механізмом дії. Обидва види ВМК асоціюються з доброякісними з медичної точки зору змінами характеру менструальної кровотечі, і широко визнано, що ВМК-ЛНГ мають тенденцію до зменшення менструальних виділень і дисменореї, тоді як у користувачів ВМС-М повідомлялося про посилення менструальних виділень і дисменорею [26].

Ефективність ВМК як методу контрацепції становить приблизно від 99,2% до 99,8% протягом першого року використання.

Незважаючи на довгострокову економічну ефективність ВМК, їхня початкова вартість також може бути перешкодою для багатьох жінок. Опитування, проведене в Австралії з метою вивчення проблем, які медичні працівники вважають перешкодами для використання ВМК, виявило такі проблеми: труднощі при введенні ВМК (63%), ризик запальних захворювань органів малого тазу (53%), біль при введенні (45%) та безпліддя (34%) [27].

Жінок слід поінформувати, що вони повинні звертатися за медичною допомогою в будь-який час, якщо у них з'являються симптоми тазової інфекції, біль, аномальна кровотеча, затримка менструального циклу (якщо у них регулярний цикл) або нитки, що не промащуються, або вони відчують стрижень спіралі. Вони також повинні бути проінформовані про важливість додаткових запобіжних заходів для захисту від ППСШ [28].

### **1.8. Добровільна хірургічна стерилізація**

Жіноча стерилізація – це хірургічна операція з перекриття фаллопієвих труб, що запобігає потраплянню сперматозоїдів до яйцеклітини і заплідненню яйцеклітини. Вона повинна виконуватися кваліфікованими медичними працівниками і може проводитися під місцевою або загальною анестезією. Вибір методу і типу анестезії часто продиктований не стільки бажанням пацієнта, скільки наявністю обладнання та підготовкою персоналу.

Процедура жіночої стерилізації може бути проведена як за допомогою лапароскопії, так і міні-лапаротомії. Лапароскопія зазвичай проводиться під загальною анестезією, але може бути виконана під спинномозковою або місцевою анестезією. Міні-лапаротомія передбачає надлобковий розріз 2-3 см і дозволяє уникнути необхідності використання дорогого лапароскопічного обладнання.

Чоловіча стерилізація (вазектомія) передбачає поділ або перекриття обох сім'явивідних проток і є більш ефективною процедурою, ніж жіноча стерилізація. Вона також набагато безпечніша і простіша у виконанні та проводиться під місцевою анестезією у більшості чоловіків [29].

У таблиці 1.2 наведені дані про рівень ефективності різних видів контрацепції [11].

Таблиця 1.2

**Характеристика ефективності різних видів контрацепції (за відсотком незапланованих вагітностей протягом першого року застосування методу контрацепції)**

<b>Метод</b>	<b>Частота настання вагітності, %</b>
Вазектомія	0,1-0,15
Трубна оклюзія	0,3-0,4
Імплантати	0,2-1
Комбіновані ін'єкційні протизаплідні засоби	0,1-0,4
Прогестинові ін'єкційні протизаплідні засоби	0,3-1
Комбіновані оральні протизаплідні засоби	0,1-8
Прогестинові таблетки	0,5-10
Комбінований гормональний пластир (Erga)	0,3-8
Комбіноване гормональне кільце (NuvaRing)	0,3-8
Внутрішньоматкові засоби (що виділяють мідь, і гормоновидільні)	0,5-1
Метод лактаційної аменореї	1-2
Презервативи чоловічі	2-12

Продовження табл. 1.2

Презервативи жіночі (Reality)	5-21
Сперміциди	3-21
Діафрагма, ковпачок зі сперміцидом	6-18
Перерваний статевий акт	4-18
Природні методи планування сім'ї	9-20

### 1.9. Основні характеристики невідкладної (посткоїтальної контрацепції)

Невідкладна (посткоїтальна) контрацепція або екстрена контрацепція (ЕК) – це збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції для запобігання вагітності після незахищеного статевого акту [11].

ЕК може допомогти запобігти вагітності за різних обставин, таких як невдалий метод контрацепції, незахищений статевий акт або сексуальне насильство, проте вона залишається недостатньо використовуваною [14].

Ефективність методу становить 96 %, якщо з моменту незахищеного статевого акту минуло не більше ніж 48-72 год. Уводять гормональні препарати в дозах, що значно перевищують такі під час стандартного циклічного режиму їх використання (табл 1.3) [11].

Таблиця 1.3

#### Режим проведення невідкладної контрацепції

Вид невідкладної контрацепції	Назва препарату	Режим призначення
Комбіновані пероральні протизаплідні засоби в низьких дозах (30-35 мкг етинілестрадіолу)	Фемоден Марвелон Ригевідон Мікрогіно	4 табл. впродовж 72 год., повторно через 12 год.

## Продовження табл. 1.3

Комбіновані пероральні протизаплідні засоби у високих дозах (50 мкг етинілестрадіолу)	Нон-овлон, Овідон	2 табл. впродовж 72 год., повторно--через 12 год.
Прогестинові таблетки	Постинор	1 табл. впродовж 48 год, повторно--через 12 год.
Внутрішньоматкові протизаплідні засоби	Copper T-380 Nova T Multiload Си 375 Мірена	Упродовж перших 5 днів
Антипрогестини	Міфепристон	600 мг упродовж 72 год.

У табл. 1.4 порівнюються найпоширеніші методи екстреної контрацепції.

Таблиця 1.4

## Порівняння методів екстреної контрацепції

Характеристика показника	Метод		
	ЛНГ-екстрена контрацепція	Уліпристаль ацетат (УРА)	Мідна в/маткова спіраль (ВМС)
Результативність	Не така ефективна, як УРА або мідна ВМС. Може мати знижену ефективність при підвищеному ІМТ >30 кг/м <sup>2</sup>	Найефективніший пероральний метод. Може мати знижену ефективність при підвищеному індексі маси тіла >30 кг/м <sup>2</sup> (але меншою мірою, ніж екстрена контрацепція ЛНГ)	Найефективніший метод. Не залежить від ваги тіла

Продовження табл. 1.4

Доступність	Відпускається без рецепта	Відпускається без рецепта	Потребує введення кваліфікованим фахівцем
Часовий проміжок для використання після незахищеного статевого акту	Дозволено до 72 год., але доведена ефективність до 96 год. поза інструкцією. Ефективність обмежена, якщо пройшло 96-120 год.	Дозволено до 120 год.	120 годин без втрати ефективності протягом 5 днів.
Основні протипоказання, запобіжні заходи та взаємодія з іншими лікарськими засобами	Алергія та підвищена чутливість. Тяжкі захворювання печінки. Відома вагітність. Взаємодія з препаратами, що індукують ферменти печінки (рекомендується подвійна доза [off-label])	Алергія та підвищена чутливість. Тяжкі захворювання печінки. Тяжкий перебіг бронхіальної астми, яка недостатньо контролюється пероральними глюкокортикоїдами. Відома вагітність. Взаємодія з препаратами, що індукують ферменти печінки (немає рекомендацій щодо подвійної дози).	Поточна інфекція органів малого тазу або деформація порожнини матки. Відома вагітність. Відсутність медикаментозної взаємодії.

## Продовження табл. 1.4

Потенційно схильні до діареї або мальабсорбції	Так	Так	Ні
Побічні ефекти та ризику	Головний біль, дисменорея, нудота, блювання та зміна характеру вагінальних кровотеч		Можлива початкова зміна характеру кровотечі та ймовірна тривала підвищена менструальна крововтрата. Невеликий ризик перфорації, інфікування та деструкції
Грудне вигодовування	Можна безпечно застосовувати жінкам, які годують грудьми, без необхідності переривати годування	Жінкам, які годують грудьми, рекомендується зціджувати грудне молоко протягом одного тижня після прийому UPA	Безпечно використовувати після чотирьох тижнів після пологів
Тривала контрацепція	Жінки можуть розпочати гормональний метод контрацепції негайно, скориставшись функцією	Не можна розпочинати або відновлювати прийом гормонального методу контрацепції одразу після застосування	Забезпечує постійну ефективну довготривалу контрацепцію до 10 років

Продовження табл. 1.4

	"Швидкий старт"	препарату "Швидкий старт" через потенційне зниження ефективності УРА (рекомендується затримка на п'ять днів з використанням презервативів або утриманням у проміжному періоді, а потім до початку дії методу)	
--	-----------------	---	--

Таким чином, ЕК – це гормональний метод контрацепції, який запобігає вагітності після статевого акту. Завдяки своїй посткоїтальній природі це ідеальний метод запобігання небажаній вагітності внаслідок сексуального насильства, незахищеного статевого акту або невдалої щоденної контрацепції [21]. ЕК може знизити ризик вагітності, якщо застосовувати її протягом 120 годин після незахищеного статевого акту, а гормональні таблетки для ЕК тим ефективніші, чим раніше вони застосовуються. Введення мідної спіралі є найефективнішим методом ЕК і має додаткову перевагу у вигляді забезпечення безперервної контрацепції, якщо її залишити на місці [22].

### 1.10. Побічна дія гормональних контрацептивів

Існуючі на медичному ринку сучасні методи контрацепції є високоефективними та достатньо безпечними, крім того, вони поєднують в собі не тільки контрацептивний, але й лікувальний компонент (зокрема КОК). Однак, частина жінок, яка надала перевагу таблетованим засобам



контрацепції, відмічають деякі побічні дії, пов'язані з впливом на організм естрогенного або гестагенного компонента.

Пацієнтки, які використовують оральні ГК, можуть відчувати такі неприємні стани: головну біль, нудоту, блювоту, нагрубіння молочних залоз, дратівливість, зниження лібідо. Поява таких побічних ефектів може стати причиною звернення до лікаря або відмови від ГК [15].

Проведені дослідження, які порівнювали вплив КОК, що містили 50 та 30 мкг етинілестрадіолу, на систему згортання крові, фібринолізу та агрегацію тромбоцитів, підтвердили дозозалежний ефект естрогенів. Посилення агрегаційної активності тромбоцитів, підвищення рівня факторів II, VII, VIII, IX і X, фібриногену та розчинного фібрину, а також зниження рівня антитромбіну спостерігалися при прийомі обох препаратів, але були менш виражені при прийомі 30 мкг етинілестрадіолу [20].

