

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ
КАФЕДРА ОРГАНІЗАЦІЇ, ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦІЄЮ

**ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ
В РАМКАХ КОНЦЕПЦІЇ
«НАВЧАННЯ ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ
(LIFE LONG LEARNING)»:
НАУКА, ОСВІТА, ПРАКТИКА**

**МАТЕРІАЛИ ІV НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ, ЯКА ПРИСВЯЧЕНА
ПАМ'ЯТІ ПРОФ. ТОЛОЧКО ВАЛЕНТИНА МИХАЙЛОВИЧА**

21 листопада 2025 року

УДК 615.477.86.87

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА
ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ ЗАПОБІГАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Файзуллін О. В., Бондарєв Є. В., Халєєва О. Л.

Кафедра клінічної фармакології

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації

Національного фармацевтичного університету

м. Харків, Україна

clinpharmacol_ipksph@nuph.edu.ua

Вступ. Застосування контрацепції є важливим інструментом планування сім'ї. На вибір методу контрацепції з метою постійного застосування одночасно впливають декілька чинників, при цьому чи не найголовнішим з них є його ефективність, з метою оцінки якої найчастіше на практиці використовується індекс Перля.

Окрім ефективності, при оцінці різних методів контрацепції, необхідно враховувати й цілий ряд додаткових факторів впливу, серед яких головними є:

- захист від інфекцій, які передаються статевим шляхом;
- побічні ефекти.

Важливість такої характеристики як захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом, обумовлена, в першу чергу, величезною медико-соціальною значущістю проблеми інфекцій, що передаються статевим шляхом. Тому методи контрацепції, які додатково забезпечують такий захист, мають, принаймні в певних умовах, наприклад, при великій кількості партнерів, очевидний пріоритет.

Такий захист забезпечують чоловічі та жіночі презервативи, частково сперміциди.

Майже усі методи контрацепції, окрім природніх, мають ті чи інші побічні ефекти. Вони можуть бути як місцевими, так і системними, а також значно відрізняються за серйозністю.

Мета дослідження. Аналіз даних наукової літератури щодо сучасних методів контрацепції, їх порівняльна оцінка та обґрунтування вибору оптимального методу запобігання непланованої вагітності.

Методи дослідження. У роботі були використані методи дослідження: системно-оглядовий, аналіз та узагальнення даних.

Результати дослідження. До числа природних методів контрацепції належать симптоматермальний метод, метод лактаційної аменореї та календарний метод.

Симптоматермальний метод передбачає контроль базальної температури тіла, змін цервікального слизу, положення та щільності шийки матки, а також враховує інші фізіологічні показники овуляції (чутливість молочних залоз, кров'янисті виділення з піхви, відчуття важкості у нижній частині живота тощо). Порівняно з іншими природними методами контрацепції, симптоматермальний метод є найбільш точним та ефективним, за умови дотримання усіх правил його застосування.

Метод лактаційної аменореї, що передбачає використання грудного вигодовування як тимчасового методу запобігання вагітності.

Календарний метод або метод «безпечних днів» базується на визначенні фертильних днів, при цьому враховуються наступні факти:

- під час 28-денного менструального циклу овуляції настає за 14 днів до передбачуваної менструації
- тривалість періоду життєздатності сперматозоїдів у жіночому організмі становить приблизно 8 днів, яйцеклітини після овуляції – до 24 годин.

В даний час майже не використовується через невисоку ефективність.

Головною перевагою природних методів контрацепції є практично повна відсутність побічних ефектів та пов'язаних із ними протипоказань

Постійні методи контрацепції передбачають добровільну хірургічну стерилізацію, вона може бути чоловічою, або жіночою. Постійні методи контрацепції є одними з найнадійніших: ідекс Перля складає 0,1-0,15 (для

вазектомії та 0,5 (для жіночої стерилізації)

Чоловіча стерилізація полягає в блокуванні сім'явиносної протоки, після чого сперматозоїди в еякуляті зникають. Помітні побічні ефекти при такому втручанні спостерігаються лише в післяопераційний період, протягом приблизно одного тижня. Після операції чоловік відвідує свого лікаря для аналізів, щоб підрахувати кількість сперматозоїдів в еякуляті та переконатися, що їх кількість впала до нуля; це займає близько 12 тижнів. До тих пір, поки кількість сперматозоїдів чоловіка не впаде до нуля, слід використовувати інші контрацептиви.

Жіноча стерилізація полягає в перев'язуванні маткових труб, внаслідок чого запліднення яйцеклітини стає неможливим.

