

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
09 вересня 2025 року № 1408

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Загальна частина

Цей Стандарт надає сучасні рекомендації медичним працівникам, які надають послуги з питань планування сім'ї, задовільняють потреби пацієнтів, інформують їх про вибір методів контрацепції та підтримують використання вибраних ними методів контрацепції й не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми.

Планування сім'ї – це види діяльності, що допомагають подружжю досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Z30 Застосування протизаплідних засобів

Розробники:

Педаченко Наталія Юріївна	в.о. завідувачки кафедри акушерства і гінекології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, голова робочої групи;
Татарчук Тетяна Феофанівна	заступник генерального директора державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», завідувач відділення ендокринної гінекології, заступник голови робочої групи (за згодою);
Банніков Володимир Іванович	експерт з репродуктивного здоров'я IPPF/Міжнародної федерації планування сім'ї (за згодою);
Ганжий Ірина Юріївна	професор кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;
Грищенко Ольга Валентинівна	професор кафедри загальної практики-сімейної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;
Калугіна Людмила Вадимівна	провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» (за згодою);
Квашенко Валентина Павлівна	професор, лікар акушер-гінеколог медичного центру ТОВ «ФАМІЛІА МЕДІКУС» (за згодою);

Косей Наталія Василівна	завідувач відділу репродуктивного здоров'я державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (за згодою);
Майструк Галина Павлівна	керівник Благодійного фонду «Здоров'я жінки і планування сім'ї», лікар акушер-гінеколог (за згодою);
Макарчук Оксана Михайлівна	завідувачка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету;
Марічереда Валерія Геннадіївна	голова групи експертів Міністерства охорони здоров'я України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», перший проректор закладу вищої освіти Одеського національного медичного університету;
Орабіна Тетяна Миколаївна	заступник генерального директора державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
Посохова Світлана Петрівна	професор кафедри акушерства та гінекології державного закладу вищої освіти Одеського національного медичного університету, д.мед.н, професор, Заслужений лікар України;
Резніченко Галина Іванівна	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;
Трещак Іван Іванович	лікар акушер-гінеколог комунального неприбуткового підприємства «Ужгородський пологовий будинок» Ужгородської міської ради (за згодою);
Трохимович Ольга Віталіївна	заступник генерального директора державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», завідувач відділення медичних проблем планування сім'ї, д.мед.н. (за згодою);
Хаджинова Наталія Афанасіївна	начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України;
Чайківська Еліна Флавіанівна	професор кафедри Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
Шаповал Ольга Сергіївна	доцент кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко
Оксана Іванівна

заступник директора департаменту-начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

Пирогова Віра
Іванівна

завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного університету ім. Данила Галицького, д.мед.н., професор;

Потапов Валентин
Олександрович

завідувач кафедри акушерства та гінекології Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки та техніки України.

Дата оновлення стандарту – 2030 рік

Перелік скорочень

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМК	внутрішньоматковий контрацептив
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВТЕ	венозна тромбоемболія
ЗЗОМТ	запальні захворювання органів малого таза
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КОК	комбіновані оральні контрацептиви
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТГВ	тромбоз глибоких вен
ТЕЛА	тромбоемболія легеневої артерії
ТЛП	таблетки лише прогестину
CIN	дисплазія епітелію шийки матки(англ. Cervical Intraepithelial Neoplasia)
EFV	ефавіренз (англ. Efavirenz)
NVP	невірапін (англ. Nevirapine)
RAL	ралтегравір (англ. Raltegravir)
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Розділ І. Організація надання послуг з планування сім'ї

1. Положення стандарту медичної допомоги на первинному рівні

Планування сім'ї вважається основним засобом збереження здоров'я жінок та чоловіків, а також відноситься до розряду фундаментальних прав людини. Це допомагає як окремо жінкам та чоловікам, так і подружжю досягти певних репродуктивних результатів: запобігти непланованій вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Послуги з питань планування сім'ї: інформування щодо здорового способу життя, профілактики непланованої вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом (далі - ПСШ), вірусу імунодефіциту людини (далі - ВІЛ), проведення навчання використанню сучасних методів планування сім'ї, виявлення пацієнтів з груп ризику, враховуючи гендерну рівність та гендерну інклюзію.

Стандарт медичної допомоги «Планування сім'ї» призначено для лікарів загальної практики сімейної медицини та лікарів-терапевтів, які працюють на рівні первинної медичної допомоги, а також лікарів-акушерів-гінекологів. Він слугує методичною основою для надання якісних послуг у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї відповідно до сучасних підходів та потреб населення та відповідає Методиці організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» від 29 листопада 2013 року № 1030/102, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 20 грудня 2013 року за № 2162/24694.

2. Обґрунтування

Доведений взаємозв'язок між репродуктивною поведінкою та станом здоров'я людини. Планування сім'ї дозволяє знизити рівень материнської та дитячої захворюваності, смертності, частоту незапланованих вагітностей та їх ускладнень. Першочергово жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати дотримуватись правил поведінки щодо профілактики непланованої вагітності, використовуючи засоби сучасної контрацепції. Доведено, що навчання навичкам сексуальної поведінки та стосунків між людьми допомагає уникнути проблеми зі здоров'ям, формує більш зріле та відповідальне ставлення до статевого життя. Особливе значення приділяється кваліфікованому консультуванню з питань планування сім'ї.

Важливими ефективними цільовими заходами удосконалення та покращення послуг з планування сім'ї можуть стати впровадження підходу вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя, післяпологової та післяабортної контрацепції з дотриманням прав пацієнта, його бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву.

Репродуктивні права ґрунтуються на визнанні фундаментального права подружжя і окремо для чоловіків та жінок на здійснення самостійного і відповідального вибору щодо кількості дітей, часу їх народження, тривалості часових інтервалів між пологами та доступ до інформації та засобів, необхідних для реалізації такого вибору, а також на визнанні права кожного індивідуума на досягнення найвищого рівня сексуального і репродуктивного здоров'я.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) наявні затверджені на рівні закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) клінічні маршрути пацієнта, що координують та інтегрують надання послуг з планування сім'ї;
- 2) забезпечити поширення інформаційних матеріалів для жінок та чоловіків з питань безпечної статевої поведінки, здорового способу життя, статевого виховання молоді, планування сім'ї та використання методів контрацепції;
- 3) при плануванні вагітності надати інформацію, що наведена у додатку 1 до цього Стандарту;
- 4) проводити консультування з питань планування сім'ї із врахуванням репродуктивних планів подружжя, здорового способу життя та статевого виховання молоді;
- 5) у разі необхідності проводити консультування із застосуванням телемедицини.

Розділ II. Консультування

1. Положення стандарту

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі-ВООЗ) для зниження рівня материнської та дитячої смертності, частоти незапланованих вагітностей, ускладнень під час вагітності та пологів необхідне проведення обстеження перед початком використання кожного методу контрацепції, своєчасне виявлення у жінок хвороб, за якими виношування вагітності та пологи загрожують життю жінки та майбутній дитині.

2. Обґрунтування

Медичне консультування до зачаття є основою всіх профілактичних послуг для подружжя та окремо для жінок і чоловіків, оскільки спрямоване на зміцнення здоров'я з метою покращення результатів, пов'язаних з вагітністю. Завчасно інформувати жінок, що настання вагітності після 35 років асоціюється з підвищеним ризиком труднощів із зачаттям через вікове зниження оваріального резерву та якості ооцитів. Крім того, перша вагітність у віці понад 30 років пов'язана з підвищеним ризиком розвитку раку молочної залози. У пацієнток віком понад 40 років спостерігається суттєве зростання ризиків соматичних та перинатальних ускладнень. Водночас відсутність вагітностей упродовж життя асоціюється з підвищеним ризиком розвитку раку ендометрію.

Здоров'я до зачаття суттєво впливає на перебіг вагітності, стан матері та дитини. ВООЗ зазначає, що до 30% несприятливих наслідків вагітності (викиднів, передчасних пологів, вроджених вад розвитку) можна запобігти за допомогою преконцепційної підготовки.

3. Критерії якості

Обов'язкові:

- 1) проводити профілактичні огляди:
 - вимірювання артеріального тиску;
 - клінічне обстеження молочних залоз;
 - пальпацію живота;
 - скринінг на рак шийки матки;
- 2) при зборі анамнезу слід враховувати:
 - репродуктивний анамнез (передчасні пологи, кесарів розтин, викидні, мертвонародження, аборти);
 - вплив шкідливих факторів навколишнього середовища (забруднення, професійні шкідливості);
 - наявність шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголю, наркотиків),
 - прийом лікарських засобів із відомими тератогенними властивостями,
 - наявність генетичних захворювань,
 - сімейний анамнез щодо здоров'я;
- 3) з метою додаткового обстеження й обережності у використанні будь-якого методу контрацепції провести опитування та тестування на виявлення захворювань, які роблять вагітність особливо ризикованою, що наведені у додатку 2 до цього Стандарту;
- 4) у разі виявлення захворювань, зазначених у додатку 2 до цього Стандарту, пацієнтів направити на консультацію до відповідного лікаря ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу;
- 5) у випадках, коли пара вказує на труднощі із зачаттям, направити до лікаря та надати рекомендації щодо поліпшення фертильності, що наведені у додатку 3 до цього Стандарту;
- 6) перед наданням рекомендацій щодо методу контрацепції провести комплексну оцінку стану здоров'я пацієнтки відповідно до медичних критеріїв, що наведені у додатку 4 до цього Стандарту;
- 7) провести вакцинацію за наявності показів;
- 8) за наявності показань провести обстеження пари на ІПСШ/ВІЛ.

Бажані:

- 9) провести гінекологічний огляд.

Розділ III. Підбір методу контрацепції та спостереження за жінками, які використовують методи контрацепції

1. Положення стандарту

Проведення консультування дозволяє допомогти жінці обрати метод контрацепції, який найбільше їй підходить, відповідно до періоду життя з урахуванням медичних критеріїв прийнятності для використання контрацепції, що наведені у додатку 5 до цього Стандарту. Якісне консультування концентрується на потребах пацієнта у конкретній ситуації, що є запорукою успіху використання засобу контрацепції та попередження непланованої вагітності.

На особливу увагу та спостереження заслуговують жінки, які використовують методи контрацепції, а також підлітки, які мають фактори репродуктивного ризику, жінки у післяпологовому періоді, після переривання вагітності, жінки із захворюваннями, для яких виношування вагітності та пологи є загрозливими її життю та майбутній дитині.

2. Обґрунтування

Жінки мають право на отримання інформації, достатньої для здійснення усвідомленого, добровільного вибору методу контрацепції. Проведення консультування з урахуванням періоду життя та репродуктивних планів жінки чи подружжя (від початку сексуального життя до першої вагітності — відстрочення чи планування вагітності, перерва між пологами, жінка не хоче більше мати дітей), стану здоров'я їх; необхідності захисту від ІПСШ, включаючи ВІЛ, дає можливість знизити кількість побічних реакцій і підвищити прихильність вибраного методу контрацепції.

Вибір методу контрацепції жінками відбувається після попередньо проведеного консультування та оцінки стану здоров'я пацієнтки відповідно до додатку 4 до цього Стандарту. Пацієнтам 1 та 2 категорій консультування можуть надавати лікарі- акушери-гінекологи, лікарі загальної практики-сімейні лікарі, навчений середній медичний персонал. Пацієнти 3 та 4 категорії потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, консультування проводиться спільно лікарями-акушерами-гінекологами, лікарями загальної практики-сімейними лікарями, іншими лікарями-спеціалістами.

