

ЗМІСТ

1. Список скорочень. Міжнародні аббревіатури та скорочення	6
2. Вступ	9
3. Історія екстреної контрацепції	12
4. Медичні аспекти застосування методу екстреної контрацепції	15
4.1. Визначення та питання термінології	15
4.2. Показання до екстреної контрацепції	16
4.3. Оцінка ефективності режимів екстреної контрацепції	17
4.4. Види та режими екстреної контрацепції.....	19
4.4.1. Естроген — гестагенні комбінації в режимі екстреної контрацепції.....	20
4.4.2. Режими екстреної контрацепції із застосуванням чистого левоноргестрелу	22
4.4.3. Даназол в режимі екстреної контрацепції.....	24
4.4.4. Міфепристон в режимі екстреної контрацепції	25
4.4.5. Механічний метод екстреної контрацепції — внутрішньоматкові контрацептиви	26
4.4.6. Порівняння ефективності, переносності та безпеки різних методів екстреної контрацепції.....	26
4.5. Окремі побічні ефекти, шляхи їх попередження та усунення	31
4.5.1. Нудота та блювання.....	32
4.5.2. Затримка менструації	32
4.5.3. Ациклічна кровотеча та кровомазання.....	33
4.5.4. Інші побічні ефекти від застосування таблеток екстреної контрацепції.....	34
4.6. Окремі клінічні ситуації при застосуванні таблеток екстреної контрацепції.....	35
4.6.1. Вагітність	35
4.6.2. Використання таблеток екстреної контрацепції у разі годування грудьми	35
4.6.3. Застосування таблеток екстреної контрацепції по закінченні 120-годинного інтервалу після незахищеного статевого акту	35
4.6.4. Прийом таблеток екстреної контрацепції після декількох незахищених статевих контактів	36
4.6.5. Повторне застосування таблеток екстреної контрацепції.....	36
4.6.6. Використання таблеток екстреної контрацепції протягом «нефертильного періоду»	36
4.6.7. Взаємодія таблеток екстреної контрацепції з іншими лікарськими засобами	37

4.6.8. Початок або поновлення використання засобів регулярної контрацепції після таблеток екстреної контрацепції	37
4.7. Медичні критерії прийнятності Всесвітньої Організації Охорони здоров'я в аспекті використання таблеток екстреної контрацепції.....	39
5. Організаційні та регуляторні засади екстреної контрацепції: світовий досвід та Україна	42
5.1. Діяльність Міжнародного консорціуму з невідкладної контрацепції та роль міжнародних організацій у популяризації невідкладної контрацепції в країнах світу. Роль виробників засобів екстреної контрацепції.....	43
5.1.1. Міжнародний консорціум з невідкладної контрацепції.....	43
5.1.2. Роль міжнародних організацій у популяризації екстреної контрацепції в країнах світу	46
5.1.3. Роль виробників засобів екстреної контрацепції у популяризації цього методу на світовому рівні.....	49
5.2. Екстрена контрацепція в різних країнах світу: міжнародний досвід	58
5.2.1. Моделі забезпечення споживачів засобами екстреної контрацепції.....	58
5.2.2. Доступність засобів екстреної контрацепції для споживачів	61
5.2.3. Приклади та конкретний досвід, характерні для окремих країн світу	66
5.2.4. Співвідношення екстреної та планової контрацепції в країнах світу як показник стану репродуктивного здоров'я жіночого населення.....	78
5.3. Засади екстреної контрацепції в Україні	84
5.3.1. Регуляторні та нормативно-правові засади екстреної контрацепції в Україні	86
5.3.2. Фізична та цінова доступність засобів екстреної контрацепції в Україні	89
5.3.3. Засоби екстреної контрацепції: споживча колізія в Україні, інформаційна доступність, обізнаність та поширеність використання.....	92
5.3.4. Використання засобів екстреної контрацепції в Україні.....	97
5.3.5. Рівень абортів та використання засобів екстреної контрацепції в Україні. Співвідношення між показниками	100
5.3.6. Планова та екстрена контрацепція в Україні.....	104
5.3.7. Проекти у галузі охорони репродуктивного здоров'я, пов'язані з впровадженням засад екстреної контрацепції в Україні.....	109
6. Інформаційно-комунікативні засади екстреної контрацепції.....	119
6.1. Поведінкові стереотипи споживачів екстреної контрацепції.....	120

6.2. Інформаційно-комунікативні бар'єри, пов'язані з екстреною контрацепцією в Україні.....	131
6.3. Цільові групи для впровадження інформаційних засад екстреної контрацепції та їх комунікативні особливості.....	141
6.4. Канали, методи та засоби комунікації з питань екстреної контрацепції	148
6.5. Зміст інформації з екстреної контрацепції	167
7. Заключення	178
8. Додатки	188
Додаток 1. Невідкладна контрацепція. Клінічний протокол «Планування сім'ї», затверджений до використання Наказом МОЗ України від 27.12.2006 р. №905	188
Додаток 2. Реєстраційні посвідчення, упаковки та інструкції до медичного застосування зареєстрованих в Україні засобів екстреної контрацепції.....	193
Додаток 3. Рекламно-інформаційні матеріали та іміджеві блоки з екстреної контрацепції (зображення та коментарі до них).....	206
9. Література	209

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- ВІЛ** — вірус імунодефіциту людини
ВМК — внутрішньоматковий контрацептив
ВМЗ — внутрішньоматковий засіб
ВООЗ — Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЕЕ — етинілестрадіол
ЕК — екстрена контрацепція
ІН — індекс наявності
ІНК — комплекс заходів «Інформація – Навчання — Комунікація»
ІП — індекс пенетрації
ІПСШ — інфекція, що передається статевим шляхом
КІК — комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КПК — комбіновані пероральні контрацептиви
ЛГ — люнеїнізуючий гормон гіпофізу
ЛНГ — левоноргестрел (L-норгестрел)
ЛНГ-ТЕК — таблетки екстреної контрацепції, що містять левоноргестрел
МПДК — мінімальний пакет доступних контрацептивів
МКНК — Міжнародний Консорціум з невідкладної контрацепції
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
НК — невідкладна контрацепція
ПК — посткоїтальна контрацепція
ПТП — протизаплідні таблетки прогестинового ряду
РК — регулярна контрацепція
СМ — соціальний маркетинг
СНІД — синдром набутого імунодефіциту
ТЕК — таблетки екстреної контрацепції
ТНК — таблетки невідкладної контрацепції
ФСГ — фолікулоstimулюючий гормон гіпофізу
ЧПК — чисто прогестинові ін'єкційні контрацептиви

МІЖНАРОДНІ АБРЕВІАТУРИ ТА СКОРОЧЕННЯ

AAP — Американська Педіатрична Академія (*American Academy of Pediatrics*)

ACOG — Американський Коледж акушерства та гінекології (*American College of Obstetrics and Gynecology*)

ATC — міжнародна класифікація лікарських засобів (*Anatomical, Therapeutic, Chemical classification*)

BTC — лікарські засоби, що відпускаються з аптек за рецептом (*Behind the Counter, або Rx*)