Бар'єрні методи контрацепції, такі як застосування чоловічих та жіночих презервативів, діафрагми, цервікальних ковпачків, сперміцидних засобів загалом також є недостатньо ефективними, до того ж ефективність їх застосування значною мірою залежить від правильності використання. Однак суттєвою перевагою, принаймні деяких з них, таких як чоловічі та жіночі презервативи є захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом. Частково цей захист можуть забезпечувати сперміцидні засоби: бензалконію хлорид, наноксилон-9 забезпечують деяку протимікробну дію, але наприклад наноксилон-9 не впливає на грам-негативні бактерії та стафілококи, і взагалі застосування сперміцидів може спричинити вагінальний дисбактеріоз.

Гормональні контрацептивні засоби за своїм складом можуть бути як комбінованими, тобто естроген-гестагенними, так і чисто прогестинними.

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК), залежно від того чи забезпечують вони стабільне, або змінне (циклічне) надходження естрогенного та прогестинного компоненту можуть бути монофазними та багатofазними.

Окремо виділяють комбіновані гормональні контрацептиви нового покоління, які являють собою терапевтичні системи.

Механізм дії гормональних контрацептивів пов'язаний з їх антигонадотропною дією, пригніченням циклічної секреції

фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, та/або блоком їх пікових викидів. Це, у свою чергу, обумовлює:

- Пригнічення овуляції
- Згущення цервікального слизу
- Гіпотрофію ендометрія (утруднення імплантації заплідненої яйцеклітини)
- Пригнічення рухливості сперматозоїдів у верхніх відділах статевого тракту (фалопієвих труах)

Комбіновані гормональні контрацептиви розділяють на три покоління, залежно від того який саме прогестиновий компонент вони містять.

Препарати I покоління – містять норетинодрон.

Препарати II покоління – містять левоноргестрел (*його прогестеронова активність в 10 разів вища за норетинодрон*).

Препарати III покоління – містять дезогестрел, гестоден, дієногест, дросперіон (*ці гестагени застосовуються в дозах, що вимірюються мікрограмами, не спричиняють порушень метаболізму ліпідів, мають меншу андрогенну активність*).

За дозою естрогенного компонента розрізняють:

Високодозовані препарати, які забезпечують надходження 50 мкг етинілестрадіолу на добу.

Низькодозовані – відповідно 30-35 мкг етинілестрадіолу на добу.

Мікродозовані – 20 мкг етинілестрадіолу на добу і менше.

Контрацептиви прогестинового ряду не містять естрогенного компоненту в своєму складі і були розроблені з метою уникнення тромбоемболічних ускладнень, що виникають при використанні КОК.

Ін'єкційні контрацептиви прогестинового ряду

Індекс Перля: 0,2-6

Оральні контрацептиви прогестинового ряду (міні-пілі)

Індекс Перля: 1,1-13

Для порівняння, *індекс Перля* при застосуванні КОК становить 0,3-7

Оральні контрацептиви прогестинового ряду, відомі як міні-пілі приймають щодня без перерв, чітко в один і той самий час доби, Запізнення в прийомі таблетки на 3-4 години викликає необхідність використання дублюючого методу протягом наступних 48 годин.

Ін'єкційні контрацептиви прогестинового ряду являють собою депо-препарати, що містять медроксипрогестерону ацетат та норетистерону енантат, і поступово всмоктуються з місця ін'єкції забезпечують пролонгований ефект.

Засоби гормональної контрацепції нового покоління, які, як ми вже казали являють собою терапевтичні системи, забезпечують тривалий та надтривалий ефект та характеризуються дуже високою надійністю

До їх числа відносять:

- Підшкірні імпланти,
Індекс Перля: 0,1
- Трансдермальні пластирі
Індекс Перля: 0,3-7
- Вагінальні кільця
Індекс Перля: 0,3-7
- Гормональні внутрішньоматкові системи.
Індекс Перля: 0,5-0,7

Підшкірні імпланти являють собою твердий носій, що має вигляд м'якого, еластичного силіконового стрижня, після підшкірної імплантації починає рівномірно вивільняти протягом тривалого часу прогестиновий компонент.

Механізми дії, критерії прийнятності, показання та протипоказання – подібні до таких у ін'єкційній депо-препаратів прогестинового ряду, з тією різницею, що термін його безперервної дії імпланту становить 3 роки.

Трансдермальні контрацептивні пластирі являють собою тонкий, гладкий пластр, який після фіксації на шкір поступово вивільняє та забезпечує рівномірне надходження фіксованої кількості естрагенного та прогестинового компоненту. На 22-й день циклу пластр знімають. З 22-го по 28-й день циклу робиться перерва. Наступний день вважається першим днем нового

контрацептивного циклу.

При застосуванні пластиру не з першого дня циклу варто одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції протягом наступних 7 днів.

Механізми дії, критерії прийнятності, показання та протипоказання – подібні до таких у КОК.

Вагінальне кільце – гнучке, прозоре та еластичне кільце, яке під час введення у піхву діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та етоногестрелу. Жінка вводить кільце глибоко в піхву на 21 день, кільце слід витягти на 22-й день для 7-денної перерви, наступне кільце необхідно ввести на 29-й день циклу.