Обираючи той чи інший метод, до уваги необхідно брати вік жінки, її репродуктивні плани, доступність методу та комплаєнтність у використанні. У різні вікові періоди жінки мають дещо різні потреби та умови до методів контрацепції та їхньої ефективності щодо попередження небажаної вагітності, надійності у плані запобігання ІПСШ, зворотності методу, протипоказань та можливих побічних ефектів, що можуть бути небезпечними для пацієнтки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) надати парі інформацію по кожному методу контрацепції щодо ефективності кожного методу та станів, що потребують звернення до лікаря, що зазначені у додатках 6 та 7 до цього Стандарту;

2) надати інформацію щодо методики і технології застосування методів контрацепції, що наведені у додатку 10 до цього Стандарту, а також необхідних дій у випадку порушення прийому протизаплідних лікарських засобів відповідно до додатку 8 до цього Стандарту;

3) при повторних візитах обговорити задоволеність методом контрацепції, тривалість використання, періодичність спостереження за станом здоров'я та надати рекомендації стосовно звернення, якщо виникне рішення про припинення використання конкретного методу контрацепції або мине час його використання відповідно до додатку 9 до цього Стандарту;

4) при виникненні побічних ефектів, труднощів у застосуванні методу, неприйнятності його партнером необхідно з'ясувати причину та допомогти жінці вибрати інший метод контрацепції;

Бажані

5) проводити щорічний перегляд прийнятності застосування контрацептивів.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП).

2. Відсоток жінок репродуктивного віку, які отримали консультацію щодо планування сім'ї.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП).

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%,

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування, до структурних

підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з планування сім'ї. Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ.

2. Відсоток жінок репродуктивного віку, які отримали консультацію щодо планування сім'ї.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

При аналізі індикатора слід враховувати неможливість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося консультування протягом звітного періоду. У формі первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» (далі – форма № 025/о) мають бути задокументовані факти надання пацієнту консультації з питань планування сім'ї.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями та ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від

всіх ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість жінок репродуктивного віку, які звернулися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря або ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, протягом звітного періоду.

Джерелом інформації є форма № 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість жінок репродуктивного віку, які звернулися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря або ЗОЗ, що надають консультування з питань планування сім'ї, протягом звітного періоду, яким було надано консультацію з питань планування сім'ї.

Джерелом інформації є форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Планування сім'ї», 2025. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України від 29 листопада 2013 року № 1030/102 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 грудня 2013 року за № 2162/24694.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 листопада 2015 року № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 квітня 2022 року № 692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 червня 2022 року № 1039 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»».

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

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 вересня 2022 року № 1730 «Про затвердження стандартів медичної допомоги "Ектопічна вагітність»».

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

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2023 року № 928 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»».

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

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

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2024 року № 170 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Медичний аборт (у терміні від 12 до 22 тижнів)»».

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 26 березня 2025 року № 535 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Доброякісні захворювання молочних залоз. Тактика ведення аномальних результатів обстеження молочних залоз»».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 червня 2025 року № 916 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Андрій ГАВРИЛЮК

Інформація для пацієнтів щодо планування вагітності

Якщо Ви плануєте завагітніти, вам слід прагнути дати собі шанс на народження здорової дитини.

Оскільки здоров'я жінки до зачаття може вплинути на здоров'я та розвиток дитини, то перед настанням вагітності слід враховувати багато чинників, щоб забезпечити кращі умови для здорової вагітності та дитини.

Здорове харчування

Здорове, збалансоване харчування до, під час та після вагітності.

Слід надавати перевагу свіжій необробленій їжі, оскільки оброблені продукти можуть містити шкідливі добавки, такі як цукор чи сіль.

Вітамінні препарати

Фолієва кислота

Усі жінки мають приймати не менше 0,4 мг фолієвої кислоти щодня принаймні за 3 місяці до запланованої вагітності та протягом перших трьох місяців вагітності, щоб знизити ризик вад нервової трубки (вроджені вади розвитку мозку, хребта або спинного мозку дитини).

Йод

В ендемічних зонах йод дефіциту України може бути рекомендована добавка йоду до вагітності, під час неї та в період грудного вигодовування, оскільки йод важливий для розвитку мозку дитини.

Залізо

Рекомендується жінкам, які планують вагітність, приймати щодня 30-60 мг елементарного заліза разом із фолієвою кислотою для запобігання анемії, передчасним пологам і низькій масі тіла новонародженого.

Вага

Жінки з недостатньою або надмірною вагою мають підвищений ризик ускладнень під час вагітності. Надмірна вага може знизити фертильність і вплинути на харчування дитини.

Проблемою є надмірна вага та ожиріння. Надмірна вага може зменшити шанси на зачаття й підвищити ризик викидня, а також інших ускладнень. Чим більша вага матері, тим вищий ризик ускладнень під час вагітності, включаючи

гестаційний цукровий діабет, прееклампсію, підвищену крововтрату. Також частіше виникає потреба у кесаревому розтині.

Оскільки вага — дуже чутливе питання для багатьох жінок, але через важливість для здоров'я дитини, варто вживати заходів до зачаття для її корекції: за допомогою дієтолога, фізичних навантажень. Жінкам з ожирінням рекомендують спочатку знизити вагу, а потім вагітніти.

Слід також розуміти, що аномально низький індекс маси тіла теж пов'язаний із порушеннями менструального циклу і зниженою вірогідністю зачаття.

Фізична активність

Помірні фізичні навантаження покращують фертильність, особливо для жінок із надмірною вагою. Якщо ви маєте зайву вагу або ожиріння, фізична активність допоможе повернутися до здорової ваги.

Заняття спортом разом із партнером також мають позитивний вплив на стосунки.

Медичні стани

Контроль наявних хронічних захворювань до вагітності покращує шанси на її успішний перебіг. Наприклад, для жінок із цукровим діабетом контроль рівня глюкози до вагітності та протягом першого триместру знижує ризики для плода. Важливо заздалегідь обговорити це з лікарем.

Здорові інтервали між вагітностями

Рекомендується уникати інтервалів між вагітностями, коротших за 6 місяців. Оптимальний інтервал між пологами має становити не менше ніж 2 роки, щоб знизити ризики ускладнень для матері та дитини і забезпечити повноцінне відновлення організму.

Відтермінування вагітності

Настання вагітності після 35 років асоціюється з підвищеним ризиком труднощів із зачаттям через вікове зниження оваріального резерву та якості ооцитів. Крім того, перша вагітність у віці понад 30 років пов'язана з підвищеним ризиком розвитку раку молочної залози.

Перевірка медикаментів

Перед плануванням вагітності важливо переглянути всі ліки, включно з тими, що продаються без рецепта, на предмет їхньої безпеки. Деякі лікарські засоби потрібно припинити приймати завчасно, але тільки після консультації з лікарем-спеціалістом.

Куріння

Куріння шкодить якості яйцеклітин і кількості здорових яйцеклітин. Також знижує якість сперми у чоловіків.

Куріння під час вагітності шкодить плаценті та обмежує ріст плода. Немовлята курців частіше мають ожиріння в дитинстві та артеріальну гіпертензію у дорослому віці.

Куріння слід припинити до вагітності — зверніться по допомогу до лікаря-спеціаліста.

Алкоголь і наркотики

Алкоголь знижує фертильність і може зашкодити плоду. Безпечніша опція — повна відмова від алкоголю.

Наркотики також шкодять фертильності й розвитку дитини. Припинити вживання потрібно до зачаття. Зверніться по допомогу, якщо необхідно до лікаря-спеціаліста.

Здорове середовище

Слід зменшити вплив токсинів, інфекцій і радіації як удома, так і на роботі.

Поїздки можуть збільшити ризик інфекцій. У деяких випадках необхідне медичне відтермінування вагітності (наприклад, після вірусу Зіка).

Медичний огляд перед вагітністю

Звернення до лікаря-спеціаліста перед зачаттям дозволяє перевірити:

чи під контролем хронічні захворювання;

чи є щеплення (кір, краснуха, вітряна віспа та інші);

чи нормальний артеріальний тиск, гінекологічний огляд, результати скринінгу раку шийки матки та молочних залоз;

чи є генетичні ризики (потрібне консультування);

чи були проблеми в попередніх вагітностях.

Чоловік

Здоров'я майбутнього батька не менш важливе.

Ожиріння, куріння, алкоголь, наркотики, деякі лікарські засоби та незбалансоване харчування можуть знижувати фертильність і підвищувати ризики для плода.

Здоровий спосіб життя, фізична активність і правильне харчування — важливі й для чоловіка.

Додаток 2
до Стандарту медичної
допомоги «Планування сім'ї»
(підпункт 3 пункту 3 розділу II)

Захворювання, які роблять вагітність особливо ризикованою

Інфекції та захворювання статевих шляхів або репродуктивних органів (тракту):

рак молочної залози;
рак ендометрію;
рак яєчників;
деякі інфекції, що передаються статевим шляхом (гонорея, хламідіоз);
деякі вагінальні інфекції (бактеріальний вагіноз);
злаякісна гестаційна трофобластична хвороба.

Серцево-судинні захворювання:

підвищений артеріальний тиск (сistolічний артеріальний тиск вище 160 мм рт. ст. або діастолічний артеріальний тиск вище 100 мм рт. ст.);
ускладнене клапанне захворювання серця;
ішемічна хвороба серця (серцеве захворювання через звуження артерій);
інсульт;
тромбогенні мутації.

Інші інфекції:

ВІЛ;
туберкульоз;
шистосомоз із фіброзом печінки.

Захворювання ендокринної системи

Цукровий діабет, якщо він інсулінозалежний, з ураженням артерій, нирок, очей або нервової системи (нефропатія, ретинопатія, невропатія) або тривалістю понад 20 років.

Анемія:

серпоподібноклітинна анемія.

Шлунково-кишкові захворювання:

тяжкий (декомпенсований) цироз печінки;
злаякісні (ракові) пухлини печінки (гепатома) та гепатоцелюлярна карцинома печінки.

Неврологічні захворювання: епілепсія.

Ревматичні захворювання:

системний червоний вовчак.

Якщо жінка має будь-які з перерахованих станів:

вагітність може бути особливо небезпечною для її здоров'я і в деяких випадках для здоров'я її дитини;

запропонуйте контрацепцію;

під час консультування приділіть особливу увагу ефективності методів контрацепції та правильному його використанню (повинні ретельно подумати, чи зможуть вони використовувати даний метод контрацепції ефективно).

Ефективність методу контрацепції має особливе значення, більше залежить від пацієнтів, ніж інших. Методи, які вимагають правильного використання під час кожного статевого контакту або утримання від статевого акту у фертильні дні, є менш ефективними (сперміциди, перерваний статевий акт, методи розпізнавання фертильності, шийкові ковпачки, діафрагми, жіночі презервативи, чоловічі презервативи).

Консультавання щодо поліпшення фертильності

Якщо ситуація не відповідає одному зі стандартних визначень безпліддя, тоді подружжя може отримати консультацію щодо поліпшення фертильності.

Ключові моменти:

Фертильне вікно — це період у менструальному циклі жінки, коли ймовірність зачаття є вищою. Це зазвичай 5 днів до овуляції та день овуляції. Оскільки сперматозоїди можуть виживати в жіночому тілі до 5 днів, а яйцеклітина життєздатна приблизно 24 години після овуляції, важливо мати статеві акти протягом цього періоду.

Пацієнти мають бути проінформовані про ознаки фертильності, що характеризуються слизким, розтягнутим цервікальним слизом.

Жінкам з регулярними менструальними циклами слід порадити незахищені вагінальні статеві акти кожні 1–2 дні після закінчення менструації. Цей підхід дозволяє забезпечити наявність сперматозоїдів у фалопієвих трубах під час овуляції, що підвищує ймовірність запліднення.

Для точного визначення фертильного вікна можна використовувати:

тести на овуляцію, які виявляють підвищення рівня лютеїнізуючого гормону у сечі;

відстеження базальної температури тіла;

спостереження за цервікальним слизом;

застосування цифрових телефонних додатків.

Слід зазначити, що рівень народжуваності нижчий серед жінок, які мають високий і замалий індекс маси тіла, а також серед тих, хто споживає високий рівень кофеїну (наприклад, більше п'яти чашок на день).

Куріння, вживання алкоголю, вживання рекреаційних наркотиків і використання більшості наявних у продажу вагінальних лубрікантів не слід рекомендувати, оскільки вони можуть знизити фертильність.

Оцінка стану здоров'я пацієнтки щодо можливості використання методів контрацепції

Відповідно до класифікації ВООЗ, різні методи контрацепції оцінюються з погляду відношення ризику для здоров'я та користі від їхнього використання за наявності певних станів.