BTL — спеціальні масові заходи, спрямовані на зміну поведінки проміжних та кінцевих споживачів (*Below — The — Line*)

ЕСР — таблетки екстреної контрацепції (*Emergency Contraceptive Pills*)

EML — перелік життєво необхідних лікарських засобів (*Essential Medicines' List*)

ESC — Європейське Товариство з контрацепції (*European Society of Contraception*)

FDA — державна адміністрація США з контролю за ліками та харчовими продуктами (*Food and Drug Administration USA*)

FIGO — Міжнародна Федерація гінекології та акушерства (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*)

ICEC — Міжнародний Консорціум з невідкладної контрацепції (*International Consortium for Emergency Contraception*)

ICPD — Міжнародна Рада населення та розвитку (*International Council on Population and Development*)

IFMSA — Міжнародна Асоціація студентів — медиків (*International Federation of Medical Students' Associations*)

IPPF — Міжнародна Федерація планування сім'ї (*International Planned Parenthood Federation*)

IUD — внутрішньоматковий засіб (*Intra — Uterine Device*)

МОН — Міністерство охорони здоров'я (*Ministry of Health*)

NGO — недержавні організації (*Non — Governmental Organizations*)

ОТС — лікарські засоби, що відпускаються з аптек без рецепту (*Over the Counter*)

PATH — програма належних технологій в охороні здоров'я (*Program for Appropriate Technology in Health*)

PSP — партнерство у приватному (комерційному) секторі (*Private Sector Partnerships*)

SAM — Спілка підліткової медицини (*Society of Adolescent Medicine*)

UNFPA — Фонд народонаселення Організації Об'єднаних Націй (*United Nations Population Fund*)

USAID — Агентство США з міжнародного розвитку (*United States Agency for International Development*)

WHO — Всесвітня організація охорони здоров'я — ВООЗ (*World Health Organization*)

2. ВСТУП

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародного Консорціуму з невідкладної контрацепції, щороку з 220 мільйонів зареєстрованих в світі вагітностей біля 80 мільйонів є незапланованими, більше половини з яких закінчується медичним абортom. У 19 мільйонів жінок операція штучного переривання вагітності не відповідає необхідним параметрам безпеки і, як наслідок, супроводжується післяабортними ускладненнями. З усіх смертей, обумовлених вагітністю, майже 13% припадає на випадки, пов'язані з абортom та його ускладненнями. У багатьох країнах світу аборт та його ускладнення посідають перше місце серед всіх причин материнської смертності.

Саме тому питання попередження небажаної або не планованої вагітності були, є і залишатимуться наріжним каменем у роботі систем охорони здоров'я різних країн світу. Першим і найголовнішим індикатором ефективної роботи служб планування сім'ї є зниження абсолютного числа абортів, а цей показник, в свою чергу, має зворотну залежність від рівня використання сучасних засобів контрацепції.

В Україні має місце поступове зниження абсолютної кількості абортів серед жінок фертильного віку. Так, за даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2006 році ця цифра склала 229 618, що майже на третину менше за аналогічний показник у 2002 році. Починаючи з 2001 року кількість пологів на 1000 жінок фертильного віку стала перевищувати кількість абортів, що в цілому свідчить про позитивні тенденції у стані репродуктивного здоров'я населення України. В той же час аборт все ще залишається одним з провідних методів регулювання фертильності для значної частини жіночого населення, що разом із порівняно низьким використанням сучасних методів попередження небажаної вагітності становить істотну проблему в охороні репродуктивного здоров'я.

Екстрена, або невідкладна контрацепція посідає особливе місце серед всіх методів планування сім'ї. По-перше, це єдиний метод, який використовується після того, як незахищений або недостатньо захищений статевий акт мав місце і є висока вірогідність запліднення. По-друге, екстрена контрацепція застосовується у разі невикористання або невдалого використання всіх інших методів/засобів

планування сім'ї. Отже, навіть при систематичному застосуванні традиційних і сучасних методів/засобів попередження небажаної вагітності завжди існує ризик контрацептивної невдачі, який кількісно визначається індексом Перля. У разі незахищених сексуальних контактів, тобто невикористання будь-яких методів/засобів запобігання небажаній вагітності екстрена контрацепція може виступати єдиним шляхом попередження вагітності, щоправда тільки в обмежений термін після незахищеного статевого контакту. По-третє, у деяких ситуаціях (згвалтування, незахищений сексуальний контакт у підлітків), екстрена контрацепція виступає життєво необхідним методом попередження небажаної вагітності і здатна зменшити емоційний та фізичний дискомфорт.

Останні десять років в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання попиту на єдиний наявний засіб екстреної контрацепції на основі чистого левоноргестрелу — Постинор. Не дивлячись на те, що таблетки левоноргестрелу 750 мкг № 2 (Постинор) зареєстровані в Україні як рецептурний засіб, широке розповсюдження, багаторічний стереотип серед населення, цінова та фізична доступність — дозволяють споживачам безперешкодно придбати цей засіб у аптеках та застосовувати його без рекомендацій лікаря. Відсутність належної інформації та консультування стають причинами хибного тлумачення методу серед населення, неправильного застосування засобів екстреної контрацепції, багаторазового використання та нехтування засобами планової контрацепції. Наприклад, за даними досліджень фармацевтичного ринку в Україні, у ряді регіонів на 1 придбану упаковку комбінованого перорального контрацептиву припадає 2–3 упаковки засобу для екстреної контрацепції. Чітко простежується пріоритетність екстреної контрацепції над плановою.

Позитивний аспект екстреної контрацепції в Україні полягає у тому, що широке розповсюдження та зростання використання цього методу жінками фертильного віку, як і будь-який інший метод планування сім'ї впливає на зменшення загального числа абортів.

За багато років серед медичних працівників склалося упережене ставлення до засобів екстреної контрацепції, разом з тим ними визнається факт, що ці засоби є необхідними. У ряді країн світу авторитетні міжнародні організації та місцеві органи охорони здоров'я рекомендують якнайширше використовувати метод екстреної контрацепції як альтернативу абортів, ранні і віддалені наслідки

якого є набагато важчими, ніж від використання засобів екстреної контрацепції. Згідно з результатами проспективного дослідження у популяції жінок репродуктивного віку, яке було проведене Інститутом Алана Гудмахера у США, тільки застосування засобів екстреної контрацепції у період з 1994 по 2000 рік дозволило знизити кількість абортів більше ніж наполовину, а у 2000 році кількість попереджених абортів склала 51 000.

Починаючи з 1998 року, застосування схем з левоноргестрелом регламентоване у 52 країнах світу, а у деяких країнах регуляторні органи дозволили безрецептурний відпуск засобів екстреної контрацепції на основі чистого левоноргестрелу (FDA USA — Адміністрація з контролю за продуктами харчування та ліками США, серпень 2006 р.).