Великі міжнародні когортні дослідження виявили, що ризик тромбозу глибоких вен на початковому рівні у жінок репродуктивного віку становить приблизно від 2 до 10 на 10 000 жінок-років. Ризик, пов'язаний з КОК, становить приблизно 7-10 венозних тромботичних подій на 10 000 жінок-років [16]. З яких найчастіше зустрічаються венозні (4,2:10 000), тоді як церебральний тромбоз (3,4:100 000) і гострий інфаркт міокарда (0,4:100 000), разом з тромбоемболією легеневої артерії, є потенційно смертельними [17].

Значна кількість досліджень оцінювала ризик венозної тромбоемболії (ВТЕ) та артеріальної тромбоемболії (АТЕ) залежно від типу контрацептиву, що використовується. У когортному дослідженні з використанням національних історичних реєстрів Данії оцінили ризик ВТЕ при застосуванні КОК залежно від типу прогестагену та дози естрогену. Ці автори дійшли висновку, що порівняно з тими, хто не застосовує КОК, у тих, хто приймає ОК з ЛНГ, ризик ВТЕ (підтверджений призначенням антикоагулянтів) підвищується втричі, а у тих, хто приймає ОК з дезогестрелом, гестоденом, дроспіреноном або ципротероном, – у 6-7 разів.

Препарати, що містять лише прогестин, такі як низькодозовані таблетки норетистерону, таблетки, що містять лише дезогестрел, або ВМС, що вивільняють гормони, не пов'язані з підвищеним ризиком ВТЕ.

Враховуючи, що ризики ВТЕ мають тенденцію асоціюватися в одного і того ж суб'єкта і що надмірна вага/ожиріння можуть бути пов'язані з тютюнопалінням, артеріальною гіпертензією та віком, дуже важливо оцінити сумарний тромботичний ризик, що виникає внаслідок наявності кожного з ризиків ВТЕ, якщо вони присутні в одного і того ж суб'єкта.

Рекомендується з обережністю застосовувати КОК у пацієток з надмірною вагою та ожирінням, обираючи найбезпечніші альтернативи при призначенні ГК у зв'язку зі зростанням глобальної поширеності ожиріння [19].

Низка нещодавніх епідеміологічних досліджень задокументувала зв'язок між вживанням ГК і ризиком розвитку депресії, спроб самогубства та суїциду серед жінок. Існують переконливі докази того, що деякі жінки чутливі до екзогенних статевих гормонів, але також відомо, що багато хто добре справляється з ГК і що ризик розвитку депресії при застосуванні ГК після 25 років є помірним. Загалом, оцінка ризику повинна бути уточнена, щоб на початку лікування включати анамнестичну інформацію про психологічні стани, які можуть підвищити ризик розвитку великої депресії у молодій жінки. Анамнез повинен включати інформацію про сімейну схильність до психічних захворювань [18].

Автори датського популяційного дослідження повідомили, що період ризику досягав піку в 6 місяців і після цього зменшувався. Ті ж автори оцінили ризики спроб самогубства та його завершення у жінок віком від 15 до 33 років, за якими спостерігали протягом 8 років. Важливим висновком стало те, що часовий проміжок між прийомом гормональних контрацептивів і спробою самогубства досягав піку через 2 місяці. Це спостереження демонструє клінічну важливість моніторингу афективних симптомів і суїцидальних намірів невдовзі після початку прийому контрацептивів для виявлення вразливих жінок [37].

## **Висновки до розділу 1**

Проведений аналіз літератури показав, що на сьогодні в світі увага до контрацепції підвищується. Це обумовлене насамперед тим, що використання контрацептивів стає більш актуальним не лише задля планування сім'ї, а й для збереження здоров'я жінок (зменшення кількості абортів та зменшення ускладнень, що з ним пов'язані, зменшення або усунення патологічних симптомів деяких гінекологічних захворювань).

Серед різних методів контрацепції окрема увага приділяється застосуванню оральних контрацептивів. Сучасний світовий фармацевтичний ринок ОК великий, це пов'язано не лише з їх застосуванням як контрацепції та плануванні родини, але і для лікування гінекологічних захворювань. Понад 90% лікарів акушерів-гінекологів повідомляють, що на сьогодні ОК широко призначаються завдяки їх додатковим ефектам (так званим плейотропним) окрім власне контрацептивних, що дозволяє застосовувати їх для лікування певних гінекологічних патологічних станів.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи та вирішення поставлених завдань проведено 2 комплексних дослідження, а саме – анкетування відвідувачів аптеки (жінок), які звернулись до фармацевта, щоб придбати оральний контрацептив. Та анкетування гінекологів, з метою визначення частоти призначень ОК з неконтрацептивною метою. А також дослідження з аналізу клінічних настанов та протоколів лікування певних гінекологічних захворювань на наявність в них прямих показань до застосування ОК.

Анкета розроблялася з дотриманням стандартних вимог до такого різновиду опитування і складається з питань відкритого та закритого типу.

Для виконання кваліфікаційної роботи використовували методи опитування (анкетування), логічний метод, методи аналізу та угруповання, статистична обробка даних.

#### 2.1. Проведення анкетування відвідувачів аптеки (жінок)

Для аналізу мети застосування ОК було розроблено анкету, яка містила 9 питань (табл. 2.1.). Анкетування проводилось в аптечних закладах у березні 2023 року. Загалом було анкетовано 30 жінок, які приймають ОК.

Таблиця 2.1

**Анкета для відвідувачки аптеки, яка звернулася за відпуском орального контрацептиву**

Назва ЛП \_\_\_\_\_

Питання	Відповідь	
Вкажіть Ваш вік	років	
Цей лікарський препарат Вам призначив лікар?	Так	Ні
Якщо Ви застосовуєте ОК не для контрацепції чи застосовуєте додатково інші препарати?	Ні Так, _____	

## Продовження табл. 2.1

З якою метою Вам призначені ОК?	А) для контрацепції Б) для лікування гормонзалежного захворювання В) для лікування акне Г) замісна терапія Д) Інше
Це Ваш перший досвід застосування ОК?	Так                      Ні Якщо «Ні», скільки років Ви їх приймаєте? А) менше 1 року Б) 1-3 роки В) 4-6 років Г) Більше 6 років
Чи доводилося Вам змінювати ОК? Якщо ТАК, вкажіть причину.	Ні Так, _____
Чи виникали у Вас побічні ефекти при застосуванні ОК?	Ні                      Так Якщо «Так», вкажіть _____ _____
Чи стикалися Ви з упередженим ставленням до гормональної контрацепції (гормонофобія)?	а) Так, у мене були перестороги б) Так, у моєму оточенні є такі люди в) Ні

## 2.2. Анкетування гінекологів щодо особистого досвіду застосування ОК в медичній практиці

Для аналізу частоти призначень ОК було розроблено анкету, яка містила 8 питань (табл. 2.2.). Анкетування проводилось в медичних закладах у березні 2023 року. Було проанкетовано 10 гінекологів з різним досвідом роботи (від 3 до більш ніж 30 років).

Таблиця 2.2

### Анкета для гінекологів щодо дослідження частоти призначення оральних контрацептивів (ОК) в щоденній медичній практиці

Питання	Відповідь
Вкажіть Ваш стаж роботи за спеціальністю	_____ років



- Акне. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2017 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn\\_akne.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_akne.pdf)) [38];
- Аномальні маткові кровотечі. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_353\\_akn\\_amk.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_353_akn_amk.pdf)) [39];
- Аномальні маткові кровотечі. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2016 ([https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_353\\_ukpmd\\_amk.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_353_ukpmd_amk.pdf)) [40];
- Тактика ведення пацієток з генітальним ендометріозом. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2016 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_319\\_ukpmd\\_ge.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_319_ukpmd_ge.pdf)) [41];
- Тактика ведення пацієток з лейоміомою матки. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2022 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/2022\\_12\\_26\\_kn-lm.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/2022_12_26_kn-lm.pdf)) [42];
- Тактика ведення пацієток з ендометріозом. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_319\\_akn\\_ge.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_319_akn_ge.pdf)) [43];
- Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2022 ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn\\_1039\\_17\\_06\\_2022\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn_1039_17_06_2022_dod.pdf)) [44].
- Лейоміома матки. Стандарти медичної допомоги, 2023 (Наказ МОЗ України від 25 січня 2023 р. № 147» ([https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43352-dn\\_147\\_25012023\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43352-dn_147_25012023_dod.pdf)) [45].

### РОЗДІЛ 3

## ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ КОМПЛЕКСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ, АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ ТА ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

### 3.1 Аналіз даних анкетування відвідувачів аптеки (жінок-споживачів ОК)

В анкетуванні прийняли участь 30 жінок репродуктивного віку.

Жінок, що пройшли анкетування, умовно можна розділити на різні вікові категорії (рис. 3.1).