Поняття „стан” визначається як відображення індивідуальних характеристик жінки (наприклад, вік або репродуктивний анамнез), так і встановлених соматичних захворювань.

Стани, які впливають на допустимість використання кожного окремого методу контрацепції, належать до однієї із категорій:

1) стан, при якому немає ніяких протипоказань до використання даного методу контрацепції;

2) стан, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевершує теоретичні або доведені ризики (цей метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль зі сторони лікаря);

3) стан, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції. Рекомендувати метод можна лише після ретельного клінічного обстеження. Крім того слід враховувати тяжкість стану та прийнятність альтернативних методів контрацепції. Цей метод не рекомендується використовувати за виключенням тих ситуацій, коли більш придатні засоби контрацепції недоступні або їх використання неприйнятне для пацієнта. Стан здоров'я пацієнта повинен знаходитись під особливим контролем лікаря;

4) стан, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказане.

Додаток 5
до Стандарту медичної
допомоги «Планування
сім'ї»
(пункт 1 розділу III)

Медичні критерії прийнятності для використання контрацепції

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТІП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом	Жіноча стерилізація*
ПЕРСОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ										
Вагітність	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	Н/З	4	4	D
Вік	Від менархе до <40 років			Менархе до <18 років				Менархе до <20 років		Молодий вік
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	C
	≥40 років			18–45 років				≥ 20 років		
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	
				>45 років						
				1	2	1	—			
Пологи в анамнезі										
Не народжували	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Народжували	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Грудне вигодовування										
< 6 тижнів після пологів	4	4	4	2	3 ¹	2	1/2	**	**	*
≥6 тижнів до <6 місяців після пологів (переважно грудне вигодовування)	3	3	3	1	1	1	1/2	**	**	A
>6 місяців після пологів	2	2	2	1	1	1	1/2	**	**	A

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом	Жіноча стерилізація*
Післяпологовий період (без грудного вигодовування)										
< 21 день	3	3	3	1	1	1	—	**	**	*
3 іншими додатковими факторами ризику ВТЕ	4	4	4							
21–42 дні	2	2	2	1	1	1	—	**	**	
3 іншими додатковими факторами ризику ВТЕ	3	3	3							
≥ 42 дні	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Післяабортний період										
Аборт у 1-му триместрі	1	1	1	1	1	1	—	1	1	*
Аборт у 2-му триместрі	1	1	1	1	1	1	—	2	2	
Відразу після септичного аборту	1	1	1	1	1	1	—	4	4	
Ектопічна вагітність в анамнезі	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
Анамнез хірургічного втручання на органах малого тазу	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C*
Куріння										
Вік < 35 років	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Вік ≥ 35 років										
<15 сигарет на день	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 сигарет/день	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Ожиріння										
Індекс маси тіла ≥30 кг/м ²	2	2	2	1	1	1	1	1	1	C
Вимірювання артеріального тиску неможливе	H/3 ²	H/3 ²	H/3 ²	H/3 ²	H/3 ²	H/3 ²	—	H/3	H/3	H/3
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ										

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом	Жіноча стерилізація*
Множинні фактори ризику артеріальних серцево-судинних захворювань (літній вік, куріння, діабет та артеріальна гіпертензія)	¾	¾	¾	2	3	2	—	1	2	S
Артеріальна гіпертензія										
Анамнез гіпертензії, коли артеріальний тиск НЕ МОЖЕ бути оцінено (включаючи гіпертензію під час вагітності)	3	3	3	2 ²	2 ²	2 ²	—	1	2	Н/З
Достатньо контрольована артеріальна гіпертензія, коли артеріальний тиск може бути оцінено	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C
Підвищений артеріальний тиск (правильно виміряний)										
Систолічний 140-159 мм рт. ст. або діастолічний 90-99 мм рт. ст.	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C
Систолічний ≥160 мм рт. ст. або діастолічний ≥100 ³ мм рт. ст.	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S
Судинне захворювання	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S
Анамнез підвищеного артеріального тиску під час вагітності (коли поточний артеріальний тиск вимірянний і нормальний)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Тромбоз глибоких вен (ТГВ)/Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)										
Анамнез ТГВ/ТЕЛА	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП		Ін'єкції лише прогестину	Імпланти		Таблетки для невідкладної контрацепції*	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
Гострий ТГВ/ТЕЛА	4	4	4	3		3	3		*	1	3		D
ТГВ/ТЕЛА та антикоагулянтна терапія	4	4	4	2		2	2		*	1	2		S
Сімейний анамнез ТГВ/ТЕЛА (родичі першого ступеня спорідненості)	2	2	2	1		1	1		*	1	1		A
Велике хірургічне втручання													
З тривалою іммобілізацією	4	4	4	2		2	2		—	1	2		D
Без тривалої іммобілізації	2	2	2	1		1	1		—	1	1		A
Невелике хірургічне втручання без тривалої іммобілізації	1	1	1	1		1	1		—	1	1		A
Відомі тромбогенні мутації (наприклад, фактор V Лейден, мутація протромбіну; дефіцити білка S, білка C та антитромбіну) ³	4	4	4	2		2	2		*	1	2		A
Поверхневі венозні захворювання													
Варикозне розширення вен	1	1	1	1		1	1		—	1	1		A
Тромбоз поверхневих вен	2	2	2	1		1	1		—	1	1		A
Ішемічна хвороба серця ³				П	Т		П	Т			П	Т	
Поточна	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	D
В анамнезі													C
Інсульт (анамнез інсульту) ³	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	C	
Відомі дисліпідемії без інших відомих серцево-судинних факторів ризиків	2	2	2	2		2	2		—	1	2		A
Клапанні вади серця													
Неускладнені	2	2	2	1		1	1		—	1	1		C ⁵

Стан	КОК		Щомісячні ін'єкції		Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце		ТЛП		Ін'єкції лише прогестину		Імпланти		Таблетки для невідкладної контрацепції*	Мідна ВМК		ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
Ускладнені ^{3,4}	4		4		4		1		1		1		—	2 ⁶		2 ⁶		S*
Системний червоний вовчак									П	Т				П	Т			
Позитивні (або невідомі) антифосфоліпідні антитіла	4		4		4		3		3	3	3		—	1	1	3		S
Тяжка тромбоцитопенія	2		2		2		2		3	2	2		—	3	2	2		S
Імуносупресивне лікування	2		2		2		2		2	2	2		—	2	1	2		S
Нічого з перерахованого вище	2		2		2		2		2	2	2		—	1	1	2		C
НЕВРОЛОГІЧНІ СТАНИ																		
Головний біль ⁶	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т				П	Т	
Немігренозний (легкий чи тяжкий)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	—	1		1	1	A
Мігрень													2					
Без аури	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т	П	Т				П	Т	
Вік < 35 років	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	—	1		2	2	A
Вік ≥ 35 років	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	—	1		2	2	A
З ауурою, у будь-якому віці	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1		2	3	A
Епілепсія	1		1		1		1		1		1		—	1				C
ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ																		
Депресивні розлади	1		1		1		1		1		1		—	1		1		C
ІНФЕКЦІЙ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ																		
Типи вагінальних кровотеч																П	Т	
Нерегулярні менструальні кровотечі без рясної кровотечі	1		1		1		2		2		2		—	1		1	1	A
Рясні або тривалі кровотечі (включаючи регулярні та нерегулярні)	1		1		1		2		2		2		—	2		1	2	A

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК		ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
Нез'ясована вагінальна кровотеча (підозра на серйозний стан), до обстеження	2	2	2	2	3	3	—	П 4	Т 2	П 4	Т 2	D
Ендометріоз	1	1	1	1	1	1	—	2		1		S
Доброякісні пухлини яєчників (включаючи кісти)	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Тяжка дисменорея	1	1	1	1	1	1	—	2		1		A
Гестаційна трофобластична хвороба												
Зниження або невизначений рівень β-ХГЛ	1	1	1	1	1	1	—	3		3		A
Постійно підвищений рівень β-ХГЛ або злоякісне захворювання ³	1	1	1	1	1	1	—	4		4		D
Ектропіон шийки матки	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN)	2	2	2	1	2	2	—	1		2		A
Рак шийки матки (очікування лікування)	2	2	2	1	2	2	—	П 4	Т 2	П 4	Т 2	D
Захворювання молочної залози												
Недіагностоване новоутворення	2	2	2	2	2	2	—	1		2		A
Доброякісне захворювання молочної залози	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Сімейний анамнез раку	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Рак молочної залози												
Поточний ³	4	4	4	4	4	4	—	1		4		C

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК		ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
У минулому немає ознак захворювання протягом як мінімум 5 років	3	3	3	3	3	3	—	1		3		A
Рак ендометрія³	1	1	1	1	1	1	—	П 4	Т 2	П 4	Т 2	D
Рак яєчників³	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	
Міома матки												
Без деформації порожнини матки	1	1	1	1	1	1	—	1		1		C
З деформацією порожнини матки	1	1	1	1	1	1	—	4		4		C
Анатомічні аномалії												
Деформація порожнини матки	—	—	—	—	—	—	—	4		4		—
Інші аномалії, які не деформують порожнину матки або не перешкоджають введенню ВМК (включаючи стеноз шийки матки або розриви)	—	—	—	—	—	—	—	2		2		—
Запальні захворювання органів малого таза (далі-ЗЗОМТ)												
Анамнез ЗЗОМТ (за відсутності поточних факторів ризику інфікування ПІСШ)								П	Т	П	Т	
З наступною вагітністю	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Без наступної вагітності	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	C
Поточне ЗЗОМТ	1	1	1	1	1	1	—	4	2 ⁷	4	2 ⁷	D
Поточний гнійний цервіцит, хламідіоз чи гонорея	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК		ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
Інші ІПСШ (за винятком ВІЛ та вірусного гепатиту)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Вагініт (включаючи <i>trichomonas vaginalis</i> та бактеріальний вагіноз)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Підвищений ризик інфікування ІПСШ	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ⁸	2	2/3 ⁸	2	A
ВІЛ/СНІД³								П	Т	П	Т	
Високий ризик інфікування ВІЛ	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Безсимптомне або легке клінічне захворювання ВІЛ (стадія 1 або 2 за класифікацією ВООЗ)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Тяжке або запущене клінічне захворювання ВІЛ (стадія 3 або 4 за класифікацією ВООЗ)	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	S ⁹
Антиретровірусна терапія												
Лікування нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ¹⁰	2	2/3 ¹⁰	2	—
Лікування нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази												
Ефавіренз (EFV) або невірапін (NVP)	2	2	2	2	1/2	2	—	2/3 ¹⁰	2	2/3 ¹⁰	2	—
Лікування інгібіторами інтегрази (ралтегравір [RAL])	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ¹⁰	2	2/3 ¹⁰	2	—
ІНШІ ІНФЕКЦІЇ												
Шистосомоз												
Неускладнений	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Фіброз печінки (якщо тяжкий, див. цироз) ³	1	1	1	1	1	1	—	1		1		C

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК		ВМК з левоноргестрелом		Жіноча стерилізація*
Туберкульоз ³								П	Т	П	Т	
Негенітальний	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Відомий генітальний	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4	3	S
Малярія	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ												
Цукровий діабет												
Гестаційний цукровий діабет в анамнезі	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A ¹¹
Несудинний діабет												
Неінсулінозалежний ³	2	2	2	2	2	2	—	1		2		C ^{5,11}
Інсулінозалежний ³	2	2	2	2	2	2	—	1		2		C ^{5,11}
З ураженням нирок, очей або нервів ³	3/4	3/4	3/4	2	3	2	—	1		2		S
Інше судинне захворювання або діабет тривалістю ≥20 років ³	3/4	3/4	3/4	2	3	2	—	1		2		S
Захворювання щитоподібної залози												
Простий зоб	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
Гіпертиреоз	1	1	1	1	1	1	—	1		1		S
Гіпотиреоз	1	1	1	1	1	1	—	1		1		C
ШЛУНКОВО-КИШКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ												
Захворювання жовчного міхура												
Симптомний:												