Таким чином, екстрена контрацепція може розглядатися як життєво необхідний компонент планування сім'ї, що підтверджується значною популяризацією цього методу у розвинених країнах і покращенням доступу до нього широких верств населення. Важливим елементом надання послуг з екстреної контрацепції є інформування споживачів про існування методу та його можливості ще до виникнення потреби у застосуванні. Це пов'язано з обмеженістю часового проміжку, коли екстрена контрацепція може бути застосована (ефективність методу знижується з кожним днем і навіть годинами затримки у застосуванні).

Все вищенаведене обумовлює розробку та впровадження у повсякденну практику фахівців охорони здоров'я цієї монографії. Автори ставлять за мету висвітлення медичних, організаційних та комунікативних засад екстреної контрацепції в Україні.

3. ІСТОРІЯ ЕКСТРЕНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Історія ЕК нерозривно пов'язана з історією планування сім'ї і сягає вглиб віків. Людство завжди турбували питання як запобігти небажаній вагітності не тільки до статевого контакту, але й після нього.

З древньоєгипетських папірусів Кагуна та Еберса стає відомо про різноманітні настої та розчини, за допомогою яких проводилися піхвові спринцювання до і після статевих контактів, а також які були основою для виготовлення спеціальних паст, мазей і тампонів. Зокрема, в папірусі Еберса, що датований близько 1550 роком до н. е., йдеться про перший в історії медицини піхвовий тампон, просочений соком акації та гуміарабіком. Цікаві рекомендації містяться у пам'ятках писемності народів майя: для запобігання вагітності слід приймати холодні ванни, після чого виконувати спеціальний танець з підстрибуванням над багаттям.

З часів античного Риму та Греції вважалося ефективним використання механічних методів — чмихання, стрибків, спеціальних танців, а також спринцювань з різними травами та корінням. Соранус (98–138 рр. н. е.) — описує численні розчини з фруктовими кислотами як протизаплідні засоби. Питанням контрацепції приділяв свою увагу і Гіппократ [46, 64].

Далі можна окреслити наступні етапи у історії ЕК:

- Початок ХХ сторіччя — 1960-ті — високі дози аскорбінової кислоти (вітаміну С), аспірину або хініну, посткоїтальні спринцювання з різними речовинами (такими, як марганцевокислий калій, харчова сода, морська та поварена сіль, рідкі мила);
- 1960-ті — вивчення та початок використання напівсинтетичних і синтетичних естрогенів з метою ЕК — диетилстільбестролу (DES; у даний час не використовується з причини тератогенності) та ЕЕ;
- 1966 — високі дози посткоїтальних естрогенів (Morris and Van Wagenen);
- 1973 — вивчення ефективності деяких прогестинів — Д-норгестрелу та його похідних (E.Kesseru) [171];
- 1974 — канадський акушер-гінеколог Albert Yuzpe вперше опублікував результати свого дослідження щодо використання з метою ЕК естроген — гестагенних комбінацій, яке було розпочато

ще наприкінці 60-х років. Ці дані отримали широкого розголосу, особливо у феміністських колах США та Європи [230];

- 1977 — розроблений модифікований метод Yuzpe (ефективна доза у вигляді таблеток КПК дається двічі, з 12-годинним проміжком); розроблені схеми підбору різних таблеток КПК з метою ЕК:

- 1979 — вивчення ефективності ЛНГ, щойно відкритої гестагенної субстанції;

- 1981 — Постинор (Ригесофт) — перший засіб для НК на основі ЛНГ виробництва хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» — доступний в Угорщині (0,75 мг ЛНГ призначається двічі через 12 годин, у межах 48 годин після незахищеного коїтусу);

- 1984 — метод Yuzpe набув широкого розповсюдження в Європі;

- 1995 — у м. Белладжіо (Італія) за сприяння Фонду Рокфеллера пройшла перша міжнародна конференція, присвячена проблемі НК. У резолюції цього заходу значилося, що велика кількість небажаних або не планованих вагітностей могла би бути попереджена шляхом ширшого використання методів НК, або покращення доступу до них [134];

- 1995 — створення Міжнародного Консорціуму з невідкладної контрацепції — МКНК (ICES), куди увійшло сім різних міжнародних організацій, відомих своєю діяльністю в сфері планування сім'ї; початок співробітництва між ICES та угорським хімічним заводом «Ріхтер Гедеон» у питанні застосування ЛНГ з метою НК [134];

- 1997 — у США FDA (Food and Drug Administration USA) визнає ефективність та безпечність деяких КПК для НК [118];

- 1998 — у США FDA офіційно дозволяє розроблену для НК комбінацію естрогену та прогестинів (метод Yuzpe);

- 1998 — доведена ефективність використання ЛНГ з метою НК до 72 годин від незахищеного коїтусу;

- 1998 — велике дослідження ВООЗ повідомляє про задовільні дані щодо безпечності/ефективності ЛНГ для НК (виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон») [209];

- 1999 — у США FDA дозволяє використання таблеток для НК Plan B (ЛНГ виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон»);

- 2000 — МКНК підготував до друку і видав методичні рекомендації з медичних аспектів і практичного застосування ТЕК (перше видання на основі попередніх рекомендацій Міжнародної Федерації з планування сім'ї — IPPF та Програми належних технологій у охороні здоров'я — РАТН);
- 2001 — Levonelle (ЛНГ виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон») стає доступним у Великій Британії як засіб безрецептурного відпуску;
- 2002 — Дослідження ВООЗ продемонструвало задовільні результати щодо безпечності/ефективності одноразової дози ЛНГ для НК (ЛНГ виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон»);
- 2004 — РАТН (Програма належних технологій у охороні здоров'я) за сприяння МКНК (ІСЕС) підготувала перше в світі керівництво з надання послуг у сфері НК для керівників служб планування сім'ї та медичних фахівців [194];
- 2004 — побачило світ друге, удосконалене та перероблене видання методичних рекомендації з медичних аспектів і практичного застосування ТЕК, яке було перекладене на основні світові мови [85];
- 2006 — у США FDA дозволяє безрецептурний відпуск споживачам таблеток для НК Plan B (ЛНГ виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон») [184];
- 2006 — в Україні зареєстрований другий препарат для ЕК на основі чистого ЛНГ — Ескапел у вигляді однієї таблетки 1500 мкг (виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон»).

4. МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЕКСТРЕНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

4.1. Визначення та питання термінології

Існує декілька визначень ЕК. Всі ці визначення наразі використовуються і мають однакову силу. Найбільш вичерпне визначення ЕК наступне:

«Це специфічні контрацептивні методи, які можуть застосовуватись у надзвичайних випадках для попередження небажаної вагітності після незахищеного статевого контакту; НК застосовується після коїтусу, але перед тим, як буде встановлено факт вагітності; також, цей метод розглядається як дублюючий скоріше для випадкового, аніж для регулярного використання» [85].

МКНК прийняв схоже визначення:

«Ряд методів, що їх використовують жінки протягом перших декількох годин або декількох днів після незахищеного коїтусу, з метою попередження вагітності» [134].