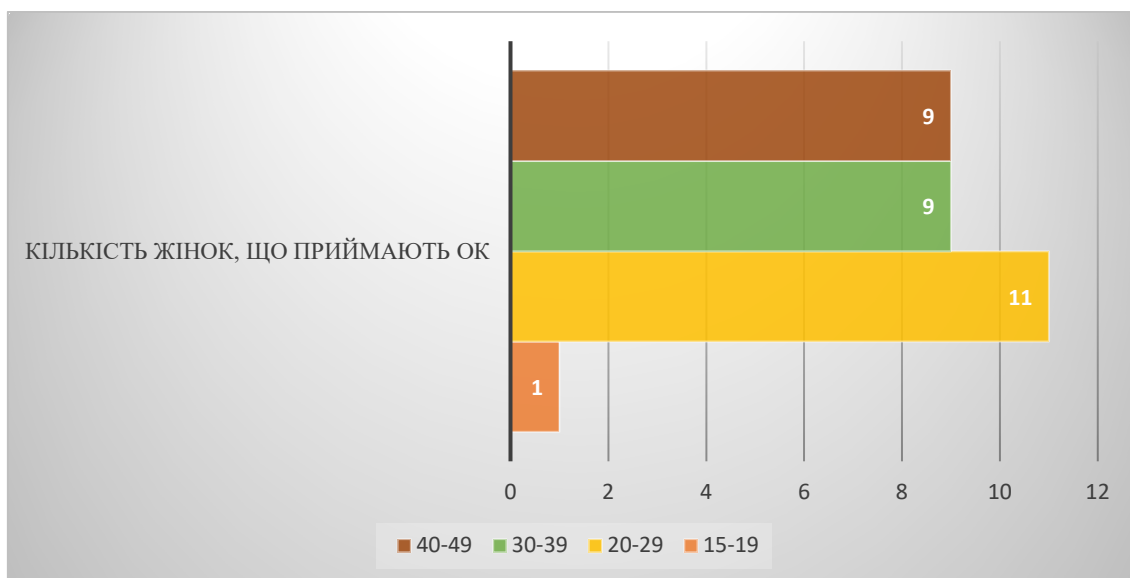


Рис. 3.1. Розподіл проанкетованих жінок-споживачів ОК за віковими групами.

Отримані дані (питання анкети № 3) свідчать про те, що 100% жінок, що пройшли опитування, приймають ОК за призначенням лікаря.

Розділивши респонденток на 4 вікові групи, ми провели аналіз їх призначень (питання анкети № 4). Анкетування показало, що контрацепція не є основним показанням до застосування ОК. Окрім контрацепції, лікарі призначали жінкам ОК з метою лікування гормонозалежних захворювань,



акне, синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), аномальних маткових кровотеч (АМК) та як менопаузальну терапію (рис. 3.2.).

Гормонозалежні захворювання – найбільш поширена категорія призначень ОК серед усіх вікових груп (40% від усіх призначень). До гормонозалежних захворювань належать: міома та поліпи матки, ендометріоз, аденоміоз та передменструальний синдром (ПМС).

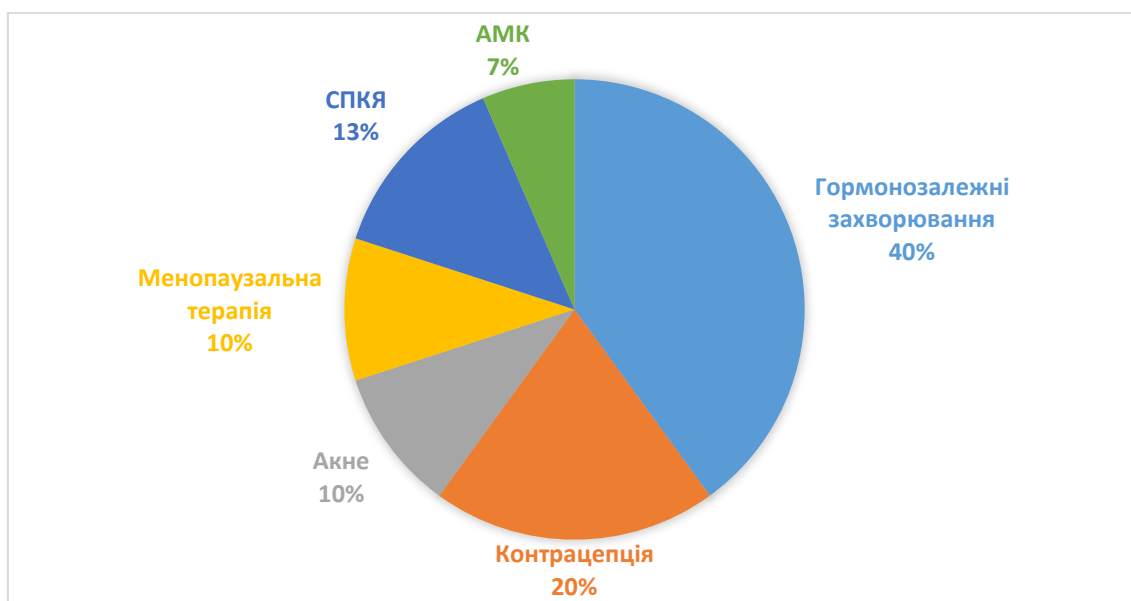


Рис. 3.2. Розподіл жінок-споживачів ОК за метою їх призначення.

На рис. 3.3 ми дослідили зв'язок між віковою групою та показаннями до призначення ОК. Зі зміною вікової групи збільшується кількість призначень ОК з метою лікування гормонозалежних захворювань.

Жінки 2-ої вікової групи отримують найбільше призначень ОК для лікування акне. Жінкам 3-ої та 4-ої вікових груп лікарі призначають ОК з метою лікування початкових симптомів менопаузи та зменшення довгострокових несприятливих наслідків у постменопаузі. Такі показники пов'язані зі станом репродуктивної системи жінки у різні періоди життя.

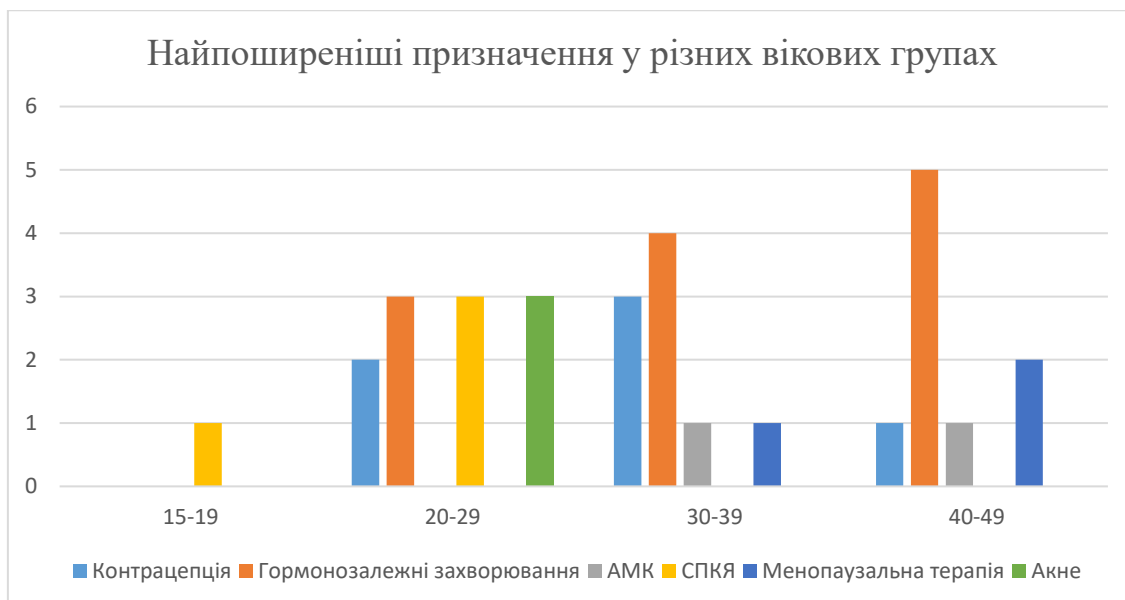


Рис. 3.3. Кількість жінок репродуктивного віку (15-49 років), які використовують ОК за спеціальним призначенням.

Також, ми досліджували, які саме ОК жінки приймають (питання анкети № 1). Найбільш часто призначуваними є естрогени та прогестагени у фіксованих комбінаціях. Найбільше призначень припадає на такі ЛЗ: «Джаз+» (6 призначень) та «Регулон» (4 призначення). По 3 призначення для таких ЛЗ: «Джаз», «Ярина+», «Жанін» та «Клайра». По 2 призначення у «Силует» та «Вендіол». По 1 призначенню у «Белара», «Фемостон» та «Дезофемін 30».

Загалом 86,7 % респонденток використовують ОК не перший раз (питання анкети № 6). На рисунку 3.4. у відсотках представлено скільки жінки вже приймають ОК. 21 % жінок застосовує ОК від 4 до 6 років, а 25 % жінок – більше 6 років. Це підтверджує те, що ОК можна застосовувати упродовж тривалого періоду часу.

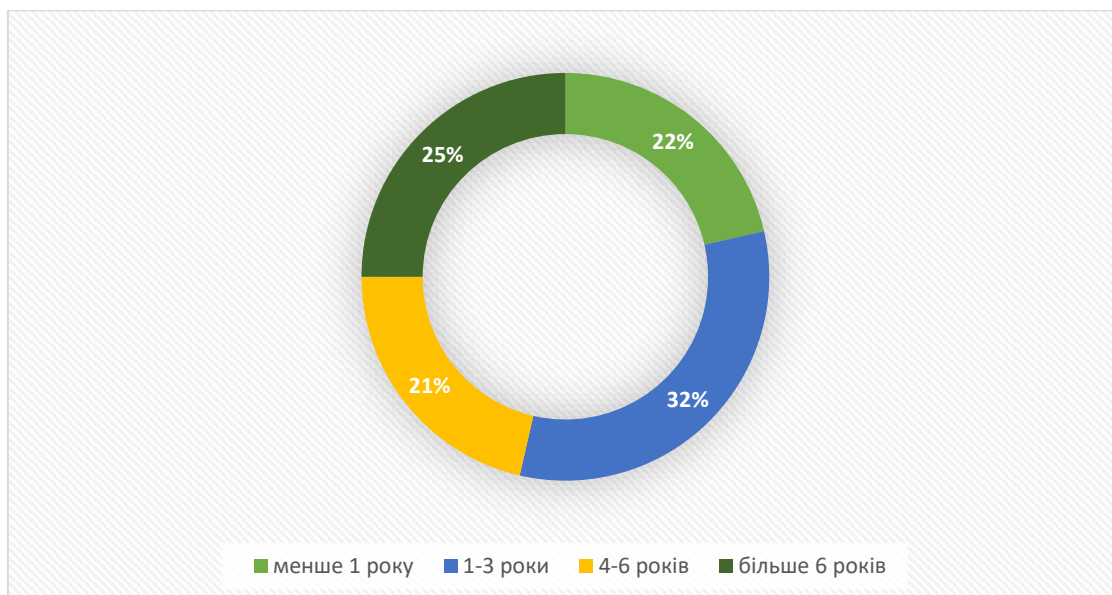


Рис. 3.4. Відсотковий розподіл жінок за кількістю років, які вони приймають ОК.