Стан	КОК		Щомісячні ін'єкції		Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце		ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом	Жіноча стерилізація*
Жовчно-кам'яна хвороба, холецистит (в тому числі після хірургічного лікування)	2		2		2		2	2	2	—	1	2	A
Медикаментозне лікування	3		2		3		2	2	2	—	1	2	A
Поточне	3		2		3		2	2	2	—	1	2	D
Безсимптомне	2		2		2		2	2	2	—	1	2	A
Холестаз в анамнезі													
Пов'язаний із вагітністю	2		2		2		1	1	1	—	1	1	A
В анамнезі — пов'язаний з прийманням КОК	3		2		3		2	2	2	—	1	2	A
Вірусний гепатит	П	Т	П	Т	П	Т							
Гострий або у стадії загострення	3/4	2	3	2	3/4	2	1	1	1	2	1	1	D
Носійство	1		1		1		1	1	1	—	1	1	A
Хронічний	1		1		1		1	1	1	—	1	1	A
Цироз													
Легкий (компенсований)	1		1		1		1	1	1	—	1	1	A
Важкий (декомпенсований) ³	4		3		4		3	3	3	—	1	3	S
Пухлини печінки													
Фокальна вузлова гіперплазія	2		2		2		2	2	2	—	1	2	A
Гепатоцелюлярна аденома	4		3		4		3	3	3	—	1	3	C
Злоякісна (гепатома) ³	4		3/4		4		3	3	3	—	1	3	C
АНЕМІЇ													
Таласемія	1		1		1		1	1	1	—	2	1	C
Серпоподібноклітинна анемія ³	2		2		2		1	1	1	—	2	1	C
Залізодефіцитна анемія	1		1		1		1	1	1	—	2	1	D/C

Стан	КОК	Щомісячні ін'єкції	Комбінований пластир та комбіноване вагінальне кільце	ТЛП	Ін'єкції лише прогестину	Імпланти	Таблетки для невідкладної контрацепції**	Мідна ВМК	ВМК з левоноргестрелом	Жіноча стерилізація*
ЛІКАРСЬКІ ВЗАЄМОДІЇ (щодо антиретровірусних лікарських засобів див. ВІЛ/СНІД)										
Протисудомна терапія										
Певні протисудомні лікарські засоби (барбітурати, карбамазепін, окскарбазепін, фенітоїн, топірамат)	3 ¹²	2	3 ¹²	3 ¹²	1/2	2 ¹²	—	1	1	—
Ламотриджин	3 ¹²	3 ¹²	3 ¹²	1	1	1	—	1	1	—
Протимікробна терапія										
Антибактеріальні лікарські засоби широкого спектра дії	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Протигрибкові та протипаразитарні лікарські засоби	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Терапія рифампіцином чи рифабутином	3 ¹²	2	3 ¹²	3 ¹²	1/2	2	—	1	1	—

Примітки:

* інші стани, що впливають на прийнятність застосування лікарських засобів для екстреної контрацепції та методу жіночої стерилізації;

** застосування ВМК в післяпологовому періоді:

введення мідьвмісної ВМК протягом < 48 годин після пологів відноситься до категорії 1;

введення ВМК з левоноргестрелом протягом < 48 жінок після пологів, які годують грудьми, відноситься до категорії 2, а жінкам, які не годують грудьми – до категорії 1;

для всіх жінок введення ВМК обох типів в період від 48 годин до < 4 тижнів після пологів відноситься до категорії 3;

≥ 4 тижнів після пологів – до категорії 1, відразу після септичного аборту – до категорії 4;

П – початок використання методу

Т – тривалість використання методу

¹ У популяції, де висока захворюваність і смертність жінок під час вагітності та цей метод є одним із небагатьох широкодоступних методів контрацепції, допускається застосування для годуючих грудьми жінок відразу після пологів.

- ² У популяції, де високі ризики захворюваності та смертності та цей метод є одним із небагатьох широкодоступних методів контрацепції, не слід відмовляти жінкам у цьому методі контрацепції з тієї причини, що немає можливості вимірювати артеріальний тиск.
- ³ Цей стан може збільшити ризик виникнення серйозних ускладнень під час вагітності. Необхідно проінформувати жінок про те, що через досить високий ризик настання незапланованої вагітності небажано використовувати сперміциди, перерваний статевий акт, біологічні методи контрацепції, ковпачки, діафрагми або жіночі/чоловічі презервативи.
- ⁴ Легенева гіпертензія, миготлива аритмія, підгострий інфекційний ендокардит в анамнезі.
- ⁵ До застосування методу рекомендується профілактичний прийом антибактеріальних лікарських засобів.
- ⁶ Категорія жінок, які не мають яких-небудь інших факторів ризику виникнення інсульту.
- ⁷ Замінюйте належні антибактеріальні лікарські засоби при лікуванні ЗЗОМТ. Переважно немає необхідності видаляти ВМК, якщо жінка виявила бажання продовжити використання методу.
- ⁸ Стан відноситься до категорії 3, якщо у жінки дуже високий індивідуальний ризик інфікування ППШ.
- ⁹ Наявність захворювання, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, може потребувати відкладення процедури.
- ¹⁰ Стан відноситься до категорії 2 для введення ВМК при безсимптомному або легкому перебігу ВІЛ-інфекції (стадія 1 або 2 за класифікацією ВООЗ); до категорії 3 при важкій або пізній стадії СНІД (стадія 3 або 4 за класифікацією ВООЗ).
- ¹¹ Якщо немає можливості контролювати рівень цукру в крові належним чином, рекомендується направити жінку в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.
- ¹² Комбіновані гормональні контрацептиви можуть зменшити ефективність лікарських засобів.

Категорії жіночої стерилізації та вазектомії

Призначте (A)	Немає жодних медичних підстав відмовляти у методі людині з цим станом чи за цих обставин.
Будьте обережні (C)	Метод зазвичай призначається у звичайних умовах, але з додатковою підготовкою та запобіжними заходами.
Відкладіть (D)	Використання методу слід відкласти, доки стан не буде оцінено та/або кориговано. Повинні бути надані альтернативні тимчасові методи контрацепції.
Застосуйте особливі заходи (S)	Процедура повинна проводитись в умовах із досвідченим лікарем-хірургом та медичним персоналом, обладнанням, необхідним для забезпечення загальної анестезії, та іншою додатковою медичною підтримкою. Також необхідна здатність прийняти рішення про відповідну процедуру та анестезіологічну підтримку. Повинні бути призначені альтернативні тимчасові методи контрацепції, якщо потрібно направити до спеціаліста або є якась затримка.

Додаток 6
до Стандарту медичної
допомоги «Планування сім'ї»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Порівняння ефективності методів планування сім'ї

Більша ефективність

Менше ніж 1 вагітність на 100 жінок
протягом 1 року використання

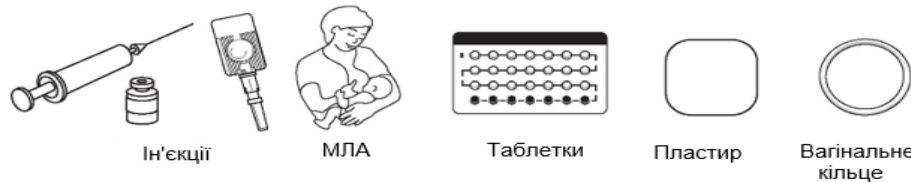


Як зробити ваш метод контрацепції ефективнішим

Імплантати, ВМС, жіноча стерилізація:

Після процедури потрібно мало робити чи пам'ятати або нічого не потрібно мало робити чи пам'ятати

Вазектомія: Використовуйте інший метод протягом перших 3 місяців



Ін'єкції: Робіть повторні ін'єкції вчасно

Метод лактаційної аменореї (протягом 6 місяців):
Годуйте груддю часто, вдень та вночі

Таблетки: Приймайте по таблетці щодня

Пластир, кільце: Тримайте на місці, міняйте вчасно



Чоловічі презервативи, діафрагма: Використовуйте правильно під час кожного статевих контакту

Методи розпізнавання фертильності: Утримуйтеся від статевих контактів чи використовуйте презервативи у фертильні дні. Нові методи (метод стандартних днів та метод двох днів) можуть бути простішими у використанні



Жіночі презервативи, перерваний статевий акт, сперміциди: Використовуйте правильно під час кожного статевих контакту

Менша ефективність

Близько 20 вагітностей на 100 жінок
протягом 1 року

Додаток 7
до Стандарту медичної
допомоги «Планування сім'ї»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Побічні ефекти при використанні методів контрацепції

У наведеній нижче таблиці вказано ознаки та симптоми деяких розладів здоров'я. Ці стани виникають рідко чи дуже рідко серед пацієнтів, які використовують певний метод контрацепції. Вони також рідко виникають серед людей репродуктивного віку загалом. Проте важливо розпізнавати можливі ознаки цих станів і вживати заходів або направляти пацієнтів для отримання допомоги, якщо пацієнт повідомляє про них. У деяких випадках пацієнтам, у яких розвивається один із цих станів, може знадобитися вибрати інший метод контрацепції.

Стан	Опис	Ознаки та симптоми
Тромбоз глибоких вен	Згортка крові, який утворюється в глибоких венах організму, переважно в ногах.	Постійний сильний біль в одній нозі, іноді з набряком чи почервонінням шкіри.
Ектопічна вагітність	Вагітність, при якій запліднена яйцеклітина імплантується в тканини за межами матки, частіше у матковій трубі, але іноді в шийці матки або черевній порожнині.	На ранніх стадіях ектопічної вагітності симптоми можуть бути відсутніми або незначними, але згодом вони стають серйозними. Поєднання наведених нижче ознак та симптомів має посилити підозру на ектопічну вагітність: незвичайний біль чи болісна чутливість у животі; аномальна вагінальна кровотеча або відсутність менструальних кровотеч, особливо якщо спостерігається зміна звичного характеру кровотеч; відчуття млості в голові або запаморочення; непритомність.
Серцевий напад	Відбувається, коли блокується кровопостачання серця, переважно через накопичення холестерину та інших	Дискомфорт чи неприємний тиск у грудях; відчуття повноти, стиснення або біль у центрі грудей, що триває довше кількох хвилин або який то з'являється, то зникає;

Стан	Опис	Ознаки та симптоми
	речовин у коронарних артеріях	біль, що поширюється, або оніміння в одній або обох руках, спині, щелепі або животі; задишка; холодний піт; нудота.
Розлади печінки	У результаті інфікування вірусом гепатиту - запалення печінки; а у результаті цирозу печінки відбувається рубцювання тканини, що блокує кровотік через печінку	Жовті очі або шкіра (жовтяниця) та набряк живота, болісна чутливість або біль, особливо у верхній частині живота.
Запальне захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ)	Інфекція верхніх статевих шляхів, спричинена різними типами бактерій	Біль у нижній частині живота; біль під час статевого контакту, гінекологічного огляду чи сечовипускання; аномальна вагінальна кровотеча чи виділення; лихоманка; кровоточивість шийки матки при дотику. При гінекологічному огляді ознаки ЗЗОМТ включають: болісну чутливість яєчників або маткових труб, жовтуваті виділення з шийки матки, що містять слиз і гній, легку кровотечу при дотику до шийки матки тампоном або позитивний результат мікроскопічного дослідження, а також болісна чутливість або біль при переміщенні шийки матки під час гінекологічного огляду.
ТЕЛА	Згусток крові, який переміщається по кровотоку в легені	Раптова задишка, яка може погіршуватися при глибокому вдиху, кашель з кров'ю, прискорене серцебиття та запаморочення.
Порушена ектопічна вагітність	Коли маткова труба розривається через ектопічну вагітність	Раптовий гострий чи різкий біль в нижній частині живота, іноді з одного боку. Можливий біль у правому плечі. Зазвичай протягом кількох годин можуть спостерігатись ознаки подразнення очеревини і розвиток геморагічного шоку

Стан	Опис	Ознаки та симптоми
Тяжка алергічна реакція на латекс	Коли організм людини сильно реагує на контакт із латексом	Висип по всьому тілу, запаморочення, спричинене різким падінням артеріального тиску, утруднене дихання, втрата свідомості (анафілактичний шок).
Інсульт	Коли артерії мозку блокуються або розриваються, що перешкоджає нормальному кровотоку та призводить до відмирання мозкової тканини	Оніміння або слабкість обличчя, руки чи ноги, особливо з одного боку тіла; сплутаність свідомості чи труднощі з мовою чи розумінням; проблеми із зором в одному або обох очах; труднощі з ходінням, запаморочення, втрата рівноваги чи координації; сильний головний біль без будь-якої іншої відомої причини. Ознаки та симптоми розвиваються раптово.
Синдром токсичного шоку	Тяжка реакція всього організму на токсини, що виділяються бактеріями	Висока температура, висип на тілі, блювання, діарея, запаморочення, м'язові болі. Ознаки та симптоми розвиваються раптово.