У клінічному протоколі «Планування сім'ї», затвердженому до використання Наказом МОЗ України від 27.12.2006 р. №905, **невідкладна, або посткоітальна контрацепція** визначається як **збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції (КПК, ПТП, ВМК та ін.) у перші години після незахищеного статевого акту, з метою запобігання настанню небажаної вагітності [41].**

Всі ці визначення по суті висувають на перший план той факт, що методи НК застосовуються для попередження вагітності і повинні бути використані у межах означеного періоду часу після незахищеного коїтусу, що відрізняє їх від більшості інших контрацептивних методів; вони не призначені для регулярного використання [85].

У літературі можна зустріти різні терміни, що відносяться до методу ЕК:

- Екстрена контрацепція
- Невідкладна контрацепція
- Посткоітальна контрацепція
- Контрацепція (таблетки) «наступного ранку»

Також, зустрічаються і більш «вузькі» терміни, пов'язані із найбільш розповсюдженими режимами використання методу ЕК: таблетки екстреної контрацепції (ТЕК), таблетки невідкладної контрацепції (ТНК), посткоїтальні таблетки тощо.

Всі зазначені терміни можуть використовуватись в однаковій мірі, оскільки вони є тотожними за своїм значенням. В той же час, перевага надається терміну «екстрена контрацепція», оскільки саме цей термін підкреслює важливу рису цих методів/засобів: їх не слід застосовувати регулярно, і вони необхідні тільки для надзвичайних випадків. Окрім цього, такий термін як «контрацепція (таблетки) «наступного ранку» на думку більшості експертів МКНК є некоректним, тому що формує у споживачів хибну уяву щодо необхідності застосування методу тільки наступного ранку після статевого контакту [85].

При використанні в ході консультативної роботи зі споживачами різних термінів, які мають відношення до методу ЕК, слід насамперед застосовувати прості та зрозумілі споживачам терміни, які виключатимуть помилкове розуміння та тлумачення методу.

4.2. Показання до екстреної контрацепції

ЕК показана для попередження вагітності після незахищеного або недостатньо захищеного статевого контакту, в тому числі у наступних випадках [41, 64, 75, 83, 85, 134]:

1. Коли мало місце згвалтування, якщо жінка не була захищена надійним засобом контрацепції;
2. Коли не застосовувався жоден з методів контрацепції;
3. Коли засоби/методи контрацепції були неефективними або застосовувались неправильно, а саме:
 - Мав місце розрив, зісковзування або неправильне використання презервативу, що призвело до витікання сперми до вагіни або на зовнішні геніталії;
 - Були одразу пропущені одна або більше таблеток КПК;
 - ПТП були вжиті із запізненням, більшим ніж три години;
 - Ін'єкція ЧПК (медроксипрогестерона ацетат або норетистерона енантат) була виконана з більш ніж двотижневим запізненням;

- Ін'єкція КІК (що робиться раз на місяць) була виконана з більш ніж семиденним запізненням;
- Гормональний контрацептивний пластир або кільце видаляються передчасно або застосовуються із запізненням;
- Експульсія, розрив або передчасне видалення ковпачка або діафрагми;
- Невдалий coitus interruptus (перерваний статевий акт), наприклад, попадання сперми у вагіну або на зовнішні геніталії;
- Неповне розчинення сперміцидної таблетки або плівки до початку статевого акту;
- Помилка в підрахунку у разі застосування методу періодичного утримання або статевий акт у фертильні дні циклу;
- Експульсія ВМК.

4.3. Оцінка ефективності режимів екстреної контрацепції

Як раніше зазначалось, ЕК посідає особливе місце серед методів запобігання непланованій вагітності. У зв'язку з тим, що застосування методів і режимів ЕК має спорадичний, а не систематичний характер, використання традиційних показників оцінки ефективності для цього методу контрацепції має певні обмеження.

Для оцінки різних методів планування сім'ї наразі використовується зведена таблиця в модифікації Trussel J. & Hatcher RA [201], де оцінюються три показники:

- Доля жінок, у яких настала незапланована вагітність протягом першого року типового використання методу контрацепції (індекс Перля за умов типового використання методу контрацепції);
- Доля жінок, у яких настала незапланована вагітність протягом першого року правильного використання методу контрацепції (індекс Перля за умов правильного використання методу контрацепції);
- Доля жінок, які продовжували користуватися методом контрацепції в кінці першого року.

Щодо ЕК вказується, що прийом ТЕК протягом 72 годин після статевого акту, при якому не використовувався презерватив, знижує ризик настання незапланованої вагітності принаймні на 75% [193]. Отже, **ефективність методу ЕК визначається відсотком очікуваних вагітностей, які вдалося попередити за допомогою нього.**

Для визначення цього показника використовується розрахована шкала вірогідності настання вагітності залежно від днів оваріально-менструального циклу за умов невикористання будь-яких методів контрацепції (Рис. 1).

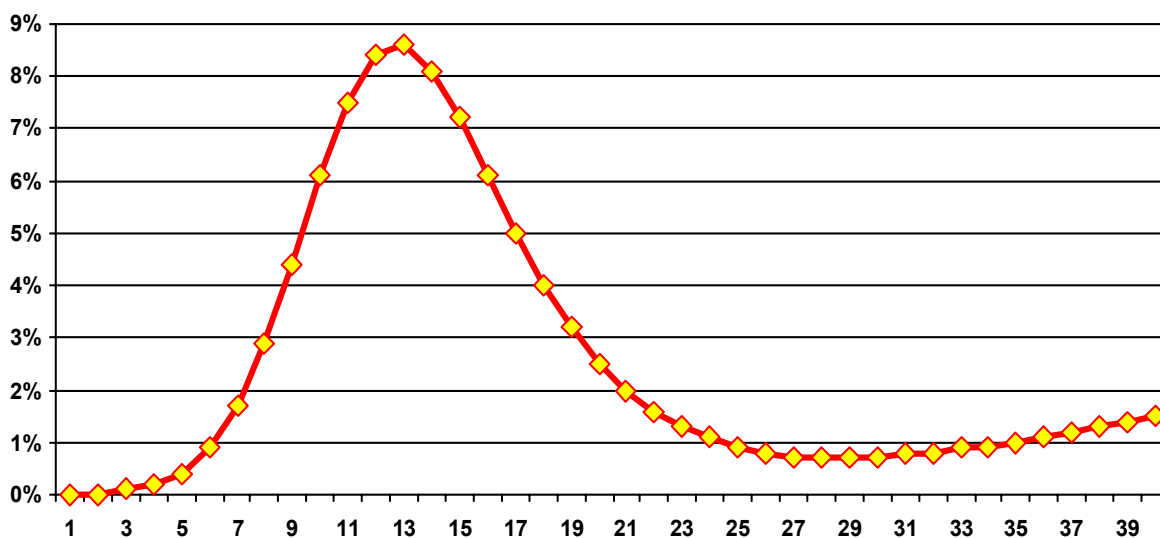


Рис. 1. Вірогідність настання вагітності після незахищеного статевих контакту залежно від дня оваріально-менструального циклу (за Wilcox AJ et al., 1995, 2001)

В середньому, з 100 жінок фертильного віку, які мали хоча б один незахищений статевий контакт на протязі другого або третього тижня оваріально-менструального циклу, 8 стають вагітними (8 %) [228].