Більшості жінок (60%), що приймають ОК не доводилося змінювати ОК (питання анкети № 7). Індивідуальна непереносимість, побічні ефекти та зміна ОК лікарем – основні причини зміни ОК.

У 80 % опитаних жінок виникали побічні ефекти при застосуванні ОК (питання анкети № 8). Найпоширеніші побічні ефекти при застосуванні ОК: нудота, головний біль, набряки, біль у грудях, зниження лібідо, депресія, зміни настрою, погіршення стану судин та тромбоз.

Також ми проаналізували ставлення жінок або їх оточення щодо упередженого ставлення до застосування гормональних контрацептивів (питання анкети № 9). На рисунку 3.5. результат опитування показав, що більшість жінок мали гормонофобію або знають людей що упереджено ставляться до ГК. Поширеність гормонофобії серед населення України пов'язана з великою кількістю хибної інформації щодо застосування ОК та відсутністю просвітницької діяльності серед населення медичними фахівцями.

Чи стикалися Ви з упередженим ставленням до гормональної контрацепції (гормонофобія)?

30 відповідей

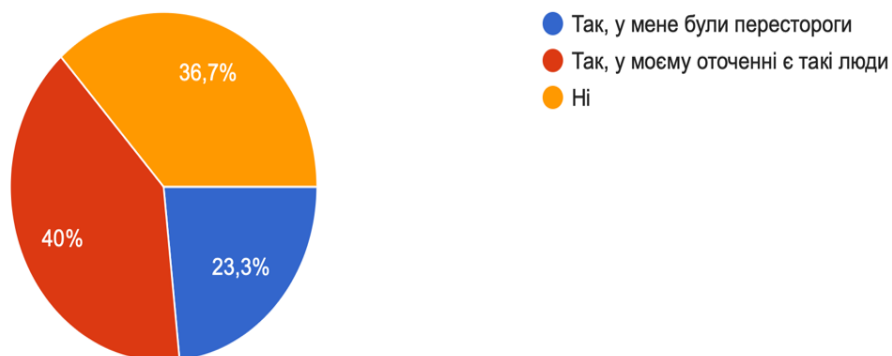


Рис. 3.5. Розподіл жінок (у %) за їх ставленням до гормональної контрацепції.

### **3.2 Аналіз результатів анкетування гінекологів щодо частоти призначень ОК з неконтрацептивною метою**

В анкетуванні прийняли участь 10 гінекологів з різним стажом роботи. Стаж роботи гінекологів варіює від 1 року роботи до більш ніж 30 років стажу (питання анкети № 1).

В залежності від стажу роботи кількість призначень ОК на місяць відрізняється (питання анкети № 2). За даними графіку (рис. 3.6.) видно, що зі збільшенням стажу гінеколога збільшується кількість призначень ОК. Така кількість призначень ОК на місяць свідчить, що в Україні є велика необхідність у застосуванні ОК.



Рис. 3.6. Графік залежності кількості призначень ОК від стажу роботи гінеколога.

Слід зазначити, всі опитані гінекологи відмітили, що призначають ОК не лише з контрацептивною метою (питання анкети № 3). В основному ОК призначають для лікування гормонозалежних захворювань, СПКЯ, АМК, ПМС, дисменореї, гіперандрогенії, після гістероскопії та акне. Більшість гінекологів не призначають ОК жінкам з менопаузальним синдромом (питання анкети № 8). Але гінекологи, що мають великий стаж роботи, все ж таки призначають ОК жінкам у менопаузі.

Необхідно підкреслити, що більшість (70%) гінекологів мали справу з пацієнтками, які вже приймали ОК за призначенням дерматолога (питання анкети № 6). У таблиці 3.1 наведено торгові назви ОК, що призначають гінекологи для контрацепції або лікування гінекологічних захворювань.

Таблиця 3.1

**Торгові найменування ОК, що найбільше призначають гінекологи**

<b>Показання</b>	<b>Торгові назви</b>	<b>Основний ефект</b>
Контрацепція	Джаз, Джаз+, Дроспіфем 20, Вендіол	Контрацептивний ефект Антимінералкортикоїдний ефект
Ендометріоз	Силует, Жастінда, Деновель	Антипроліферативний ефект
АМК, нормалізація менструального циклу	Регулон, Клайра	Антипроліферативний ефект
СПКЯ, акне	Белара, Регулон	Антиандрогенний ефект
Менопаузальна гормональна терапія	Фемостон, Естрожель	Зменшує вираженість клімактеричних симптомів

Опитані гінекологи вважають, що на вибір ОК впливають індивідуальні особливості пацієнтки (питання анкети № 4). Гінекологи відповіли, що на їх думку є найважливішим фактором при виборі ОК (питання анкети № 7), дані наведені на рисунку 3.7.

Виявилось, що при виборі ОК в першу чергу гінекологи орієнтуються на його профіль безпеки. Обравши більш безпечний препарат, лікарі-гінекологи зводять до мінімуму появи небажаних медикаментозних реакцій, які притаманні ОК. Також, більшість гінекологів (50%) при виборі ОК вважають, що вибір діючої речовини є важливим терапевтичним фактором. ОК відрізняються різним складом діючих речовин, тому гінекологи можуть призначати кожній жінці різні ОК в залежності від бажаного ефекту.

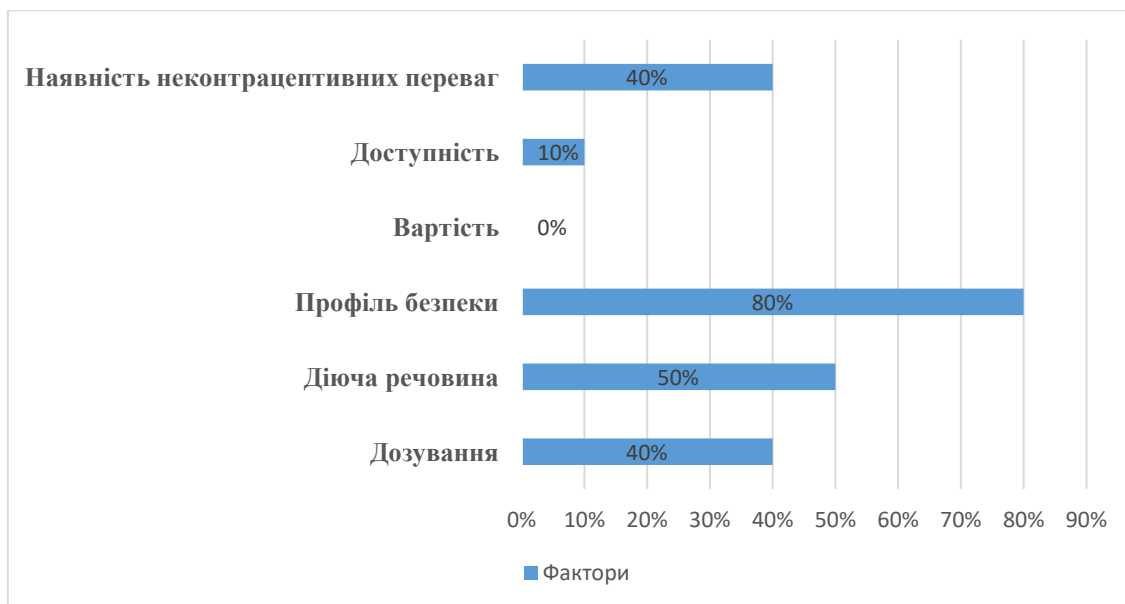


Рис. 3.7. Фактори, що впливають на вибір ОК гінекологом.

### 3.3. Аналіз клінічних настанов та протоколів лікування щодо використання плейотропних ефектів оральних контрацептивів

Як зазначено у відповідній клінічній настанові з лікування акне [38], ОК рекомендують застосовувати як альтернативне лікування важких форм папульозно-пустульозних/середньо вузлових акне в комбінації з препаратами для шкірного застосування або системними антибіотиками.

ОК застосовуються для лікування АМК у якості гормональної терапії [39, 40]. Використовують КОК для пригнічення осі гіпофіз-яєчники та атрофії ендометрію. Ефективність КОК: регулярність менструацій, зниження менструальних крововтрат на 20–50%, зменшення дисменореї та передменструального синдрому. Єдиною комбінацією естрогену і прогестину, в показаннях якої зазначене лікування АМК, є естрадіолу валерат + дієногест у режимі динамічного дозування. КОК, що містять етинілестрадіол, можуть застосовуватись при лікуванні хронічної АМК як в циклічному, так і переважно – в безперервному режимах, з урахуванням тромботичних ризиків.

У клінічній настанові щодо тактики ведення пацієток з ендометріозом [43] лікарям рекомендується призначати жінкам, прооперованим з приводу

ендометріозу, післяопераційне застосування внутрішньоматкових систем з вивільненням левоноргестрелу (ЛНГ- ВМС) або комбінованих гормональних контрацептивів як один з засобів вторинної профілактики дисменореї, пов'язаної з ендометріозом. Однак цей метод не забезпечує профілактики від неменструальних тазових болів та диспареунії (Рівень доказовості А). Клінічні лікарі можуть розглядати питання про призначення пацієнткам КОК, через їх здатність зменшувати пов'язані з ендометріозом диспареунію, дисменорею та неменструальні болі (рівень доказовості В).

В уніфікованому клінічному протоколі з тактики ведення пацієток з генітальним ендометріозом [41], в якості медикаментозної терапії першої лінії призначаються лікарські засоби гестагени: КОК, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС). КОК широко застосовуються для лікування як больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом, так і болю у жінок з підозрою на ендометріоз. Це є практичними перевагами КОК, включаючи контрацептивний захист, безпеку тривалого застосування та забезпечення контролю менструального циклу. Більш доцільно використання безперервного прийому КОК.