Внутрішньоматковий контрацептив (далі – ВМК)

Опишіть поширені побічні ефекти	Поясніть ці побічні ефекти
Зміни в характері менструальних кровотеч: тривала та рясна менструальна кровотеча нерегулярні менструальні кровотечі більше спазмів та болю під час менструальної кровотечі	Зміни в характері менструальних кровотеч не є ознаками хвороби. Зазвичай вони зменшуються після перших місяців після введення. Пацієнтка може звернутися за допомогою, якщо її турбують проблеми або має інші побоювання.

Перед введенням ВМК необхідно провести ретельне консультування щодо змін у характері менструальних кровотеч. Консультації щодо змін у характері менструальних кровотеч можуть бути найважливішою допомогою, необхідною жінці, щоб продовжувати використовувати метод без занепокоєння.

Комбіновані оральні контрацептиви (далі-КОК)

Опишіть поширені побічні ефекти	Поясніть ці побічні ефекти	Поясніть, що робити в разі виникнення побічних ефектів
У перші кілька місяців кровотечі відбуваються в неочікуваний час (нерегулярні менструальні кровотечі). Потім відбуваються легші, короткі та регулярні менструальні кровотечі. Головний біль, болісна чутливість грудей, зміна ваги та, можливо, інші побічні ефекти.	Побічні ефекти не є ознаками хвороби. Більшість побічних ефектів зазвичай зменшуються або припиняються протягом кількох місяців використання КОК. Вони поширені, але не всі жінки їх мають.	Продовжувати приймати КОК. Пропуск таблеток може призвести до вагітності та посилити деякі побічні ефекти. Приймати кожену таблетку в один і той самий час щодня, щоб зменшити нерегулярні менструальні кровотечі та простіше запам'ятати. Приймати таблетки під час їжі або перед сном, щоб уникнути нудоти. Пацієнтка може звернутися за допомогою, якщо її турбують побічні ефекти або має інші побоювання.

Ретельне консультування щодо змін у кровотечах та інших побічних ефектів є важливою частиною призначення методу. Консультації щодо змін у характері менструальних кровотеч можуть бути важливою допомогою, необхідною жінці, щоб продовжувати використовувати метод контрацепції без занепокоєння.

Таблетки лише прогестину (далі-ТЛП)

Опишіть поширені побічні ефекти	Поясніть ці побічні ефекти	Поясніть, що робити в разі виникнення побічних ефектів
Жінки, що годують груддю, зазвичай не мають менструальних кровотеч протягом декількох місяців після пологів. ТЛП продовжують цей період. У жінок, які не годують груддю, протягом перших кількох місяців можуть бути часті або нерегулярні менструальні кровотечі, за якими настають регулярні менструальні кровотечі або постійні нерегулярні менструальні кровотечі. Головний біль, запаморочення, болісна чутливість грудей і, можливо, інші побічні ефекти.	Побічні ефекти не є ознаками хвороби. Відсутність менструальних кровотеч не означає вагітність. Зазвичай стають меншими або припиняються протягом перших кількох місяців використання ТЛП. Проте зміни в характері менструальних кровотеч зазвичай зберігаються. Вони поширені, але не всі жінки їх мають.	Продовжуйте приймати ТЛП. Пропуск таблеток може призвести до вагітності. Спробуйте приймати таблетки під час їжі або перед сном, щоб уникнути нудоти. Пацієнтка може звернутися за допомогою, якщо її турбують побічні ефекти або має інші побоювання.

Ретельне консультування щодо змін у кровотечах та інших побічних ефектів є важливою частиною призначення методу. Консультації щодо змін у характері менструальних кровотеч можуть бути важливою допомогою, необхідною жінці, щоб продовжувати використовувати метод контрацепції без занепокоєння.

Додаток 8
до Стандарту медичної
допомоги «Планування сім'ї»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

**Рекомендації щодо дій пацієнтки у разі пропусчення прийому
протизаплідних лікарських засобів**

Якщо ви пропустили прийом протизаплідних лікарських засобів — завжди приймайте лікарський засіб, як тільки згадаєте і продовжуйте приймати його по одній таблетці на день. Також:

якщо ви пропустили приймання лікарського засобу 3 дні або більше, або якщо ви почали приймання його із запізненням на 3 дні або більше	використовуйте презервативи або уникайте статевого контакту протягом наступних 7 днів
якщо ви пропустили приймання лікарського засобу 3 дні або більше поспіль на 3-му тижні застосування	використовуйте презервативи або уникайте статевого контакту протягом наступних 7 днів. Крім того, пропустіть приймання негормональних лікарських засобів (або пропустіть тиждень без приймання їх) і почніть приймати з наступної упаковки
якщо ви пропустили приймання будь-яких негормональних лікарських засобів (тільки останні 7 таблеток в упаковці з 28 таблеток):	викиньте пропущені таблетки та продовжуйте приймати їх по одній на день

Компенсація пропущених таблеток лише прогестину

Основна вказівка	У вас регулярні менструальні кровотечі?	Сильне блювання або діарея
Прийміть пропущену таблетку якнайшвидше. Продовжуйте приймати таблетки як завжди, по одній на день. (Пацієнтка може прийняти 2 таблетки одночасно або в той самий день.)	Якщо так, слід також використовувати резервний метод протягом наступних 2 днів. Крім того, якщо пацієнтка мала статевий контакт протягом останніх 5 днів, можна розглянути можливість приймання лікарського засобу невідкладної контрацепції.	Якщо блювання настає протягом 2 годин після приймання лікарського засобу, слід якнайшвидше прийняти ще одну таблетку з упаковки й продовжувати приймати таблетки як завжди.

Наступні візити до лікаря та рекомендації

Рекомендації щодо успішного консультування:

виявляйте повагу до кожного пацієнта та допомагайте кожному пацієнту почуватися невимушено;

заохочуйте пацієнта пояснювати потреби, висловлювати побоювання та ставити запитання;

нехай бажання та потреби пацієнта скеровують обговорення;

будьте уважні до супутніх потреб, таких як захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, та підтримка використання презервативів;

поговоріть із пацієнтом у відокремленому місці, де ніхто інший не зможе почути, запевніть пацієнта в конфіденційності — що ви не розповісте іншим про вашу розмову чи рішення пацієнта;

уважно слухайте! Слухати так само важливо, як і надавати правильну інформацію;

давайте лише ключову інформацію та вказівки, використовуючи слова, які знає пацієнт;

поважайте та підтримуйте обґрунтовані рішення пацієнта;

порушуйте питання про побічні ефекти, якщо такі є, і серйозно ставтеся до занепокоєння пацієнта;

перевіряйте розуміння пацієнта;

пропонуйте пацієнту прийти на повторний візит у будь-який час та з будь-якої причини.

Консультування прийшло успішно, якщо:

пацієнти відчують, що отримали необхідну допомогу;

пацієнти знають, що робити, і впевнені, що можуть це зробити;

пацієнти відчують, що їх поважають та цінують;

пацієнти приходять на повторний візит, коли їм це потрібно;

пацієнти ефективно та із задоволенням використовують обраний метод контрацепції.

Ефективне консультування допомагає пацієнтам вибрати та використовувати методи планування сім'ї, які їм підходять. Консультування — це індивідуальне для кожного пацієнта.

Приділіть час пацієнтам, яким це потрібно. Багато пацієнтів приходять на повторні візити не маючи проблем і потребують невеликого консультування.

Тип пацієнта	Звичайні завдання консультування
Повторні пацієнти без проблем	Надайте більше витратних матеріалів або провадьте планове подальше спостереження. Поставте доброзичливе запитання про те, які враження пацієнта від використання методу контрацепції
Повторні пацієнти з проблемами	Зрозумійте проблему та допоможіть розв'язати її — побічні ефекти, проблеми з використанням методу, небажання співпрацювати з партнером або іншу проблему
Нові пацієнти, які цікавляться певним методом контрацепції	Перевірте, чи правильно пацієнт розуміє, що передбачає цей метод Підтримайте вибір пацієнта, якщо пацієнт відповідає медичним критеріям прийнятності для використання методу Обговоріть, як використовувати метод і як долати будь-які побічні ефекти
Нові пацієнти, які не цікавляться певним методом контрацепції	Обговоріть ситуацію пацієнта, плани та те, що для нього важливо у методі Допомогти пацієнту розглянути методи, які йому підходять. За необхідності допоможіть йому чи їй ухвалити рішення Підтримайте вибір пацієнта, дайте інструкції щодо використання та обговоріть, як справлятися з будь-якими побічними ефектами

Візит до лікаря після введення внутрішньоматкового контрацептиву (від 3 до 6 тижнів) може бути здійсненим як лікарем загальної практики-сімейним лікарем, так і лікарем акушером-гінекологом, який проводив постановку ВМК.

При повторних візитах слід провести наступне опитування користувачки ВМК:

- які її враження від методу контрацепції та чи задоволена вона ним;
- чи має вона будь-які запитання або теми для обговорення;
- чи турбують пацієнтку зміни в характері менструальних кровотеч (надайте їй будь-яку інформацію або допомогу, якої вона потребує);
- чи має вона:
 - підсилення або сильний біль у животі або біль під час статевого контакту або сечовипускання;
 - незвичайні виділення з піхви;
 - лихоманку чи озноб;
 - ознаки чи симптоми вагітності;
 - відчуття твердого пластику ВМК, що частково вийшла з піхви.

Звичайний гінекологічний огляд під час повторного візиту не потрібний, однак він може бути доречним у деяких ситуаціях або для деяких пацієнток. Проведіть гінекологічний огляд, особливо якщо відповіді пацієнтки змушують вас підозрювати інфекцію або що ВМК частково чи повністю вийшла з матки.

По закінченні візиту обов'язково домовтеся із пацієнткою про дату наступного візиту. Обговоріть зв'язок на випадок виникнення ургентних ситуацій, побічних реакцій або ускладнень. Надайте зручний для обох канал комунікації.

Наступні візити відбуваються відповідно до попередньої домовленості. Під час повторних візитів лікар загальної практики-сімейний лікар, або лікар акушер-гінеколог проводить відповідне опитування:

які враження пацієнтки від методу контрацепції та зміни характеру менструальних кровотеч.

чи з'явилися нові проблеми зі здоров'ям (розв'язуйте проблеми в міру потреби);

серйозні зміни в житті, які можуть вплинути на потреби, зокрема про наміри реалізувати репродуктивну функцію та ризик інфікування ІПСШ/ВІЛ, за потреби заплануйте повторний візит.

Нагадайте їй, як довго ВМК захищатиме її від вагітності і коли їй потрібно буде видалити або замінити ВМК.

Причини повернутися. Запевніть кожну пацієнтку, що вона може повернутися в будь-який час, наприклад:

якщо у неї виникнуть проблеми, запитання чи вона забажає використати інший метод контрацепції; або у неї станеться серйозна зміна стану здоров'я;

якщо відбулась експульсія ВМК або пацієнтка думає, що це відбулось;

у неї спостерігаються симптоми запального захворювання органів малого таза (підсилюється або сильний біль в нижній частині живота, біль під час статевого контакту, незвичайні виділення з піхви, лихоманка, озноб, нудота та/або блювання), особливо у перші 20 днів після введення ВМК;

вважає, що може бути вагітна;

бажає видалити ВМК з будь-якої причини.

МЕТОДИКИ І ТЕХНОЛОГІЇ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Призначення комбінованих оральних контрацептивів

Пацієнтка може почати приймати КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Крім того, жінці можуть призначити КОК у будь-який час та повідомити, коли починати їх приймати.