Наступний крок — це співставлення цього усередненого показника і відсотка жінок, у яких в конкретному спостереженні при використанні методу ЕК настала вагітність. В табл. 1 узагальнена ефективність основних методів ЕК і розрахований відсоток попереджених вагітностей для кожного з методів ЕК.

Слід зазначити, що у лонгітудинальних спостереженнях груп жінок, котрі протягом року з метою регуляції фертильності користувались тільки методом ЕК, відсоток настання непланованої вагітності був вищим: для методу Юзпе — 38%, для ЛНГ-ТЕК — 19%

[193, 209, 224]. Ці показники набагато перевищують індекси Перля для багатьох планових методів контрацепції (КПК, ПТП, КІК, презервативів, сперміцидів тощо). Окрім цього, жоден з методів / режимів ЕК не захищає від ПСШ, про що слід кожного разу нагадувати споживачам у ході консультування.

Таблиця 1. Попереджені вагітності у разі використання різних методів ЕК відносно невикористання жодного з них

Усереднена кількість вагітностей на 100 жінок без використання ЕК	Метод ЕК	Кількість вагітностей у разі використання методів ЕК	Відсоток попереджених вагітностей
8	Метод Юзпе	2 (25%)	6 (75%)
8	ЛНГ-ТЕК	1 (12,5%)	7 (87,5%)
8	Встановлення ВМК	<0,1(1%)	>7,9 (99%)

Наведені дані дозволяють оцінити ефективність методу ЕК і, звичайно, мають значення для фахівців. Разом з тим, для багатьох жінок це може не мати значення, оскільки ЕК залишається єдиним методом, що здатний попередити неплановану вагітність і його застосування у будь-якому разі набагато ефективніше, ніж відсутність будь-яких заходів у перші п'ять днів після незахищеного статевих контакту [113, 169, 193, 214, 215, 229].

4.4. Види та режими екстреної контрацепції

Всі методи ЕК можуть бути умовно поділені на дві групи: гормональні та механічні:

Гормональні методи полягають у застосуванні:

1. Високих доз естрогенів;
2. Естроген-гестагенних комбінацій (або КПК) в режимі ЕК;
3. Гестагенів (режими застосування чистого ЛНГ);
4. Даназолу в режимі ЕК;
5. Антигестагенів (блокаторів рецепторів прогестерону) в режимі ЕК.

Не дивлячись на те, що метод ЕК за допомогою режимів застосування високих доз естрогенів визнаний високоефективним, у останні роки його не використовують, оскільки це пов'язано з високою частотою побічних ефектів (нудота, блювання, головні болі) та ускладнень (переважно пов'язаних з гіперкоагуляцією). Більшість дослідників вважають, що вагітність, яка виникла на фоні неефективного використання НК з естрогенами, повинна бути перервана, оскільки не виключена тератогенна дія естрогенів на плід.

З сучасних гормональних методів ЕК на стадії вивчення знаходяться; вагінальне кільце з ЕЕ (Nestorone), і мінімальні, низькі та середні дози міфепристону.

Механічні методи полягають у використанні ВМК для ЕК.

Далі буде послідовно розглянутий кожний з методів/режимів ЕК, після чого у порівняльному аспекті зосереджена увага на ефективності, безпеці та побічних ефектах.

4.4.1. Естроген — гестагенні комбінації в режимі екстреної контрацепції

В 1974 році канадським акушером –гінекологом Альбертом Юзпе були вперше опубліковані результати власного дослідження щодо використання з метою ЕК естроген — гестагенних комбінацій (таблеток КПК), яке було розпочато ще наприкінці 60-х років ХХ сторіччя. Було виявлено, що КПК, які на початку 70-х років ХХ сторіччя набували все більшої популярності, можуть застосовуватись не тільки у звичайному режимі з метою планової контрацепції, але й в режимі ЕК, коли протягом короткого часу використовувалась значно більша кількість таблеток КПК залежно від вмісту в них естрогенів та прогестинів [216, 230].

Суть методу Юзпе полягає у дворазовому пероральному застосуванні 100 мкг ЕЕ і 500 мкг ЛНГ з інтервалом 12 годин. Таким чином, сумарна доза становить 200 мкг ЕЕ і 1000 мкг ЛНГ. Відповідно до цього можна розрахувати кількість таблеток різних за складом КПК, які необхідно прийняти жінці з метою НК (Табл. 2). Слід зазначити, що в режимі ЕК можуть використовуватись і КПК з іншими прогестинами у складі: дезогестрелом (доза розраховується аналогічно ЛНГ), норгестрелом (доза норгестрелу повинна бути удвічі більшою за дозу ЛНГ, оскільки фармакологічна активність норгестрелу удвічі менша за таку у ЛНГ), гестоденом (доза гестодену складає 0,75 від дози ЛНГ), тощо.

Таблиця 2. Режими екстреної контрацепції за методом Юзпе

Склад однієї таблетки КПК	Схема застосування КПК з метою ЕК	Препарати
ЕЕ 50 мкг + ЛНГ 250 мкг (високо дозовані КПК)	2 таблетки — інтервал 12 годин — 2 таблетки (всього 4 таблетки)	Ovidon, Eugynon, Fertilan, Nordiol, Neogynon, Ovral, Tetragynon
ЕЕ 30 мкг + ЛНГ 150 мкг, ЕЕ 30 мкг + дезогестрел 150 мкг (низько дозовані КПК)	4 таблетки — інтервал 12 годин — 4 таблетки (всього 8 таблеток)	Rigevidon*, Lo/Femenal, Nordette, Regulon
ЕЕ 20 мкг + ЛНГ 100 мкг, ЕЕ 20 мкг + дезогестрел 150 мкг ЕЕ 20 мкг + гестоден 75 мкг (мікро дозовані КПК)	5 таблеток — інтервал 12 годин — 5 таблеток (всього 10 таблеток)	Loette, Ariadne, Alesse, Lindynette- 20, Novynette, Aviane

**При застосуванні КПК, що мають упаковку 28 таблеток, останні 7 таблеток (які містять залізо і мають інший колір) не повинні використовуватися.*

Результати огляду восьми досліджень, за допомогою яких вивчалася ефективність застосування КПК в режимі ЕК у 3800 жінок фертильного віку, свідчать про попередження небажаної вагітності в середньому у 74% випадків з діапазоном від 56% до 89% випадків у різних дослідженнях [217]. Такий режим демонстрував найвищу ефективність при використанні у першу добу від статевого контакту, надалі (друга-третья доба) спостерігалася значне зниження ефективності порівняно з режимом ЕК із чистим ЛНГ [209].

У всіх дослідженнях ефективності застосування естроген-гестагенних комбінацій, які проводилися раніше, була встановлена зворотна залежність ефективності ЕК від часу: ефективність значно зменшується зі збільшенням інтервалу часу між статевим контактом і прийомом препарату. Граничний інтервал часу, коли йшла мова про ефективне застосування КПК в режимах ЕК, визначався у 72 години (3 доби) від статевого контакту [230]. Проте, останні дослідження свідчать про те, що і після 72 годин, але не більше 120 годин від статевого контакту такі режими залишаються відносно ефективними, тобто попереджують настання вагітності у невеликому відсотку випадків [183, 217, 224].