У клінічній настанові тактики ведення пацієток з лейоміомою матки [42] ОК застосовують для лікування жінок з АМК, пов'язаними з міомою матки. ОК ефективні в зниженні менструальних кровотеч в короткостроковій перспективі і можуть запобігти розвитку міоми матки. У стандарті медичної допомоги «Лейоміома матки» зазначено [45], що жінкам з АМК, болем та/або компресійними симптомами призначають консервативне медикаментозне лікування із застосуванням антифібринолітиків (транексамова кислота), нестероїдних протизапальних препаратів, КОК, прогестагенів, у тому числі внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом 52 мг, агоністів ГнРГ, оперативне лікування або поєднання цих методів.

В уніфікованому клінічному протоколі «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» зазначено [44], що ОК застосовуються для лікування симптомів менопаузи. Жінки в перименопаузі



можуть потребувати контрацепції, найбільш безпечним є КОК із натуральним естрогеном у режимі динамічного дозування (естрадіол/дієногест). Жінкам слід продовжувати застосовувати контрацепцію протягом 1 року після останньої менструації, якщо вік складає більше 50 років, та протягом 2 років у віці до 50 років. У табл. 3.2 наведені найбільш часто застосовувані режими менопаузальної гормонотерапії.

Таблиця 3.2

### Режими менопаузальної гормонотерапії

<p>I – монотерапія естрогенами або прогестагенами</p>	<p>Монотерапія естрогенами трансдермально або перорально призначається жінкам після тотальної гістеректомії, однак при субтотальній гістеректомії та при гістеректомії з приводу ендометріозу рекомендовано естроген-гестагенні препарати для МГТ. Монотерапія прогестагенами призначається у фазі менопаузального переходу для регуляції менструального циклу.</p>
<p>II – комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у циклічному режимі</p>	<p>Двофазні пероральні лікарські засоби призначаються на стадії менопаузального переходу або в перименопаузі:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• естрадіол 1 мг (14 днів), потім естрадіол 1 мг + дидрогестерон 10 мг (14 днів);</li> <li>• естрадіол 2 мг (14 днів), потім естрадіол 2 мг + дидрогестерон 10 мг (14 днів);</li> </ul>

## Продовження табл. 3.2

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• естрадіол 2 мг (14 днів), потім естрадіол 2 мг + прогестерон у мікронізованій формі 200 мг (14 днів);</li> <li>• естрадіол 2 мг (11 днів), потім естрадіол 2 мг + ципротерон 1 мг (10 днів) та 7 днів перерви;</li> <li>• естрадіол 2 мг (9 днів), потім естрадіол 2 мг + левоноргестрел 0,15 мг (12 днів) та 7 днів перерви.</li> </ul>
<p>III – монофазна комбінована терапія (естрогени з прогестагенами) у безперервному режимі в постменопаузі</p>	<p>Жінкам в постменопаузі з інтактною маткою призначаються комбіновані монофазні низькодозовані пероральні лікарські засоби (естрадіол + дидрогестерон 1/5 мг, 0,5/2,5 мг; естрадіол 1 мг + дроспіренон 2 мг; естрадіол 2 мг + дієногест 2 мг), а також тиболон 2,5 мг.</p>

### Висновки до розділу 3

Аналіз анкетування відвідувачів аптеки (жінок-споживачів ОК) показав, що контрацепція не є основним показанням до застосування ОК. Окрім контрацепції, жінки приймають ОК з метою лікування гормонозалежних захворювань, акне, СПКЯ, АМК та як менопаузальну терапію. Найбільш часто призначуваними є естрогени та прогестагени у фіксованих комбінаціях. Найбільше призначень припадає на такі ЛЗ: «Джаз+» та «Регулон».

Аналіз анкетування гінекологів показав, що гінекологи призначають ОК як для контрацепції, так і для лікування гормонозалежних захворювань, СПКЯ, АМК, ПМС, дисменореї, гіперандрогенії, після гістероскопії та акне. Це пов'язано з багатьма плейотропними ефектами, що проявляють ОК. У

зв'язку з постійним удосконаленням складу ОК, що призводить до відмінностей між ними у показниках фармакодинаміки і фармакокінетики, ОК можуть проявляти різні властивості та ефекти, наприклад, антипроліферативний, антианδροгенний, антимінералокортикоїдний та антиовуляторний ефекти. Найважливішим показником при виборі ОК, на думку гінекологів, є профіль безпеки ОК.

Аналіз протоколів та настанов показав, що на сьогодні ОК використовують для лікування гінекологічних захворювань. Цю групу ЛЗ використовують як альтернативу для лікування акне, завдяки антиандрогенному ефекту. При АМК використовують гормональну терапію ОК для пригнічення осі гіпофіз-яєчники та атрофії ендометрію. В якості медикаментозної терапії першої лінії ОК використовують для лікування ендометріозу через здатність ОК сприяти розвитку атрофії ендометріюїдних вогнищ та пригнічувати проліферацію клітин. Також, ОК використовують для профілактики менопаузальних порушень, для зменшення вираженості клімактеричних симптомів у перед- та перименопаузальний період.

## ВИСНОВКИ

1. Аналіз даних літератури свідчить, що тема планування сім'ї, а отже, застосування ефективних та безпечних контрацептивних лікарських засобів та виробів медичного призначення є важливою сферою у сучасному суспільстві. Застосування контрацепції допомагає жінкам уникнути небажаної вагітності та сумних наслідків від її переривання, значних економічних витрат, що пов'язані з цим. На сьогодні суспільство та сучасна медицина отримує можливість користуватися ОК для лікування або профілактики низки гінекологічних захворювань, що позбавляє жінок від неприємної симптоматики та необхідності хірургічного втручання.

2. Аналіз даних анкетування жінок-споживачів ОК показав, що в Україні ОК застосовуються не лише для контрацепції, а й в терапії деяких гінекологічних захворювань та патологічних станів (АМК, ендометріоз, СПКЯ, лейоміома матки та менопаузальні порушення). Дослідили зв'язок між віковою групою та показаннями до призначення ОК. Так, у першій віковій групі (15-19 років) була 1 жінка, яка застосовувала ОК з метою контрацепції; серед жінок 2-ої вікової групи (20-29 років) ОК отримували для лікування гормонозалежних захворювань. У жінок 3-4-ої вікових груп (30-39 та 40-49 відповідно) спостерігається тенденція, що більша частка з них застосовують ОК з метою лікування початкових симптомів менопаузи та для зменшення довгострокових несприятливих наслідків у постменопаузі. Визначили, що найбільш застосовуваними ОК є: «Джаз+», «Регулон», «Джаз», «Ярина+», «Жанін» та «Клайра».

3. Аналіз анкетування гінекологів з різним стажем професійної діяльності показав, що достатньо часто лікарі в своїй медичній практиці призначають ОК поза прямими показаннями з лікувально-профілактичною метою. Опитування гінекологів виявило основні плейотропні ефекти ОК, які використовують гінекологи у своїй медичній практиці: антимінералокортикоїдний, антипроліферативний та антиандрогенний ефекти. При виборі ОК 80% гінекологів орієнтуються на його профіль безпеки

(частота та прояв побічних ефектів), оскільки зазвичай терапія є тривалою. Також важливим при призначенні ОК з терапевтичною метою при відповідному діагнозі є діюча речовина.

**4.** Провівши аналіз клінічних настанов та протоколів лікування гінекологічних захворювань, ми дізналися, що ОК широко використовуються для лікування або профілактики низки гінекологічних захворювань (акне, ендометріоз, лейоміома матки, АМК, менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді). Терапевтичний ефект ОК доведений та клінічно обґрунтований, тому використання ОК є сучасним методом лікування, який є безпечним та ефективним.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Daniels, K., & Abma, J. C. (2020). Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2017-2019. NCHS data brief, (388), P. 1–8.
2. Daniels, K., & Abma, J. C. (2018). Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2015-2017. NCHS data brief, (327), P. 1–8.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet*(ST/ESA/SER.A/435).
4. Wright, S., McGeechan, K., Bateson, D. (2020) Assessing prevalence and trends in contraceptive use of Australian women using a market research dataset Ashfield: Family Planning NSW Ashfield: Family Planning NSW.
5. Yi, K. W., Kim, S. K., Lee, D. Y., Lee, S. R., Shin, H., & Choi, D. (2022). Perceptions and Knowledge of Women Regarding Contraception and Current Trends in Contraceptive Use in Korea. *Yonsei medical journal*, 63(11), 999–1006. <https://doi.org/10.3349/ymj.2022.0133>.
6. Plu-Bureau, G., & Raccach-Tebeka, B. (2020). L’histoire de la contraception s’écrit encore ! [The history of contraception is still being written!]. *Medecine sciences* : M/S, 36(8-9), 687–688. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020125>.
7. "Contraception" The Gale Encyclopedia of Science. . Retrieved February 23, 2023 from Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/contraception>.
8. Khan F., Mukhtar S. I, Dickinson K., Sriprasad S. (2013). The story of the condom. *Indian J. Urol.* 29 12–15. 10.4103/0970-1591.109976.
9. ENGS, RUTH C. (Nov 2014) "Margaret Sanger, birth control, and the eugenics movements: changes in historiographical interpretations." Paper presented, at: “A New Look at the New Era: Reassessing the 1920s.” Williams College,

November 14-15, 2014. Retrieved from IUSCholarWorks Repository: <http://hdl.handle.net/2022/19058>.

10. Лахно І.В. (2020). Гормональна контрацепція: сучасний стан проблеми. *З турботою про Жінку*, № 3 (105). <https://doi.org/10.37529/ztz.2020.3/3-20-3>.

11. Степанківська О.В., Щербина М. О. (2018). *Гінекологія* : підруч.; 4-е вид., випр. / Київ: ВСВ "Медицина", 432 с.

12. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї». 2013. URL:[https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_59\\_ukpmd.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_59_ukpmd.pdf).