Ситуація жінки	Коли розпочати
Наявність менструального циклу або перехід з негормонального методу	У будь-який час місяця Якщо пацієнтка починає приймати КОК протягом 5 днів після початку менструальної кровотечі, немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 5 днів після початку менструальної кровотечі, вона може почати приймати КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів приймання таблеток. Якщо вона переходить з ВМС, можна почати приймання КОК негайно.
Перехід з гормонального методу	Можна почати приймати КОК негайно, якщо вона використовувала гормональний метод послідовно та правильно або якщо є інші підстави вважати, що вона не вагітна. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо пацієнтка переходить з ін'єкцій, вона може розпочати приймання КОК тоді, коли мала бути зроблена повторна ін'єкція. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Повне або майже повне грудне вигодовування	
Менше ніж 6 місяців після пологів	Призначте їй КОК з рекомендацією почати приймати їх через 6 місяців після пологів або коли грудне молоко перестане бути основною їжею дитини, залежно від того, що настане раніше.
Більше ніж 6 місяців після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, пацієнтка може почати приймати КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 7 днів приймання таблеток. Якщо менструальні кровотечі відновилися, пацієнтка може почати приймати КОК, як рекомендовано для жінок з менструальними циклами.

Часткове грудне вигодовування

Менше ніж 6 тижнів після пологів	Призначте їй КОК із рекомендацією почати приймати їх через 6 тижнів після пологів. Також призначте їй резервний метод контрацепції* до 6 тижнів після пологів, якщо її менструальні кровотечі відновляться до цього часу.
Більше ніж 6 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, пацієнтка може розпочати приймання КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.** Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 7 днів приймання таблеток. Якщо менструальні кровотечі відновилися, пацієнтка може почати приймати КОК, як рекомендовано для жінок з менструальними циклами.

Відсутність грудного вигодовування

Менше ніж 4 тижнів після пологів	Пацієнтка може розпочати приймання КОК у будь-який час на 21–28 день після пологів. Таблетки можна почати приймати будь-коли протягом цих 7 днів. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо є додатковий ризик ВТЕ, то зачекайте до 6 тижнів.
Більше ніж 4 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, пацієнтка може розпочати приймання КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна**. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 7 днів приймання таблеток. Якщо менструальні кровотечі відновилися, вона може розпочати приймання КОК, як рекомендовано для жінок з менструальними циклами.
Відсутність менструальних кровотеч (не пов'язана з пологами або грудним вигодовуванням)	Пацієнтка може розпочати приймання КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 7 днів приймання таблеток.

Після викидня або аборту

Можна розпочати приймання КОК негайно. Якщо пацієнтка починає приймати КОК протягом 7 днів після викидня або аборту в першому або другому триместрі, то немає потреби в резервному методі контрацепції*.

Якщо минуло більше ніж 7 днів після викидня або аборту в першому чи другому триместрі, можна розпочати приймання КОК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 7 днів приймання таблеток.

**Після
приймання
таблеток для
невідкладної
контрацепції
(ТНК)**

Після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК:

Пацієнтка може розпочати або відновити приймання КОК одразу після приймання ТНК. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі.

Досвідчена пацієнтка, якій ТНК знадобилися через помилки приймання КОК, може продовжити з того місця, на якому зупинилася, з поточної упаковки.

Якщо пацієнтка не почне негайно, але повернеться до КОК, вона може почати будь-коли, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Усім цим жінкам необхідно використовувати резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів приймання таблеток.

Після приймання ТНК з уліпристалу ацетатом (УПА):

Пацієнтка може розпочати або відновити приймання КОК на 6-й день після приймання УПА-ТНК. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Між КОК та УПА відбувається лікарська взаємодія. Якщо КОК починають приймати раніше, і, таким чином, обидва лікарські засоби присутні в організмі, один з них або обидва можуть бути менш ефективними.

Призначте пацієнтці запас таблеток і скажіть, що потрібно розпочати приймання на 6-й день після застосування УПА-ТНК.

Потрібно використовувати резервний метод контрацепції* з моменту приймання УПА-ТНК протягом перших 7 днів приймання КОК.

Якщо вона не почне застосовувати КОК на 6-й день, але пізніше повернеться до приймання КОК, можна почати в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Примітки:

резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт. Повідомте, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи;

** якщо візит через 6 тижнів після пологів рекомендується в плановому порядку, а інші можливості отримання контрацепції обмежені, фахівці можуть призначати КОК під час візиту через 6 тижнів без додаткових доказів того, що пацієнтка не вагітна, якщо її менструальні кровотечі ще не відновилися.

Призначення таблеток лише прогестину

Пацієнтка може почати приймати ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Крім того, жінці можуть призначити ТЛП у будь-який час та повідомити, коли починати їх приймати.

Ситуація жінки**Коли розпочати****Повне або майже повне грудне вигодовування****Менше ніж 6 місяців після пологів**

Якщо менструальні кровотечі не відновилися, пацієнтка може розпочати приймати ТЛП у будь-який час між пологами та 6 місяцями після пологів. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, пацієнтка може почати приймати ТЛП як рекомендовано для жінок з менструальними циклами.

Більше ніж 6 місяців після пологів

Якщо менструальні кровотечі не відновилися, пацієнтка може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, коли буде достатньо впевнена, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 2 днів приймання таблеток.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, пацієнтка може почати приймати ТЛП як рекомендовано для жінок з менструальними циклами.

Часткове грудне вигодовування**Якщо менструація не відновилася**

Пацієнтка може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна**. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 2 днів приймання таблеток.

Якщо менструація відновилася

Пацієнтка може розпочати приймання ТЛП, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.

Відсутність грудного вигодовування**Менше ніж 4 тижнів після пологів**

Пацієнтка може розпочати приймання ТЛП у будь-який час. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.

Більше ніж 4 тижнів після пологів

Якщо у пацієнтки менструальні кровотечі не відновилися, вона може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість у тому, що вона не вагітна**. Знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 2 днів приймання таблеток.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, пацієнтка може розпочати приймання ТЛП, як рекомендовано для пацієнток із менструальними циклами.

Перехід з гормонального методу	Можна почати приймати КОК негайно, якщо пацієнтка використовувала гормональний метод послідовно та правильно або якщо є інші підстави вважати, що вона не вагітна. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо пацієнтка переходить з ін'єкцій, то може розпочати приймання ТЛП тоді, коли мала бути зроблена повторна ін'єкція. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Наявність менструального циклу або перехід з негормонального методу	У будь-який час місяця Якщо пацієнтка починає приймати ТЛП протягом 5 днів після початку менструальної кровотечі, немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 5 днів з початку менструальної кровотечі, вона може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 2 днів приймання таблеток. Якщо пацієнтка переходить з ВМС, вона може почати приймання ТЛП негайно.
Відсутність менструальних кровотеч (не пов'язана з пологами або грудним вигодовуванням)	Пацієнтка може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість у тому, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 2 днів приймання таблеток.
Після викидня або аборт	Можна розпочати приймання КОК негайно. Якщо пацієнтка починає приймати КОК протягом 7 днів після викидня або аборту в першому або другому триместрі, то немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 7 днів після викидня або аборту в першому чи другому триместрі, пацієнтка може розпочати приймання ТЛП у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом 2 днів приймання таблеток.
Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК)	Після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК: Пацієнтка може розпочати або відновити приймання ТЛП відразу після приймання ТНК. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Досвідчена пацієнтка, якій ТНК знадобилися через помилки приймання КОК, може продовжити з того місця, на якому зупинилася, з поточної упаковки. Якщо вона не почне негайно, але повернеться до ТЛП, вона

може почати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Всім цим жінкам необхідно використовувати резервний метод контрацепції* протягом перших 2 днів приймання таблеток.

Після приймання ТНК з уліпристалу ацетатом (УПА):

Пацієнтка може розпочати або відновити приймання ТЛП на 6-й день після приймання УПА-ТНК. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Між УПА та ТНК відбуваються лікарські взаємодії. Якщо ТЛП починають приймати раніше, і, таким чином, обидва лікарські засоби присутні в організмі, один з них або обидва можуть бути менш ефективними.

Призначте пацієнтці запас таблеток і порекомендуйте розпочати приймання на 6-й день після застосування УПА-ТНК.

Потрібно використовувати резервний метод контрацепції* з моменту приймання УПА-ТНК протягом перших 2 днів приймання ТЛП.

Якщо вона не почне застосовувати ТЛП на 6-й день, але пізніше повернеться до приймання ТЛП, можна почати в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Примітки:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт. Повідомте, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи;

** якщо візит через 6 тижнів після пологів рекомендується в плановому порядку, а інші можливості отримання контрацепції обмежені, фахівці можуть дозволити жінці розпочати приймання ТЛП під час візиту через 6 тижнів без додаткових доказів того, що жінка не вагітна, якщо її менструальні кровотечі ще не відновилися.

Приймання таблеток для невідкладної контрацепції

1. Призначте таблетку (або таблетки)	Пацієнтка може прийняти таблетку(и) негайно. Якщо вона використовує схему з 2 доз, порекомендуйте їй прийняти наступну дозу через 12 годин.
2. Опишіть поширені побічні ефекти	Нудота, біль у животі, можливо, інші. Невелика кровотеча чи зміна графіка менструальних кровотеч. Побічні ефекти не є ознаками хвороби та не тривають довго. Більшість жінок побічних ефектів не має.

3. Поясніть, що робити в разі виникнення побічних ефектів

Нудота:

планове застосування лікарських засобів від нудоти не рекомендується; пацієнтки, які мали нудоту при попередньому використанні ТНК або при першій дозі дводозової схеми, можуть прийняти протиблювотний лікарський засіб за пів години або годину до приймання ТНК.

Блювання:

якщо у пацієнтки виникає блювання протягом 2 годин після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК, слід прийняти ще одну дозу. Якщо блювання виникає протягом 3 годин після приймання ТНК з уліпристалу ацетатом, їй слід прийняти ще одну дозу (пацієнтка може використовувати протиблювотні лікарські засоби з цією повторною дозою, як зазначено вище). Якщо блювання продовжується, можна прийняти повторну дозу ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК, помістивши таблетки високо у піхву. Якщо блювання виникає більш ніж через 2 години після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК, або через 3 години після приймання УПА-ТНК, то не потрібно приймати додаткових таблеток.

4. Призначте більше ТНК та допоможіть розпочати використовувати безперервний метод контрацепції

Якщо можливо, призначте пацієнтці більше ТНК, щоб вона мала їх вдома на випадок, якщо вони знадобляться в майбутньому.

5. Повторні візити

Порекомендуйте пацієнтці прийти на повторний візит для раннього тесту на вагітність, якщо менструальна кровотеча затримується більш ніж на 7 днів.

Призначення ін'єкцій лише прогестину

Пацієнтка може розпочати використовувати ін'єкції у будь-який час, якщо є достатня впевненість вважати, що вона не вагітна.

Ситуація жінки

Коли розпочати

Наявність менструальних циклів

У будь-який час місяця

Якщо минуло менш ніж 7 днів після початку менструальних кровотеч, можна розпочати негайно і немає потреби в резервному методі контрацепції*.

Якщо минуло більш ніж 7 днів після початку менструальних кровотеч, можна розпочати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що пацієнтка не вагітна. Знадобиться резервний метод контрацепції протягом перших 7 днів після ін'єкції.

Якщо пацієнтка переходить з ВМС, можна розпочати негайно, і немає потреби в резервному методі контрацепції*.

Перехід з іншого гормонального методу	Якщо пацієнтка використовувала інший гормональний метод постійно і правильно або якщо є інша достатня впевненість, що вона не вагітна, можна розпочати негайно (не потрібно чекати наступної менструальної кровотечі) і немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо пацієнтка переходить з іншого ін'єкційного препарату, можна ввести новий ін'єкційний препарат у час, коли було заплановано повторну ін'єкцію. Немає потреби у резервному методі контрацепції*.
--	--

Повне або майже повне грудне вигодовування

Менше ніж 6 місяців після пологів	Якщо пацієнтка народила менше ніж 6 тижнів тому, відкладіть першу ін'єкцію щонайменше на 6 тижнів після пологів. Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна розпочати ін'єкції у будь-який час між 6 тижнями та 6 місяцями після пологів, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Немає потреби у резервному методі контрацепції*. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна розпочати ін'єкції, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.
Більше ніж 6 місяців після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна розпочати ін'єкції у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна розпочати ін'єкції, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.