Механізм дії естроген-гестагенних комбінацій в режимі ЕК з одного боку, схожий з механізмом дії КПК при застосуванні у звичайному режимі планової контрацепції, а з іншого, — має певні

особливості, пов'язані з високими дозами ЕЕ та прогестинів. Більшість дослідників у своїх висновках сходяться на тому, що механізм дії залежить від періоду оваріально-менструального циклу, коли мав місце статевий контакт і застосовуються КПК в режимі ЕК. У преовуляторному періоді, коли має місце дозрівання яйцеклітини, високі дози естрогенів та гестагенів затримують цей процес і попереджують подальшу овуляцію за рахунок вираженого антигонадотропного ефекту. Таким чином, секреція гіпофізом ФСГ та ЛГ різко знижується, що робить дозрівання та вихід яйцеклітини фактично неможливим [112, 126, 175, 179, 207]. У постовуляторному періоді велику роль відіграють механізми впливу високих доз естрогенів та гестагенів на ендометрій, в якому відбуваються гістохімічні зміни. Питання, чи протидіють ці зміни імплантації, залишається дискусійним [112, 126, 175, 179, 192, 207, 210, 230, 231]. Також, при застосуванні КПК у режимі ЕК після овуляції має місце вплив на функцію жовтого тіла, процеси руху сперматозоїдів, та взаємодію сперматозоїдів з яйцеклітиною [170, 171, 175, 176].

Слід зазначити, що застосування КПК у режимі ЕК за жодних обставин не може розцінюватися як аборт. Період від статевого контакту до встановлення факту вагітності, яка характеризується імплантацією заплідненої яйцеклітини у ендометрій, становить щонайменше 5 діб (120 годин). Отже, інтервал часу, коли застосовуються режими ЕК, знаходиться поза періодом вагітності. Ще на початку 70-х років ХХ сторіччя було встановлено, що високі дози естрогенів (ЕЕ) в режимі ЕК не можуть вплинути на хід імплантації, яка розпочалась, а також на процеси раннього ембріогенезу. Безпека високих доз різних прогестинів також з вказаною метою була доведена [96, 216].

4.4.2. Режими екстреної контрацепції із застосуванням чистого левоноргестрелу

Левоноргестрел — це прогестин II покоління, похідне 19-нортестостерону, що являє собою лівообертаючий ізомер норгестрелу. Вперше фармакологічні ефекти норгестрелу та його ізомерів в аспекті НК дослідив Е.Кессеру у 1973 році [170,171].

Наразі існує два режими ЕК із застосуванням високих доз чистого ЛНГ (Табл. 3).

Таблиця 3. Режими застосування чистого левоноргестрелу для екстреної контрацепції

Режим ЕК з чистим ЛНГ	Схема застосування ТЕК з ЛНГ	Препарати
Моно-режим	1500 мкг (1,5 мг) ЛНГ одноразово (на один прийом)	Escapelle, Escapel, Postinor-1, Levonelle One Step, Postinor-2 Undosis
Подвійний режим	750 мкг (0,75 мг) — інтервал 12 годин — 750 мкг (0,75 мг); Всього 1500 мкг (1,5 мг) — у два прийоми	Postinor, Levonelle, Levogynon, Rigesoft, Postinor-Duo, Postinor 2 SD, Plan-B, Postinor -2

Саме режими ЕК із застосуванням чистого ЛНГ набули найбільшого розповсюдження у світі з причин зручності, доступності, високої ефективності та низької частоти побічних ефектів [85, 134, 167].

Відповідно до інструкцій виробників ЛНГ-ТЕК при подвійному режимі препарат слід застосувати протягом 72 годин (3 діб) від статевого контакту, при цьому інтервал між прийомами двох доз ЛНГ повинен становити 12 годин, але не більше 16 годин. При моно-режимі препарат може бути застосований протягом 96 годин (4 доби) від статевого контакту. У будь-якому випадку наголошується на якомога коротшому інтервалі між статевим контактом і використанням ТЕК.

Дані багатьох досліджень, а також методичних рекомендацій МКНК, опублікованих у 2004 році, свідчать про те, що ЛНГ-ТЕК продовжують бути ефективними після 72 і навіть 96 годин після незахищеного статевого контакту, але не пізніше 120 годин. Дані щодо клінічної ефективності ЛНГ-ТЕК після 120 годин після статевого контакту наразі відсутні [113, 182, 196 212, 224].

У чотирьох дослідженнях ефективності ЛНГ-ТЕК, які охопили 5000 жінок фертильного віку, дослідники дійшли висновку, що препарат попередив від 60% до 93% вагітностей, які би могли мати місце у разі невикористання НК [95, 128, 224, 227].

Механізм дії ЛНГ-ТЕК умовно розглядається дослідниками у преовуляторному та постовуляторному періодах. Якщо ЛНГ-ТЕК застосовуються у преовуляторному періоді, то ключовим механізмом їх впливу є попередження овуляції, що в подальшому запобігає розвитку жовтого тіла. Клінічні дослідження із застосування ЛНГ-ТЕК на 13-15 день оваріально-менструального циклу свідчать про відсутність впливу на функцію яєчника. Більшість дослідників вважають, що в постовуляторному періоді високі дози ЛНГ пригнічують міграцію сперматозоїдів в шийці та порожнині матки, сповільнюють рух яйцеклітини, а також протидіють процесам взаємодії сперматозоїдів з яйцеклітиною. Не виключається прямий вплив на передімплантаційні зміни у ендометрію [108, 112, 123, 126, 170, 171, 179, 207, 231].

Нещодавно у науковій літературі були опубліковані результати дослідження, де вивчався вплив зміни інтервалу між застосуванням двох доз ЛНГ у подвійному режимі. Встановлено, що збільшення інтервалу між прийомом двох доз ЛНГ-ТЕК з 12 до 24 годин не впливає на ефективність ЕК [225].

Дію ЛНГ-ТЕК часто плутають з медичним абортom. ЛНГ-ТЕК ефективні тільки у перші декілька днів після статевого акту і до того, як настає вагітність, в той час як медичний аборт — хірургічна маніпуляція або медикаментозний вплив з метою переривання вагітності. Щонайменше 5 днів проходить від моменту статевого акту до настання вагітності, яка визначається як імплантація заплідненої яйцеклітини до ендометрію. Як вже зазначалось, ЛНГ-ТЕК діють протягом цього періоду, а якщо імплантація вже розпочалась, вони, по-перше, не чинять впливу на цей процес і, по-друге, не можуть перервати вагітність, що настала, або зашкодити розвитку ембріону [96]. Хоча цей метод показаний для жінок з встановленою чи підозрюваною вагітністю, випадків негативного впливу ЛНГ-ТЕК на здоров'я жінки, перебіг її вагітності або стан плоду при їх випадковому прийомі не зафіксовано [85, 102, 103, 118].