13. Cooper, D. B., Patel, P., & Mahdy, H. (2022). Oral Contraceptive Pills. In StatPearls. StatPearls Publishing.

14. Batur, P., Kransdorf, L. N., & Casey, P. M. (2016). Emergency Contraception. *Mayo Clinic proceedings*, 91(6), 802–807. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.018>.

15. Шелест, Т. Д. (2020). Огляд міжнародних рекомендацій щодо менеджменту побічних ефектів комбінованої гормональної контрацепції. *ВВК* 79, 1030.

16. Teal, S., & Edelman, A. (2021). Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*, 326(24), 2507–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392>.

17. Nylander, M. C., & Clausen, H. V. (2014). Alvorlige bivirkninger ved p-pillebrug hos teenagere [Serious adverse effect of combined oral contraceptive pills among teenagers]. *Ugeskrift for laeger*, 176(26), V05130336. P. 17.

18. Bchtawi, A. K., Issa, B. S. M., Jørgensen, E. F., & Lidegaard, Ø. (2020). *Ugeskrift for laeger*, 182(26), V12190713.

19. Rosano, G. M. C., Rodriguez-Martinez, M. A., Spoletini, I., & Regidor, P. A. (2022). Obesity and contraceptive use: impact on cardiovascular risk. *ESC heart failure*, 9(6), 3761–3767. <https://doi.org/10.1002/ehf2.14104>.

20. Rodionova, I. O. (2022). Як запобігти можливим ризикам венозних тромбоемболій у пацієток із групи ризику по тромбофілії, які приймають комбіновані гормональні контрацептиви?. *Терапевтика*, 3(1), 23-29.
21. Barbian, J., Kubo, C. Y., Balaguer, C. S., Klockner, J., Costa, L. M. V. D., Ries, E. F., & Bayer, V. M. L. (2021). Emergency contraception in university students: prevalence of use and knowledge gaps. *Revista de Saúde Pública*, 55, 74.
22. Upadhyia, K. K., Breuner, C. C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Hornberger, L. L., Powers, M. E., & Wallace, S. B. (2019). Emergency contraception. *Pediatrics*, 144(6).
23. Xia, M., Yang, M., Wang, Y., Tian, F., Hu, J., Yang, W., ... & Li, W. (2020). dl-Mandelic acid exhibits high sperm-immobilizing activity and low vaginal irritation: a potential non-surfactant spermicide for contraception. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 126, 110104.
24. Simmons, R. G., & Jennings, V. (2020). Fertility awareness-based methods of family planning. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 66, 68–82. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003>.
25. Calik-Ksepka, A., Stradczuk, M., Czarnecka, K., Grymowicz, M., & Smolarczyk, R. (2022). Lactational amenorrhea: neuroendocrine pathways controlling fertility and bone turnover. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(3), 1633.
26. Costescu, D., Chawla, R., Hughes, R., Teal, S., & Merz, M. (2022). Discontinuation rates of intrauterine contraception due to unfavourable bleeding: a systematic review. *BMC women's health*, 22(1), 1-19.
27. Ouyang, M., Peng, K., Botfield, J. R., & McGeechan, K. (2019). Intrauterine contraceptive device training and outcomes for healthcare providers in developed countries: A systematic review. *PloS one*, 14(7), e0219746.
28. Moore, K. (2023). Choice and use of long-acting reversible contraceptives. *Prescriber*, 34(1), 9-15.
29. Glasier, A., Gebbie, A. (2017). Family Planning/Contraception, *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, Academic



Press, Pages 92-101, ISBN 9780128037089, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00155-7>.

30. Powell A. (2017). Choosing the Right Oral Contraceptive Pill for Teens. *Pediatric clinics of North America*, 64(2), 343–358. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.005>.

31. Голюк Н. Я. Особливості патології шийки матки при застосуванні гормональних контрацептивів: дис. ... канд. мед. наук : 22. Львів, 2018. 192 с. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/4066> (дата звернення: 20.04.2023).

32. Brown, B. P., & Allen, R. H. (2020). Progestin-Only Oral Contraceptives. *The Handbook of Contraception: Evidence Based Practice Recommendations and Rationales*, 45-51.

33. Machado, R. B., & Politano, C. A. (2022). Progestogen-only oral contraceptives. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 44(4), 442–448. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748754>.

34. Rocca, Morena Luigia, Anna Rita Palumbo, Federica Visconti, and Costantino Di Carlo. 2021. "Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review" *Pharmaceuticals* 14, no. 6: 548. <https://doi.org/10.3390/ph14060548>.

35. Galzote, R. M., Rafie, S., Teal, R., & Mody, S. K. (2017). Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. *International journal of women's health*, 9, 315–321. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S102306>.

36. Zerihun, M. F., Malik, T., Ferede, Y. M., Bekele, T., & Yeshaw, Y. (2019). Changes in body weight and blood pressure among women using Depo-Provera injection in Northwest Ethiopia. *BMC research notes*, 12(1), 512. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4555-y>.

37. McCloskey, L. R., Wisner, K. L., Cattan, M. K., Betcher, H. K., Stika, C. S., & Kiley, J. W. (2021). Contraception for Women With Psychiatric Disorders.

The American journal of psychiatry, 178(3), 247–255.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20020154>.

38. Корольова Ж.В., Калужна Л.Д. та ін. Акне. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2017 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn\\_akne.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_akne.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

39. Камінський В.В., Татарчук Т. Ф. та ін. Аномальні маткові кровотечі. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_353\\_akn\\_amk.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_353_akn_amk.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

40. Бондарук Н.М., Камінський В.В. та ін. Аномальні маткові кровотечі. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2016 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_353\\_ykpm�\\_amk.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_353_ykpm�_amk.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

41. Бондарук Н.М., Камінський В.В. та ін. Тактика ведення пацієнок з генітальним ендометріозом. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2016 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_319\\_ykpm�\\_ge.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_319_ykpm�_ge.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

42. Татарчук Т.Ф., Булавенко О.В. та ін. Тактика ведення пацієнок з лейоміомою матки. Клінічна настанова, заснована на доказах, 2022 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/2022\\_12\\_26\\_kn-lm.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/2022_12_26_kn-lm.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

43. Татарчук Т.Ф., Камінський В.В. та ін. Тактика ведення пацієнок з ендометріозом. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016 //

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_319\\_akn\\_ge.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_319_akn_ge.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

44. Татарчук Т.Ф., Анікусько М.Ф. та ін. Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 2022 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn\\_1039\\_17\\_06\\_2022\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn_1039_17_06_2022_dod.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

45. Татарчук Т.Ф., Булавенко О.В. та ін. Лейоміома матки. Стандарти медичної допомоги, 2023 // Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43352-dn\\_147\\_25012023\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43352-dn_147_25012023_dod.pdf) (дата звернення: 11.04.2023).

# ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ  
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ  
XXIX МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

19-21 квітня 2023 року  
м. Харків

Харків  
НФаУ  
2023

УДК 615.1

**Редакційна колегія:** проф. Котвіцька А. А., проф. Владимирова І. М.

**Укладачі:** Сурікова І. О., Боднар Л. А., Григорів Г. В. Литкін Д. В.

Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали ХХІХ міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів (19-21 квітня 2023 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2023. – 606 с.

Збірка містить матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Youth Pharmacy Science», які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоекономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; суспільствознавства; фундаментальних та мовних наук.

УДК 615.1

© НФаУ, 2023

XXIX Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

---

### **ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН**

Бощенко Р.М., Андреева О.О.

Науковий керівник: Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
clinpharm@nuph.edu.ua

**Вступ.** За даними ВООЗ на прояви варикозного розширення вен (ВРВ) страждає кожен 5 житель планети у віці від 25 років. Небезпека захворювання криється в ускладненнях, які спричиняє венозна недостатність. До останніх належать трофічні виразки, венозна недостатність (ВН), тромбофлебіт, кровотечі з варикозних вузлів. Тромбофлебіти у свою чергу можуть викликати такі загрозливі ускладнення як тромбоемболія легеневої артерії і флеботромбоз глибоких вен. Висока розповсюдженість, схильність до захворюваності усіх вікових прошарків диктують необхідність оптимізації та удосконалення підходів до попередження наслідків прогресування ВН, у тому числі через широке впровадження засад фармацевтичної опіки та залученням до процесу лікарської терапії хворих на ВРВ фахівців з клінічної фармації.

**Мета дослідження.** Визначити оптимальні підходи до зменшення ризику ускладнень ВРВ на підставі аналізу сучасної наукової літератури з питань консервативного лікування та профілактики ВН.

**Матеріали та методи.** Інформаційно-пошуковий метод: огляд та аналіз сучасних літературних джерел та Internet-ресурсів за темою дослідження.

**Результати дослідження.** З огляду на сучасні літературні джерела методи лікування варикозної хвороби та профілактики варикозно-асоційованих ускладнень класифікуються на хірургічні, безопераційні (інструментальні), медикаментозні та немедикаментозні. Останні два напрямки прийнятні в межах здійснення фармацевтичної опіки та реалізуються за участі клінічного фармацевта, на якого покладається функція з вибору оптимальних засобів лікування / профілактики в залежності від стадії та характеру перебігу ВРВ, а також визначення пацієнтів з групи ризику для скерування до лікаря. Опіраючись на знання основних підходів до фармакотерапії ВРВ клінічний фармацевт здійснює індивідуалізований вибір виробів еластичної компресії, венотонічних та/або протизапальних препаратів, надає консультацію з їх раціонального застосування, дотримання відповідних правил зі способу життя.

**Висновки.** Здійснення кваліфікованої фармацевтичної опіки пацієнта з ВРВ сприяє формуванню його комплаєнсу, виступає контролюючим заходом ефективності лікування та є запорукою зниження ризику ускладнень варикозного розширення вен.

### **АНАЛІЗ КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ**

Коробко О.Т., Тарасенко О.О.