Часткове грудне вигодовування

Менше ніж 6 тижнів після пологів	Відкладіть першу ін'єкцію щонайменше на 6 тижнів після пологів.
Більше ніж 6 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна розпочати ін'єкції в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна**. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна розпочати ін'єкції, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.

Не годують груддю (після пологів)

Менше ніж 4 тижнів після пологів	Можна розпочати ін'єкції у будь-який час, і немає потреби в резервному методі контрацепції.
Більше ніж 4 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна розпочати ін'єкції в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.** Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна розпочати ін'єкції, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.
Відсутність менструальних кровотеч (не пов'язана з пологами або грудним вигодовуванням)	Можна розпочати ін'єкції у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції.
Після викидня або аборт	Якщо минуло менше ніж 7 днів після викидня або аборту в першому або другому триместрі, можна розпочати негайно і немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 7 днів після викидня або аборту в першому або другому триместрі, можна розпочати ін'єкції у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції.
Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК)	Після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК: Пацієнтка може розпочати або відновити введення ін'єкцій в ті самі дні, коли приймає ТНК. Немає потреби чекати наступної менструальної кровотечі, щоб зробити ін'єкцію. Їй знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після ін'єкції. Якщо вона не почне негайно, але повернеться для введення ін'єкцій, можна розпочати будь-коли, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Після приймання ТНК з уліпристалу ацетатом (УПА): Можна розпочати або відновити введення ін'єкцій на 6-й день після приймання УПА-ТНК, тому запишіть її на візит для введення ін'єкції на 6-й день або швидше після цього. Немає потреби чекати наступної менструальної кровотечі, щоб зробити ін'єкцію. Прогестин в складі ін'єкційних лікарських засобів та УПА взаємодіють один з одним. Якщо ін'єкційний лікарський засіб розпочати раніше, і обидва лікарські засоби, таким чином, присутні в організмі, один або обидва лікарські

засоби можуть бути менш ефективними.

У такому разі потрібно використовувати резервний метод контрацепції* з часу приймання УПА-ТНК до 7 днів після ін'єкції.

Якщо введення ін'єкцій не розпочато після приймання УПА-ТНК, але пацієнтка повернеться пізніше для введення ін'єкцій, можна розпочати в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Примітки:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт. Повідомте пацієнтці, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи;

** якщо візит через 6 тижнів після пологів рекомендується в плановому порядку, а інші можливості отримання контрацепції обмежені, фахівці можуть зробити першу ін'єкцію під час візиту через 6 тижнів без додаткових доказів того, що жінка не вагітна, якщо її менструальні кровотечі ще не відновилися.

Призначення імплантатів

Пацієнтка може почати використовувати імплантати будь-коли, коли забажає, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Перед початком використання імплантату не потрібно жодних тестів чи обстежень, хоча бажано виміряти артеріальний тиск.

Ситуація жінки	Коли розпочати
Наявність менструального циклу або перехід з негормонального методу	У будь-який час місяця Якщо це відбувається протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі, можна негайно ввести імплантат та немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо це відбувається більш ніж через 7 днів після початку менструальної кровотечі, можна ввести імплантати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.
Перехід з іншого гормонального методу	Якщо пацієнтка використовувала гормональний метод послідовно і правильно або якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна, можна негайно ввести імплантат (не потрібно чекати наступної менструальної кровотечі) і немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо пацієнтка переходить з ін'єкцій лише прогестину або комбінованих щомісячних ін'єкцій, можна ввести імплантати тоді, коли мала б бути зроблена повторна ін'єкція. Немає потреби у резервному методі контрацепції*.

Ситуація жінки**Коли розпочати****Повне або майже повне грудне вигодовування**

Менше ніж 6 місяців після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести імплантати у будь-який час між пологами та 6 місяцями після цього. Немає потреби у резервному методі контрацепції*. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести імплантати відповідно до рекомендацій для жінок із менструальним циклом.
Більше ніж 6 місяців після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести імплантати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести імплантати відповідно до рекомендацій для жінок із менструальним циклом.
Часткове грудне вигодовування	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести імплантати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.** Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести імплантати відповідно до рекомендацій для жінок із менструальним циклом.

Не годує груддю (після пологів)

Менше ніж 4 тижнів після пологів	Можна ввести імплантати у будь-який час, і немає потреби в резервному методі контрацепції*.
Більше ніж 4 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести імплантати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна**. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести імплантати відповідно до рекомендацій для жінок із менструальним циклом.
Відсутність менструальних кровотеч (не пов'язана з пологами або грудним вигодовуванням)	Можна ввести імплантати у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.

Після викидня або аборт

Якщо минуло менше ніж 7 днів після викидня або аборт у першому чи другому триместрі, можна ввести імплантати негайно, і немає потреби у резервному методі контрацепції*.

Якщо минуло більше ніж 7 днів після викидня або аборт у першому чи другому триместрі, можна ввести імплантати у будь-

Ситуація жінки	Коли розпочати
Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК)	який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату. Після приймання ТНК лише прогестину або комбінованих ТНК Імплантати можна ввести того самого дня, коли пацієнтка прийняла ТНК. Немає потреби чекати наступної менструальної кровотечі. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату. Якщо імплантат не буде введено негайно, а пацієнтка звернеться для його введення пізніше, можна ввести у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Після приймання ТНК з уліпристалу ацетатом (УПА) Імплантати можна ввести на 6-й день після приймання УПА-ТНК, тому призначте візит для введення імплантату на 6-й день після приймання УПА-ТНК або швидше після цього. Немає потреби чекати наступної менструальної кровотечі. Імплантати та УПА взаємодіють. Прогестин в складі імплантату та УПА взаємодіють один з одним. Якщо імплантат введено раніше, і, таким чином, обидва присутні в організмі, один або обидва з них можуть бути менш ефективними. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* з моменту приймання УПА-ТНК до 7 днів після введення імплантату. Якщо імплантат не буде введено на 6-й день після приймання УПА-ТНК, а пацієнтка звернеться для його введення пізніше, його можна ввести в будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Примітки:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт; пацієнтку слід поінформувати, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи;

** якщо візит через 6 тижнів після пологів рекомендується в плановому порядку, а інші можливості отримання контрацепції обмежені, фахівці можуть ввести імплантати під час візиту через 6 тижнів без додаткових доказів того, що жінка не вагітна, якщо її менструальні кровотечі ще не відновилися.

Призначення внутрішньоматкового контрацептиву

У багатьох випадках пацієнтка може почати використовувати ВМК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.

Ситуація жінки

Коли розпочати

Наявність менструальних циклів	У будь-який час місяця
	Якщо пацієнтка починає використовувати протягом 12 днів після початку менструальної кровотечі, немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 12 днів після початку менструальних кровотеч, можна ввести ВМК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Перехід з іншого методу	Негайно, якщо вона використовувала попередній метод послідовно і правильно або є інша достатня впевненість, що вона не вагітна. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо вона переходить з ін'єкцій, можна ввести ВМК в час, коли мала бути зроблена наступна ін'єкція. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Незабаром після пологів (незалежно від грудного вигодовування)	Будь-коли протягом 48 годин після пологів, включаючи кесарів розтин. (Медичному працівникові необхідно пройти спеціальне навчання щодо введення контрацептива вручну або за допомогою кільцевих щипців у післяпологовий період.) Якщо минуло понад 48 годин після пологів, відкладіть введення до 4 тижнів або більше після пологів.
Повне або майже повне грудне вигодовування	
Менше ніж 6 місяців після пологів	Якщо ВМК не введена протягом перших 48 годин та менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести ВМК у будь-який час між 4 тижнями та 6 місяцями після пологів. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ВМК, як рекомендовано для жінок із менструальними циклами.
Більше ніж 6 місяців після пологів	Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести ВМК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ВМК, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.
Часткове грудне вигодовування або відсутність грудного вигодовування	
Більше ніж 4 тижнів після пологів	Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ВМК, якщо можна визначити, що пацієнтка не вагітна. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ВМК, як рекомендовано для жінок із менструальним циклом.
Відсутність менструальних кровотеч (не	У будь-який час, якщо можна визначити, що пацієнтка не вагітна. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.

пов'язана з
пологами або
грудним
вигодовуванням)

Після викидня або аборт	Негайно, якщо ВМК вводиться протягом 12 днів після аборту або викидня в першому або другому триместрі і якщо немає інфекції. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 12 днів після викидня або аборту в першому або другому триместрі і немає інфекції, можна ввести ВМК у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо виявлено інфекцію, призначте лікування або спрямуйте до лікаря-гінеколога і допоможіть пацієнтці вибрати інший метод. Якщо вона все ще бажає використовувати ВМК, її можна вставити після повного усунення інфекції. Введення ВМК після аборту або викидня в другому триместрі потребує спеціальної підготовки. Якщо фахівець не пройшов спеціальну підготовку, необхідно відкласти введення до 4 тижнів після викидня або аборту.
Для невідкладної контрацепції	Протягом 5 днів після незахищеного статевого контакту. Якщо можна оцінити час овуляції, ВМС може ввести протягом 5 днів після овуляції. Іноді це може бути понад 5 днів після незахищеного статевого контакту.
Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК)	ВМК можна ввести того самого дня, коли пацієнтка прийняла ТНК (лише прогестину, комбіновані або ТНК з уліпристалу ацетатом). Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо ВМ не вводять негайно, але пацієнтка звертається для введення ВМК пізніше, можна ввести її у будь-який час, якщо буде встановлено, що вона не вагітна.

Примітка:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт; пацієнтку слід поінформувати, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи.

Перехід із ВМК на інший метод

Ці рекомендації гарантують, що пацієнтка буде захищена від вагітності без перерви при переході з мідною або гормональною ВМК на інший метод.

Перехід на

Коли розпочати

Гормональний метод: комбіновані оральні контрацептиви (КОК), таблетки, що містять лише прогестин (ТЛП), ін'єкції лише прогестину, щомісячні ін'єкції, комбінований пластир, вагінальне комбіноване кільце або імплантати	Якщо пацієнтка починає використовувати ці методи протягом перших 7 днів менструальної кровотечі (перші 5 днів для КОК та ТЛП), почніть гормональний метод зараз і видаліть ВМС. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо пацієнтка починає використовувати ці методи після перших 7 днів менструальної кровотечі (після перших 5 днів для КОК і ТЛП) і вона мала статевий контакт з моменту останньої менструальної кровотечі, почніть гормональний метод зараз. Рекомендується залишити ВМС на місці до наступної менструальної кровотечі. Якщо пацієнтка починає використовувати ці методи після перших 7 днів менструальної кровотечі (після перших 5 днів для КОК та ТЛП) і у неї не було статевих контактів з моменту останньої менструальної кровотечі, ВМС може залишатися на місці та бути видалена під час наступної менструальної кровотечі, або ВМС може бути видалена, і вона може використовувати резервний метод контрацепції* протягом наступних 7 днів (2 дні для ТЛП).
Чоловічі або жіночі презервативи, сперміциди, діафрагми, шийкові ковпачки або перерваний статевий акт	Наступного разу, коли вона займається сексом після видалення ВМК.
Методи розпізнавання фертильності	У тому циклі, коли видаляється ВМК.
Жіноча стерилізація	Якщо протягом перших 7 днів менструальної кровотечі видаліть ВМК та виконайте процедуру жіночої стерилізації. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*. Якщо після перших 7 днів менструальної кровотечі виконайте процедуру стерилізації. В ідеалі ВМК повинна залишатися на місці до її повторного візиту або наступної менструальної кровотечі. Якщо неможливий подальший візит, видаліть ВМК під час стерилізації. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Вазектомія	Будь-коли. Жінка може зберігати ВМК доти, доки аналіз сперми її

партнера не покаже, що вазектомія діє, або протягом 3 місяців, коли вазектомія буде повністю ефективна.