Порівняння ефективності та переносності двох режимів ЕК з чистим ЛНГ наводиться у підрозділі 4.4.6.

4.4.3. Даназол в режимі екстреної контрацепції

Даназол — це похідне ЕЕ (17-етинілестрадіол), що має виражену антигонадотропну активність. Даназол знайшов широке застосування в гінекологічній та ендокринологічній практиці для лі-

кування гіперпластичних процесів в ендометрію, міоми, та інших захворювань.

Механізм контрацептивної дії даназолу у перші три доби після незахищеного статевого контакту полягає, по-перше, у вираженому гальмуванні секреції гонадотропінів передньою долею гіпофізу і тим самим попередженню овуляції (якщо мова йде про застосування даназолу у передовуляторний період); і, по-друге, — у гальмуванні стероїдогенезу у жовтому тілі (постовуляторний період). Також, має місце пряма антипроліферативна дія даназолу по відношенню до ендометрію.

Даназол з метою ЕК може застосовуватися у двох режимах: у пролонгованому — по 200 мг на добу протягом 5 днів, та у короткому режимі — по 600 мг з інтервалом у 12 годин протягом 72 годин (3 діб) від незахищеного статевого контакту [60, 66].

Слід зазначити, що пролонгований і короткий режими застосування даназолу з метою ЕК в Україні розповсюдження не набули.

4.4.4. Міфепристон в режимі екстреної контрацепції

Міфепристон (RU-486) відноситься до групи антипрогестинів, що здатні блокувати периферійні прогестинові рецептори. Міфепристон застосовується в двох напрямках:

1) для виконання нехірургічного (медикаментозного) аборту до 9 і після 12 тижнів вагітності у комбінації з синтетичними простагландинами [15];

2) для ЕК.

В режимі ЕК міфепристон використовується у дозі 600 мг не пізніше 72 годин після незахищеного статевого контакту [66, 85, 179, 224]. Механізм дії полягає в блокуванні прогестеронових рецепторів ендометрію, що значно пригнічує його передімплантаційну трансформацію. У разі, коли відбулася імплантація заплідненої яйцеклітини, міфепристон спричинює її відторгнення внаслідок виключення впливу прогестерону, отже, він викликає аборт.

На стадії клінічного вивчення знаходяться режими ЕК із застосуванням мінімальних, низьких і середніх доз міфепристону (відповідно 10 мг, 25 мг і 50 мг) [134]. Слід зазначити, що режим ЕК із застосуванням мінімальної дози (10 мг) міфепристону у порівнянні з двома режимами ЛНГ-ТЕК має більшу частоту такого побічного ефекту, як затримка наступної менструації (за різними джерелами — від 9 % до 18 % жінок). Це може викликати у жінки до-

даткову тривогу, що є негативним аспектом такого режиму ЕК [85, 224].

Наразі антипрогестини для ЕК в Україні не зареєстровані. У країнах, де вони наявні, їх використання обмежене у зв'язку з дуже високою ціною.

4.4.5. Механічний метод екстреної контрацепції — внутрішньоматкові контрацептиви

Для ЕК, окрім гормональних, з високою ефективністю можуть також застосовуватися і механічні методи, до яких належать ВМК. Для ЕК використовуються тільки мідьмісні ВМК (Cu-ВМК).

Cu-ВМК можуть бути використані протягом 5 днів після незахищеного статевого акту як засіб НК. Однак у випадку, коли можна розрахувати час овуляції, за необхідності Cu-ВМК можуть бути введені і по закінченні 5 днів після статевого акту, але не пізніше, ніж через 5 днів після овуляції. Після введення ВМК з метою ЕК, знаходження ВМК в порожнині матки може бути подовжене з метою планової контрацепції [211, 232].

Медичні критерії прийнятності ВООЗ, розроблені для інтервального введення Cu-ВМК також можуть бути застосовані і для введення Cu-ВМК з метою ЕК. У випадку встановленого факту вагітності введення ВМК категорично протипоказане (категорія 4) у зв'язку з ризиком розвитку серйозних інфекцій тазових органів і септичного спонтанного аборту. У випадку згвалтування, за умов високого ризику розвитку ПСШ, введення ВМК з метою ЕК небажане (категорія 3), оскільки це може сприяти поширенню інфекції на органи малого тазу [53, 186, 201, 229].

Враховуючи високий ризик запальної патології матки та придатків після введення ВМК, цей метод ЕК недоцільно застосовувати у молодих жінок, які ще не народжували, за наявності декількох статевих партнерів, коли мають місце випадкові інтимні зв'язки [41, 60, 75].

4.4.6. Порівняння ефективності, переносності та безпеки різних методів екстреної контрацепції

В цьому підрозділі основна увага буде зосереджена на порівнянні найбільш розповсюджених гормональних методів ЕК — методу Юзпе та режимів застосування ЛНГ-ТЕК. Інші методи вивчені недостатньо або мають обмежене застосування у зв'язку з меншою

ефективністю, високою ціною, або більшою частотою побічних ефектів.

Як вже зазначалось, ефективність обох методів ЕК залежить від інтервалу часу між незахищеним статевим контактом та використанням ЕК. У дослідженнях, що проводилися в минулому, не було встановлено такого впливу фактору часу, хоча можна припустити, що раніше дослідження не проводилися за такими жорсткими правилами, як це робиться сьогодні [212].

У великомасштабному багатоцентровому рандомізованому дослідженні ВООЗ, яке було опубліковане у 1998 році, порівнювалися параметри ефективності та безпеки трьох режимів застосування ЕК: методу Yuzpe, моно — та подвійного режимів з ЛНГ-ТЕК. Ефективність цих режимів, залежно від термінів застосування представлена на рис. 2.