Науковий керівник: Безугла Н.П.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
saylolha@gmail.com

**Вступ.** За даними статистики в світі 842 млн. жінок використовують сучасні методи контрацепції і близько 50 % з них надають перевагу застосуванню оральних контрацептивів

(ОК). Окрім основного фармакологічного ефекту (контрацептивного), лікарські засоби (ЛЗ) цієї фармакологічної групи мають низку позитивних неконтрацептивних ефектів, які використовують для лікування деяких патологічних станів. Ці неконтрацептивні ефекти ОК опосередковані пригніченням овуляції та усуненням коливань рівнів статевих гормонів в організмі жінки і використовують це з метою лікування відповідних порушень репродуктивної функції, деяких гінекологічних захворювань, в дерматології тощо.

**Мета дослідження.** Аналіз частоти застосування ОК з терапевтичною метою та аналіз нормативних документів щодо використання плейотропних ефектів ОК з точки зору доказової медицини.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань було проведено два комплексних дослідження, а саме – анкетування відвідувачів аптеки (жінок-споживачів ОК) та анкетування гінекологів. Також був проведений аналіз чинних клінічних настанов та протоколів лікування певних гінекологічних захворювань щодо наявності в них прямих показань до застосування ОК. При виконанні різних етапів дослідження використовували методи опитування (анкетування), логічний метод, методи аналізу та угруповання, статистична обробка даних.

**Результати дослідження.** В анкетуванні прийняли участь 30 жінок репродуктивного віку від 18 до 49 років (респондентки були розподілені на 4 групи за віком). Аналіз анкетування відвідувачів аптеки (жінок-споживачів ОК) показав, що контрацепція не є основним показанням до їх застосування. Так, у першій віковій групі (15-19 років) була лише 1 жінка, яка застосовувала ОК з метою контрацепції; серед жінок 2-ої вікової групи (20-29 років) 5 жінок з 11 отримували ОК для лікування гормонозалежних захворювань. У жінок 3-4-ої вікових груп (30-39 та 40-49 відповідно) спостерігається тенденція, що більша частка з них (5 жінок з 9 та 5 жінок з 9 відповідно) застосовують ОК з метою лікування початкових симптомів менопаузи та для зменшення довгострокових несприятливих наслідків у постменопаузі. За результатами дослідження найбільш часто призначають ОК, які містять естрогени та прогестагени у фіксованих комбінаціях («Джас+», «Регулон», «Ярина+», «Джас», «Жанін», «Клайра», «Силует», «Вендіол», «Белара», «Фемостон» та «Дезофемін 30»).

Також було проанкетовано 10 гінекологів, стаж роботи яких становив від 3 до більш ніж 30 років. Лікарі вказали, що досить часто в щоденній практиці призначають ОК не лише з контрацептивною метою, а й використовують їх плейотропні ефекти. Так, ОК в терапії деяких гормонозалежних захворювань, синдрому полікістозних яєчників, аномальних маткових кровотеч, передменструального синдрому, дисменореї, гіперандрогенії та після гістероскопії. При виборі ОК 80% гінекологів орієнтуються на його профіль безпеки (частота та прояв побічних ефектів), оскільки зазвичай терапія є тривалою. Також важливим при призначенні ОК з терапевтичною метою при відповідному діагнозі є діюча речовина.

Аналіз протоколів лікування деяких гінекологічних захворювань та клінічних настанов продемонстрував, що ОК призначають для лікування ендометріозу (терапія першої лінії) через їх здатність сприяти розвитку атрофії ендометріюїдних вогнищ та пригнічувати проліферацію клітин. Також ОК використовують для профілактики менопаузальних порушень та для зменшення вираженості клімактеричних симптомів у перед- та перименопаузальний період; в терапії аномальних маткових кровотеч тощо.

**Висновки.** Отже, проведене комплексне дослідження (анкетування відвідувачів аптеки та гінекологів, аналіз протоколів лікування та клінічних настанов) показало, що на сьогодні застосування ОК не обмежується лише основним показанням до застосування, а саме контрацепцією. Завдяки плейотропним ефектам, ОК застосовують для лікування або



XXIX Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

---

профілактики низки гінекологічних захворювань. Достатньо широкий асортимент ОК на вітчизняному фармацевтичному ринку дозволяє лікарям зробити найбільш раціональний вибір ЛЗ з урахуванням діагнозу пацієнтки та її індивідуальних особливостей, що, в свою чергу, дозволяє проводити ефективну та безпечну терапію протягом тривалого часу.

### ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ФІТОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Лошаков А.В., Вєтрова К.В.

Науковий керівник: Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

clinpharm@nuph.edu.ua

**Вступ.** Сечокам'яна хвороба (СКХ) – захворювання, яке відоме людству з давніх часів, й натеper досить поширене у всіх країнах світу. Так, в Україні розповсюдженість СКХ посідає друге місце після інфекції сечових шляхів серед усіх урологічних захворювань. За сучасними уявленнями патологічне каменеутворення в сечовивідних шляхах має поліетіологічну природу, проте основними тригерами цього процесу вважаються порушення метастабільності сечі і перенасичення її літогенами. Певною універсальністю дії за впливом на конкременти різного хімічного складу та ключові патогенетичні ланки СКХ володіють сучасні рослинні лікарські засоби (РЛЗ), які широко застосовуються у сучасній нефрології завдяки доведеній ефективності та природній безпеці.

**Мета дослідження.** Визначити оптимальні підходи до вибору та умов раціонального застосування фітопрепаратів, які застосовуються для лікування та профілактики СКХ, з метою подальшого впровадження у рутинну аптечну практику.

**Матеріали та методи.** Інформаційно-пошуковий метод: огляд та аналіз сучасних літературних джерел та Internet-ресурсів щодо застосування рослинних препаратів в експериментальних та клінічних умовах.

**Результати дослідження.** Щодо РЛЗ, які зареєстровані на фармацевтичному ринку України, переважна більшість публікацій присвячена різнобічному вивченню комбінованих фітопрепаратів «Уролесан», «Канефрон Н», «Тринєфрон», «Фітолїт» та окремим БАД («Нефрофіт»). За аналізом наукових даних проведена порівняльна клініко-фармацевтична характеристика згаданих РЛЗ за такими критеріями: переважаючі показання до призначення при СКХ у клінічній практиці; особливості призначення різних лікарських форм; перелік застережень та протипоказань до застосування; найчастіші побічні ефекти; взаємодія з іншими ліками та компонентами їжі. Систематизовані нами науково-теоретичні дані стануть підґрунтям для розробки алгоритму фармацевтичної опіки пацієнта з СКХ та можуть бути використані під час консультативної роботи клінічного фармацевта в аптеці та у ЛПЗ.

**Висновки.** Впровадження стандартизованого алгоритму дій клінічного фармацевта з вибору та раціонального застосування фітопрепаратів виступатиме запорукою якісної фармацевтичної опіки, спрямованої на оптимальні результати лікування хворих на СКХ.

	ЗМІСТ
Радченко А.В.; Н. к.: Должикова О.В.	407
Рижук А.М.; Н. к.: Кошова О.Ю.	407
Сергієнко Т.В.; Н. к.: Гейдеріх О.Г.	410
Седих С.О.; Н. к.: Дубініна Н.В.	412
Сіромолот С.В.; Н. к.: Шаповалова О.В.	413
Соляник К.В.; Н. к.: Гейдеріх О.Г.	415
Урсул О.М.; Н. к.: Кошова О.Ю.	416
Фурс Т.І.; Н. к.: Шаповалова О.В.	418
Яворська В.С.; Н. к.: Кошова О.Ю.	419
Kalynovych N.; S. s.: Dubinina N.	421
Komissarova Ye.Ye.; S. s.: Matviichuk O.P.	423
Shirokorad A.Ye.; S. s.: Shapovalova O.V.	424
<b>СЕКЦІЯ 10. ВЕТЕРИНАРНА МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ</b>	
<b>VETERINARY MEDICINE AND PHARMACY</b>	
Беленькова М. О.; Н. к.: Ващик Є.В.	427
Благірева В.В.; Н. к.: Ващик Є.В.	429
Бондарчук Т.І.; Н. к.: Ващик Є.В.	431
Гнатенко Д.Г.; Н. к.: Ващик Є.В.	433
Гненна Д.А.; Н. к.: Ващик Є.В.	435
Гнілокозова Н.В.; Н. к.: Морозенко Д.В.	436
Голишева Ю.О.; Н. к.: Морозенко Д.В.	438
Гордієнко О.О.; Н. к.: Ващик Є.В.	439
Дробязко А.С.; Н. к.: Ващик Є.В.	441
Кишлалі З.О.; Н. к.: Ващик Є.В.	442
Ламикіна Д.В.; Н. к.: Морозенко Д.В.	445
Прядко М.О.; Н. к.: Морозенко Д.В.	446
Сураєва Н.О.; Н. к.: Морозенко Д.В.	447
<b>СЕКЦІЯ 11. КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ</b>	
<b>CLINICAL PHARMACY</b>	
Бощенко Р.М., Андрєєва О.О.; Н. к.: Сахарова Т.С.	451
Коробко О.Т., Тарасенко О.О.; Н. к.: Безугла Н.П.	451
Лошаков А.В., Вєтрова К.В.; Н. к.: Сахарова Т.С.	453
Пристапа Є.В.; Н. к.: Жулай Т.С.	454
Страшенко А.О., Тарасенко О.О.; Н. к.: Безугла Н.П.	456
Фолтін А.В.; Н. к.: Сахарова Т.С.	457
Al-Saadawi A.A.; S. s.: Moroz V.A.	457
Elberdai H., Andriieva O.O.; S. s.: Davishnia N.V.	459



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



## СЕРТИФІКАТ УЧАСНИКА

Цим засвідчується, що

**Коробко О.Т., Тарасенко О.О.  
Науковий керівник: Безугла Н.П.**

брав(ла) участь у роботі

XXIX Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

В.о. ректора  
Національного фармацевтичного  
університету



Алла КОТВИЦЬКА

19-21 квітня 2023 р, м. Харків





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# ДИПЛОМ II СТУПЕНЯ

нагороджується

## Коробко Ольга

у секційному засіданні студентського  
наукового товариства кафедри  
клінічної фармакології та клінічної фармації  
XXIX Міжнародна науково-практична  
конференція молодих вчених та студентів  
**«Актуальні питання створення нових  
лікарських засобів»**