Примітка:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевого акту, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт; пацієнтку слід поінформувати, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи.

Призначення внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом

У багатьох випадках жінка може почати використовувати ЛНГ-ВМС у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Щоб впевнитися в тому, що вона не вагітна, скористайтесь Контрольним списком для перевірки вагітності (див. на звороті задньої обкладинки).

Ситуація жінки		Коли розпочати
Наявність менструального циклу або перехід негормонального методу	з	У будь-який час місяця Якщо пацієнтка починає використовувати щомісячні ін'єкції протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі, немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 7 днів після початку менструальної кровотечі, можна ввести ЛНГ-ВМС у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.
		Негайно, якщо вона використовувала попередній метод послідовно і правильно або є інша достатня впевненість, що вона не вагітна. Не слід чекати наступної менструальної кровотечі. Якщо пацієнтка починає використовувати щомісячні ін'єкції протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі, немає потреби в резервному методі контрацепції*. Якщо минуло більше ніж 7 днів після початку менструальних кровотеч, пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення. Якщо пацієнтка переходить з ін'єкцій, можна ввести ЛНГ-ВМС в час, коли мала бути зроблена повторна ін'єкція. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.
Незабаром після пологів (незалежно від грудного вигодовування)	від	Будь-коли протягом 48 годин після пологів (лікар зі спеціальною підготовкою з післяпологового введення контрацептивів вручну або з використанням кільцевих щипців) Якщо минуло більше ніж 48 годин після пологів, відкладіть введення щонайменше на 4 тижні після пологів.

Ситуація жінки

Коли розпочати

Повне або майже повне грудне вигодовування

Менше ніж 6 місяців після пологів Якщо ЛНГ-ВМС не введена протягом перших 48 годин після пологів та менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС у будь-який час між 4 тижнями та 6 місяцями. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС, як рекомендовано для жінок із менструальними циклами.

Більше ніж 6 місяців після пологів Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС, як рекомендовано для жінок із менструальними циклами.

– Часткове грудне вигодовування або відсутність грудного вигодовування

Менше ніж 4 тижнів після пологів Якщо ЛНГ-ВМС не введена протягом перших 48 годин після пологів, відкладіть введення принаймні до 4 тижнів після пологів.

Більше ніж 4 тижнів після пологів Якщо менструальні кровотечі не відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС у будь-який час, якщо можна визначити, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.

Якщо менструальні кровотечі відновилися, можна ввести ЛНГ-ВМС, як рекомендовано для жінок із менструальними циклами.

Відсутність менструальних кровотеч (не пов'язана з пологами або грудним вигодовуванням) У будь-який час, якщо можна визначити, що пацієнтка не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення імплантату.

Після викидня або аборт Негайно, якщо ЛНГ-ВМС вводиться протягом 7 днів після аборт або викидня в першому чи другому триместрі і якщо немає інфекції. Не слід використовувати резервний метод контрацепції*.

Якщо минуло більше ніж 7 днів після викидня або аборт у першому чи другому триместрі і немає інфекції, можна вставити ЛНГ-ВМС у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна. Пацієнтці знадобиться резервний метод контрацепції* протягом перших 7 днів після введення

Ситуація жінки**Коли розпочати**

	імплантату. Якщо виявлено інфекцію, призначте лікування або направте до лікаря і допоможіть пацієнтці вибрати інший метод. Якщо вона все ще бажає використовувати ЛНГ-ВМС, її можна вставити після повного усунення інфекції. Введення ЛНГ-ВМС після абортів або викидня у другому триместрі потребує спеціальної підготовки. Якщо не пройшли спеціальну підготовку, відкладіть введення до 4 тижнів після викидня або абортів.
Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК) лише прогестину, комбінованих ТНК або ТНК з уліпристалу ацетатом (УПА)	ЛНГ-ВМС можна ввести, якщо можна визначити, що пацієнтка не вагітна, наприклад після початку наступної менструальної кровотечі. Призначте їй резервний метод контрацепції* або оральні контрацептиви для використання доти, доки вона не зможе встановити ВМС. Не слід вводити ЛНГ-ВМС протягом перших шести днів після приймання УПА-ТНК. Ці лікарські засоби взаємодіють. Якщо ЛНГ-ВМС вводиться раніше, і, таким чином, в організмі присутні як ЛНГ, так і УПА, один або обидва можуть бути менш ефективними.

Примітка:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевих актів, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт; пацієнтку слід поінформувати, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи.

Призначення жіночої стерилізації**Коли проводити процедуру**

Якщо немає медичних причин для відстрочення, пацієнтка може пройти процедуру жіночої стерилізації у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна, і пацієнтка не має жодних медичних станів, що обмежують час, місце чи спосіб проведення процедури жіночої стерилізації.

Стан жінки**Коли проводити**

Наявність менструальних циклів чи перехід з іншого методу	У будь-який час місяця Будь-коли протягом 7 днів після початку менструальної кровотечі. Не слід використовувати інший метод контрацепції перед процедурою. Якщо минуло понад 7 днів після початку менструальної кровотечі, можна виконати процедуру у будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.
---	---

Стан жінки	Коли проводити
	Якщо пацієнтка переходить з оральних контрацептивів, можна продовжувати приймати таблетки до завершення упаковки таблеток, щоб підтримувати регулярний цикл. Якщо пацієнтка переходить із ВМС, можна виконати процедуру негайно.
Відсутність менструальних кровотеч	У будь-який час, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.
Після пологів	Відразу або протягом 7 днів після пологів, якщо пацієнтка зробила добровільний поінформований вибір заздалегідь. Будь-коли протягом 6 тижнів або більше після пологів, якщо є достатня впевненість, що вона не вагітна.
Після викидня або аборт	Протягом 48 годин після неускладненого аборту, якщо вона зробила добровільний поінформований вибір заздалегідь.
Після використання таблеток для невідкладної контрацепції (ТНК)	Процедуру стерилізації можна провести протягом 7 днів після початку наступної менструальної кровотечі або будь-якого іншого часу, якщо є достатня впевненість, що пацієнтка не вагітна. Призначте їй резервний метод контрацепції* або оральні контрацептиви, щоб почати наступного дня після припинення ТНК, щоб використовувати доти, поки вона не зможе пройти процедуру.

Примітка:

* резервні методи контрацепції включають утримання від статевих актів, чоловічі та жіночі презервативи, сперміциди та перерваний статевий акт; пацієнтку слід поінформувати, що сперміциди та перерваний статевий акт є менш ефективними методами контрацепції. Якщо можливо, дайте презервативи.

Методи виконання процедури жіночої стерилізації:

мінілапаротомія;

лапароскопія.

Забезпечення поінформованого вибору: доброзичливий лікар-гінеколог, який вислуховує побоювання жінки, відповідає на її запитання і дає адекватну, чітку та практичну інформацію про процедуру — особливо про її незворотний характер — допоможе жінці зробити поінформований вибір і успішно та задоволено перенести процедуру стерилізації, не шкодуючи про це в майбутньому. Залучення партнера до консультування може бути корисним, але не обов'язковим і не вимагається. **Рішення про стерилізацію приймається лише пацієнткою.**

Виконання процедури вазектомії.

Коли проводити процедуру: будь-коли, коли чоловік просить про це (якщо немає медичних причин відкласти).

Консультація має охоплювати всі 7 пунктів інформованої згоди. Щоб дати інформовану згоду на вазектомію, пацієнт має розуміти такі моменти:

- 1) пацієнту також доступні контрацептиви тимчасової дії;
- 2) добровільна вазектомія — це хірургічна процедура;
- 3) процедура має певні ризики та переваги (і ризики, і переваги треба пояснити таким чином, щоб пацієнт міг їх зрозуміти);
- 4) у разі успіху процедура не дозволить пацієнту більше мати дітей;
- 5) процедура вважається постійною і, ймовірно, не зворотною.
- 6) пацієнт може відмовитись від процедури у будь-який час до її проведення;
- 7) процедура не захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ.

Методики вазектомії:

- 1) досягнення сім'явивідної протоки: вазектомія без скальпеля.

Вазектомія без скальпеля — це рекомендований метод для перекриття кожної з 2 проток у мошонці (сім'явивідна протока), по яких сперма надходить в статевий член.

Відмінність від звичайної процедури з використанням розрізів:

використовується один невеликий прокол замість 1 або 2 розрізів у мошонці; не потрібно накладати шви для закриття шкіри; спеціальна методика анестезії потребує лише одного проколу голкою замість 2 або більше.

- 2) блокування сім'явивідної протоки: для більшості вазектомій використовується лігування та висічення. Це передбачає відрізання і видалення короткого шматка кожної протоки, а потім зв'язування обох відрізнаних кінців протоки, що залишилися.

Призначення календарних методів

Коли розпочати

Після консультації жінка або пара зазвичай можуть розпочати використовувати календарні методи у будь-який час. Призначте пацієнткам, які не можуть розпочати використовувати календарні методи негайно, інший метод, поки вони не зможуть застосовувати календарні методи.

Ситуація жінки

Коли розпочати

Наявність

У будь-який час місяця

регулярних

Не треба чекати початку наступної менструальної кровотечі.

менструальних

циклів

Відсутність менструальних кровотеч Відкладіть календарні методи до відновлення менструальних кровотеч.

Після пологів Відкладіть метод стандартних днів доти, доки жінка не матиме 4 менструальних циклів, і останній з них не триватиме 26–32 дні.
(незалежно від того, годує груддю чи ні) Регулярні цикли повертаються пізніше у жінок, що годують груддю, ніж у жінок, які не годують груддю.

Після викидня або аборт Відкладіть метод стандартних днів до початку наступної менструальної кровотечі, коли жінка може розпочати використовувати календарні методи, якщо вона не має кровотечі через травму статевих шляхів.

Перехід з гормонального методу Відкладіть початок методу стандартних днів до початку наступної менструальної кровотечі.
3 Якщо жінка переходить з ін'єкцій, відкладіть метод стандартних днів принаймні доти, доки їй не зроблять повторну ін'єкцію, а потім почніть його на початку наступної менструальної кровотечі.

Після приймання таблеток для невідкладної контрацепції Відкладіть метод стандартних днів до початку наступної менструальної кровотечі.

Призначення методу лактаційної аменореї

Ситуація жінки

Коли розпочати

Протягом 6 місяців після пологів Почніть годувати груддю негайно (протягом однієї години) або швидше після народження дитини. У перші кілька днів після пологів жовтувата рідина, що виробляється груддю матері (молозиво), містить речовини, які дуже важливі для здоров'я дитини.
У будь-який час, якщо жінка практикувала повне або майже повне грудне вигодовування з моменту народження дитини та менструальні кровотечі не відновилися.

Коли жінка може використовувати МЛА?

Пацієнтка, яка годує, може використовувати МЛА під час інтервалу до наступних пологів і як перехід до іншого методу контрацепції. Пацієнтка може розпочати МЛА у будь-який час, якщо вона відповідає всім 3 критеріям, необхідним для використання методу (менструальна кровотеча не відновилась, регулярне грудне вигодовування, вік дитини до 6 місяців).

Пояснення способу використання**Годуйте груддю часто**

Ідеальний режим — годування на вимогу (тобто коли дитина бажає їсти) і не менше ніж 10–12 разів на день у перші кілька тижнів після пологів, а потім 8–10 разів на день, включаючи не менше ніж один раз вночі у перші місяці.

Денні годування мають проводитися з інтервалом не більше ніж 4 годин, а нічні — не більше ніж 6 годин.

Деякі діти можуть не хотіти смоктати груди 8-10 разів на день і можуть хотіти спати всю ніч. Таких дітей може знадобитися делікатно заохотити, щоб вони смоктали груди частіше.

Починайте давати іншу їжу у 6 місяців

Пацієнтка повинна почати давати іншу їжу (прикорм) на додаток до грудного молока, коли дитині виповниться 6 місяців. У цьому віці грудне молоко більше не може повноцінно живити дитину, яка росте.

Заплануйте повторний візит

Заплануйте повторний візит у час, коли критерії МЛА все ще задовольняються, щоб пацієнтка могла вибрати інший метод контрацепції та продовжувати захищатися від вагітності.