Механізми дії, критерії прийнятності, показання та протипоказання – подібні до таких у КОК.

Внутрішньоматкові системи (ВМС) вводять в порожнину матки. Вони можуть бути: інертні та медикаментозні.

Медикаментозні вивільняють фармакологічно активний компонент, залежно від природи якого їх розділяють на гормональні (виділяють в порожнину матки левоноргестрел) та негормональні, що містять мідь та/або срібло.

Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна, але оптимальний варіант – на 2-3 день. Через 5 років її рекомендується витягти і, під час наступної менструації, поставити нову.

Контрацептивна дія обумовлена одночасно декількома факторами:

Наявність стороннього тіла в порожнині матки сприяє збільшенню швидкості перистальтики маткових труб і різко знижує ймовірність контакту заплідненої яйцеклітини зі слизовою оболонкою матки. Цей механізм є основним для інертних ВМС, а для медикаментозних відіграє лише додаткову роль, головною для них є фармакологічна дія.

Механізм фармакологічної дії для гормональних систем – той самий, що й в інших гормональних контрацептивів, а мідь- та/або срібловмісні –

спричиняють місцеву запальну реакцію і лізосомальну активацію, що призводить до сперміцидного ефекту.

Вибір оптимального методу контрацепції для постійного застосування передбачає обов'язкове консультування з лікарем, який має враховувати наступні фактори:

- зручність застосування відповідно до вподобань пацієнтки/пацієнта або сімейної пари;
- потреби щодо планування сім'ї залежно від періоду життя;
- стан здоров'я жінки.

Необхідно підкреслити: потреби щодо планування сім'ї існують протягом всього репродуктивного життя.

Виділяють наступні періоди репродуктивного життя, що відрізняються за рівнем сексуальної активності, ризиком непланованої вагітності та конкретними цілями, що переслідуються при плануванні сім'ї:

- від початку сексуального життя до першої вагітності;
- післяпологовий період;
- перерва між пологами;
- період закінчення бажаної фертильності.

Так, на початку сексуального життя до вагітності рекомендованими методами контрацепції є застосування презервативів, КОК, гормональні пластирі, вагінальні кільця, ВМС, ін'єкційні контрацептиви. Не рекомендується перерваний статевий акт, календарний метод, застосування сперміцидів та постійних методів контрацепції.

В післяпологовий період рекомендованими є метод лактазної аменореї (до 6 місяців), застосування КОК, міні-пілі, ін'єкційних контрацептивів, ВМС, імплантів, презервативів. Нерекomenдовані методи ті самі, щой попередньому випадку.

В період перерви між пологами рекомендується застосовувати КОК, ВМС, гормональні пластирі, імпланти, вагінальні кільця, ін'єкційні контрацептиви. Не рекомендується перерваний статевий акт, календарний метод, застосування презервативів, сперміцидів та постійних методів контрацепції.

У період після закінчення бажаної фертильності можуть бути використані

КОК, ВМС, ін'єкційні контрацептиви, імпланти, постійні методи контрацепції.

Висновок. На вибір оптимального методу контрацепції, очевидно, впливають такі його критичні характеристики, як ефективність та безпечність. Втім не менше значення має відповідність обраного методу конкретним цілям планування сім'ї. Життєві обставини та репродуктивні проблеми в окремих групах, відповідно до періоду репродуктивного життя, є різними, і потребують застосування різних підходів при плануванні сім'ї, що значною мірою визначає і вибір оптимального методу контрацепції, як інструменту планування сім'ї. Дуже велике значення для обґрунтованого вибору оптимального методу контрацепції має стан здоров'я жінки.

Список використаних джерел

1. Клінічна настанова, заснована на доказах «Планування сім'ї». 2025. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/09/2025_kn_planuvannya-sim%CA%BCyi.pdf (дата звернення: 19.09.2025).
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2025 року № 1408 “Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Планування сім'ї»” URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-09-2025-1408-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-planuvannya-sim-yi> (дата звернення: 19.09.2025).
3. Осташко В. Ф., Погорілець О. А., Пімінов О. Ф. Критерії вибору чисто прогестагенових контрацептивів. *Провизор*. 2008. № 23/24. С. 64-67.
4. Bhullar S. K., Rabinovich-Nikitin I., Kirshenbaum L. A. Oral hormonal contraceptives and cardiovascular risks in females. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*. 2024. Vol. 102, № 10. P. 572-584.
5. Oshin M. Bansode, Manbeer S. Sarao, Danielle B. Cooper. Contraception StatPearls. 2023 July 24. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/> (date of access: 16.09.2025).
6. Lalude O. O. Risk of cardiovascular events with hormonal contraception: insights from the Danish cohort study. *Current Cardiology Reports*. 2013 Vol. 15, № 7. P. 374.