В.о. ректора  
Національного фармацевтичного  
університету



Алла КОТВИЦЬКА

19-21 квітня 2023 р.  
м. Харків



**Національний фармацевтичний університет**

Факультет медико-фармацевтичних технологій  
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації  
Ступінь вищої освіти магістр  
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація  
Освітня програма «Клінічна фармація»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
**В.о. завідувачки**  
**кафедри клінічної**  
**фармакології та**  
**клінічної фармації**

---

**Тетяна САХАРОВА**  
«02» вересня 2022 року

**ЗАВДАННЯ**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Ольги КОРОБКО**

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів»  
керівник кваліфікаційної роботи: Наталія БЕЗУГЛА, к.мед.н., доцент  
затверджений наказом НФаУ від «06» березня 2023 року № 61
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: квітень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: дані про відомі фармакологічні ефекти оральних контрацептивів, результати анкетування та аналізу клінічних настанов та протоколів лікування щодо ефективності використання оральних контрацептивів з лікувально-профілактичною метою.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
  - аналіз літературних джерел щодо частоти використання контрацепції, їх побічних ефектів; дослідити неконтрацептивні ефекти ОК та їх клінічне застосування;
  - розробити анкету та провести анкетування жінок-споживачів ОК;
  - розробити анкету та провести анкетування гінекологів з метою аналізу призначення оральних контрацептивів з терапевтичною метою;
  - аналіз лікарських засобів (оральних контрацептивів), які застосовуються з терапевтичною метою в гінекології;
  - проаналізувати клінічні настанови та протоколи лікування деяких гінекологічних захворювань та отримати дані щодо можливості застосування ОК з лікувально-профілактичною метою на засадах доказової медицини.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):  
таблиць – 8 , рисунків – 12.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н.	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.
2	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н.	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.
3	Наталія БЕЗУГЛА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н.	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.

7. Дата видачі завдання: «02» вересня 2022 року.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Визначення теми кваліфікаційної роботи, розробка завдання і плану роботи	Вересень 2022	<b>виконано</b>
2.	Проведення аналізу літературних джерел	Жовтень 2022-листопад 2022	<b>виконано</b>
3.	Підготовка 1 розділу роботи (огляду літературних даних), подання керівнику для розгляду	Грудень 2022 - січень 2023	<b>виконано</b>
4.	Розробка анкет, проведення анкетування та збір даних	Лютий 2023 - березень 2023	<b>виконано</b>
5.	Підготовка 3 розділу роботи (аналіз отриманих результатів анкетування), подання керівнику для розгляду	Березень 2023	<b>виконано</b>
6.	Підготовка вступу, 2 розділу та висновків роботи	Березень 2023	<b>виконано</b>
7.	Доопрацювання роботи з урахування зауважень наукового керівника. Подання електронного варіанту роботи для перевірки на плагіат	Квітень 2023	<b>виконано</b>
8.	Отримання відгуку наукового керівника, рецензії та допуск до захисту	Квітень 2023	<b>виконано</b>

Здобувач вищої освіти

\_\_\_\_\_

Ольга КОРОБКО

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_

Наталія БЕЗУГЛА

**ВИСНОВОК**

**Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу  
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі  
здобувача вищої освіти**

№ 112416 від « 20 » квітня 2023 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти денної форми навчання Коробко Ольги Тарасівни, 4 курсу, \_\_\_\_\_ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів / Analysis of clinical and pharmacological features of oral contraceptives use», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (компіляції).

**Голова комісії,  
професор**



**Інна ВЛАДИМИРОВА**

**1%**

**20%**

**ВІДГУК**

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти  
магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація  
Ольги КОРОБКО  
на тему: «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування  
оральних контрацептивів».**

**Актуальність теми.** На сьогодні в світі актуалізується питання застосування контрацепції, більше половини жінок надають перевагу саме оральним контрацептивам (ОК). Сьогодні диктує можливість використання ОК не лише для реалізації програми планування сім'ї, збереження здоров'я жінок, а й їх використання з терапевтичною метою, а саме для лікування низки гінекологічних захворювань, в дерматології тощо.

**Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.** Досліджена ефективності застосування плейотропних ефектів ОК (в комплексному лікуванні гінекологічних захворювань) ОК на засадах доказової медицини – проведений ґрунтовний аналіз відповідних клінічних настанов. Проведене анкетування відвідувачок аптеки та анкетування гінекологів також підтвердило положення щодо використання плейотропних ефектів ОК в лікуванні низки патологічних станів в гінекології.

**Оцінка роботи.** Кваліфікаційна робота виконана здобувачем вищої освіти повністю та самостійно; поставлені завдання повністю розкривають мету. Під час роботи Ольга КОРОБКО проявила себе професійним, кваліфікованим спеціалістом, здатним приймати самостійно складні технічні рішення. До переваг кваліфікаційної роботи можна віднести належну логіку побудови тексту, вільне володіння матеріалом.

**Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту.** Дана кваліфікаційна робота у цілому є закінченою структурованою науковою працею, оформленою відповідно до існуючих вимог, рекомендується до захисту на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» ОП «Клінічна фармація».

Науковий керівник \_\_\_\_\_

Наталія БЕЗУГЛА

«11» квітня 2023 р.



## РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності  
226 Фармація, промислова фармація

Ольги КОРОБКО

на тему: «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування  
оральних контрацептивів».

**Актуальність теми.** Тема застосування оральних контрацептивів не є широко висвітленою. При цьому застосування препаратів даної фармакологічної групи не обмежується контрацепцією. Завдяки великому вибору препаратів даної групи та їх відмінностям, оральні контрацептиви проявляють диференційовані ефекти, які сприяють переносимості та додатковим корисним терапевтичним ефектам. Ці відмінності розширюють індивідуальні можливості для різних профілів пацієнтів. Тому оральні контрацептиви використовують для лікування різних гінекологічних захворювань.

**Теоретичний рівень роботи.** Розглянута в кваліфікаційній роботі теоретична база охоплює сегмент фармацевтичного ринку ОК. Проведено аналіз клінічних настанов та протоколів лікування низки гінекологічних захворювань з використанням в комплексній терапії ОК.

**Пропозиції автора з теми дослідження.** Деякі положення кваліфікаційної роботи можуть бути використані фахівцями охорони здоров'я для формування асортименту ОК на фармацевтичному ринку України, а також використані в щоденній медичній практиці гінекологів.

**Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.** Шляхом порівняння та аналізу в теоретичній та практичній частинах кваліфікаційної роботи, внаслідок структуризації розглянутого матеріалу, сформовані логічні та практично орієнтовані висновки, що застосування ОК з метою лікування гінекологічних захворювань є сучасним методом лікування, який є науково обґрунтованим. В цілому висновки кваліфікаційної роботи можуть стати вагомою підставою для більш широкого застосування ОК в медичній практиці лікарів-гінекологів.

**Недоліки роботи.** Зустрічаються поодинокі граматичні помилки, неточності в оформленні.

**Загальний висновок і оцінка роботи.** Наданий теоретичний матеріал структурований, проаналізований. Кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти Ольги КОРОБКО виконана та оформлена належним чином, відповідає всім вимогам, які висуваються чинним Положенням.

Рецензент \_\_\_\_\_

проф. Віра КРАВЧЕНКО

«15» квітня 2023 р.

МОЗ України  
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №10

Засідання кафедри \_\_\_\_\_ клінічної фармакології та клінічної фармації \_\_\_\_\_

**Національний фармацевтичний університет**

м. Харків

«19» квітня 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів» / «Analysis of clinical and pharmacological features of oral contraceptives use»**

здобувача вищої освіти 5 курсу, спеціальності – 226 Фармація, промислова фармація, освітньої програми – Клінічна фармація, ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 4 р. 10 міс., очна (денна) форма здобуття освіти, НФаУ 2023 року випуску

**Коробко Ольги Тарасівни**

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н., доцент Безугла Н.П.

Рецензент: професор закладу вищої освіти, завідувачка кафедри біологічної хімії, д.біол.н., професор Кравченко В.М.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

В.о. зав. кафедри, професор Т.С. Сахарова; професор В.А. Мороз; професор С.К. Шебеко; доцент О.О. Андрєєва; доцент Н.П. Безугла; доцент В.В. Пропіснова; доцент С.В. Місюрьова; доцент І.А. Отрішко; доцент О.О. Тарасенко; доцент К.М. Ткаченко; асистент С.М. Зімін; асистент Т.С. Жулай; асистент Н.В. Давішня; асистент Т.Ю. Колодезна; асистент К.В. Вєтрова; асистент Ю.В. Тимченко

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти

**Коробко Ольги Тарасівни**

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: : «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів» / «Analysis of clinical and pharmacological features of oral contraceptives use»

В.о. завідувачки кафедри \_\_\_\_\_  
(підпис)

Тетяна САХАРОВА

Секретар \_\_\_\_\_  
(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

## НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

### ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Ольга КОРОБКО до захисту кваліфікаційної роботи за галузю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою «Клінічна фармація» на тему: «Аналіз клініко-фармакологічних особливостей застосування оральних контрацептивів»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету \_\_\_\_\_ / Ольга НАБОКА /

#### Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Ольга КОРОБКО самостійно та повновиконала усі необхідні дослідження, продемонструвала належний рівень теоретичних знань з проблеми та вмінь роботи з науковою літературою та аналізом отриманих даних. Кваліфікаційна робота може бути рекомендована до публічного захисту у Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Керівник кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Наталія БЕЗУГЛА

«11» квітня 2023 р.

#### Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувач вищої освіти Ольга КОРОБКО допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

В.о. завідувачки кафедри  
клінічної фармакології та клінічної фармації \_\_\_\_\_

Тетяна САХАРОВА

«19» квітня 2023 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« 15 » червня 2023 р.

з оцінкою \_\_\_\_\_

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

\_\_\_\_\_ /Наталія БЕЗДІТКО/