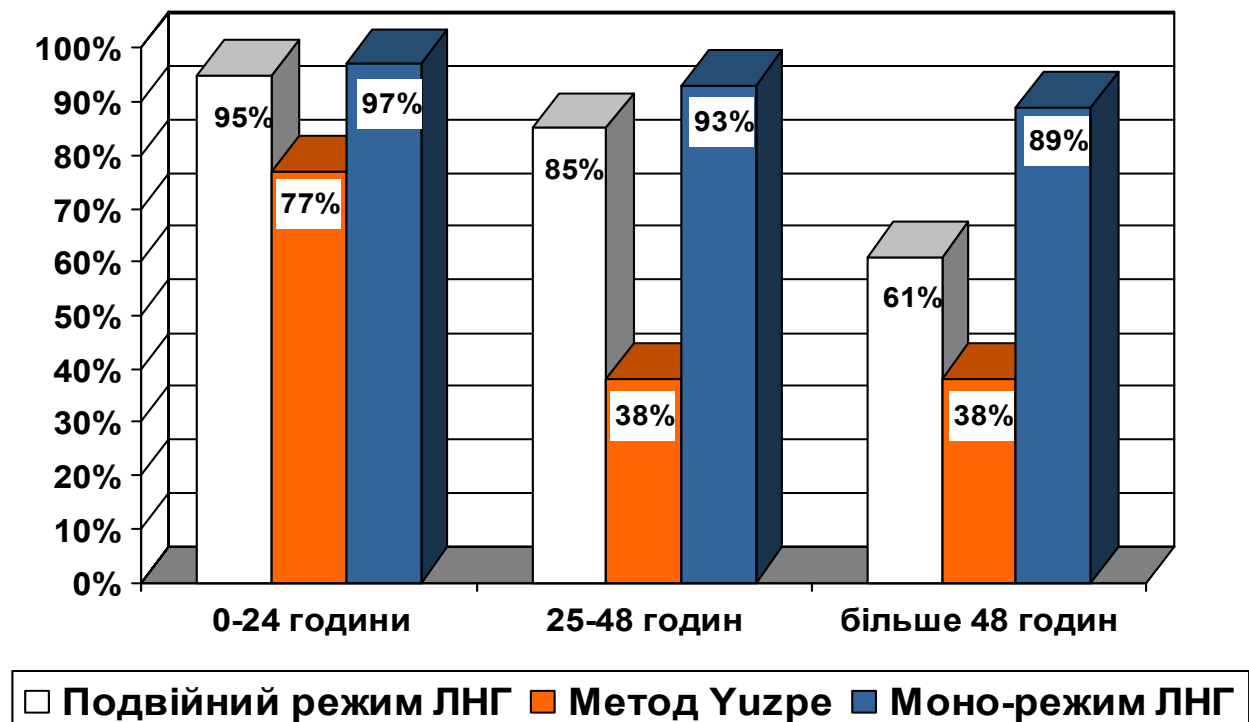


Рис. 2. Порівняльна ефективність методу Yuzpe, моно — та подвійного режимів з чистим левоноргестрелом по мірі збільшення інтервалу між незахищеним статевим контактом та вживанням заходів з НК (адаптовано з: WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception. The Lancet 1998; 352:428-433)

Таким чином, за ефективністю залежно від термінів застосування від незахищеного статевого контакту моно-режим з чистим

левоноргестрелом має значні переваги перед подвійним режимом та методом Yuzpe [227].

Наступне багатоцентрове, порівняльне, рандомізоване, плацебо-контрольоване дослідження трьох режимів ЕК, було проведено Von Hertzen з колегами і опубліковане під егідою ВООЗ в 2002 році. Дослідження проводилося у 15 центрах планування сім'ї (10 країн) і охоплювало більше 4000 жінок фертильного віку, які протягом 120 годин після незахищеного статевого контакту застосовували в якості НК один з трьох режимів: моно-режим з ЛНГ-ТЕК, подвійний режим з ЛНГ-ТЕК та режим з мінімальною дозою (10 мг) міфепристону. Результати дослідження показані на рис. 3.

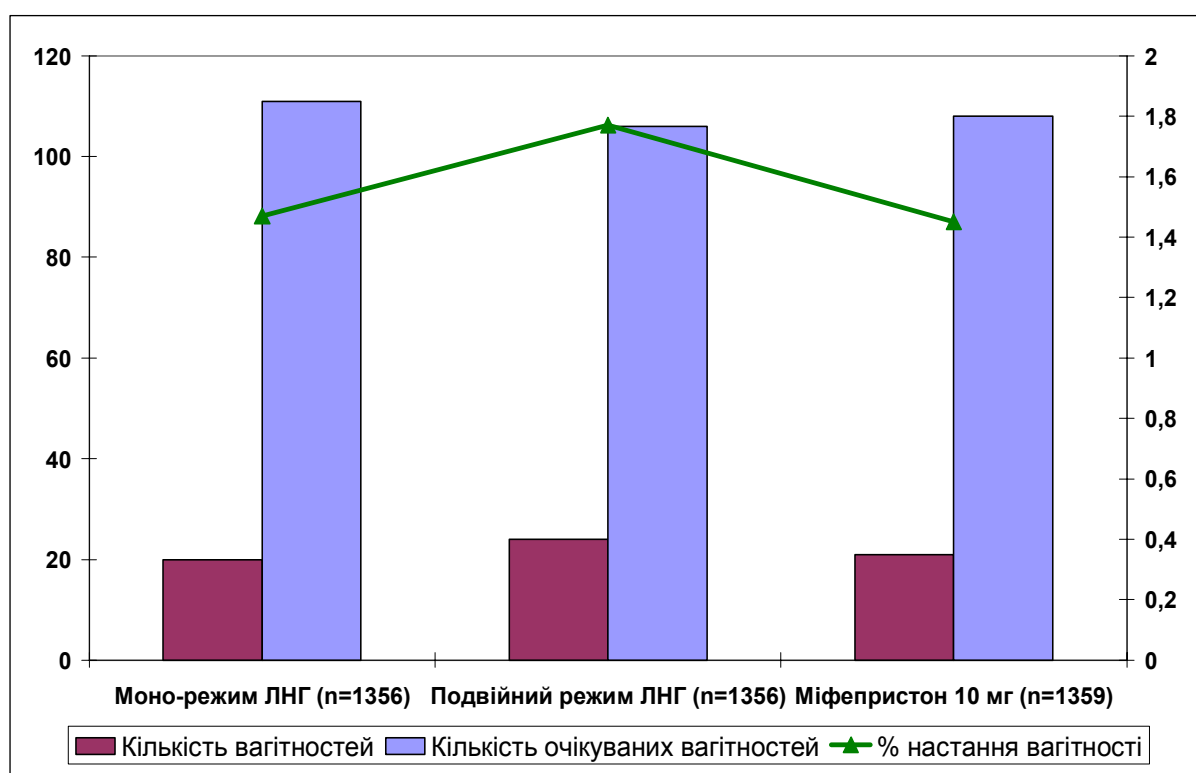


Рис. 3. Порівняльна ефективність трьох режимів ЕК в трьох групах жінок (адаптовано з: von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360:1807.)

Дослідники дійшли висновку, що всі три режими ЕК мають найбільшу ефективність (зі статистично незначущими відмінностями) у перші 72 години від незахищеного статевого контакту (середня частота непланованої вагітності становила 1,5 %), а в інтервалі між 72 і 120 годинами їх ефективність дещо зменшується (середня частота непланованої вагітності становила 2,4 %). Найчастіше зу-

стрічались наступні побічні ефекти і явища: кровотеча (19–31 %), нудота (14–15 %), слабкість та втомлюваність (13–15 %), біль в нижній частині живота (14–15 %) і головний біль (10 %). У режимах із застосуванням ЛНГ-ТЕК в якості побічного ефекту на перший план виходила кровотеча, в той час як у режимі з міфепростоном характерною була затримка менструації. Таким чином, на думку авторів, всі три режими ефективно попереджують велику кількість непланованих вагітностей, якщо вони застосовуються в перші п'ять днів після незахищеного статевих контакту. Моно-режим із застосуванням ЛНГ-ТЕК у дослідженні показав найвищу ефективність і найкращу переносність, у зв'язку з чим автори вбачають в ньому найбільшу перспективу на майбутнє [224].

Мета-аналіз з оглядом всіх досліджень найвищого рівня доказовості (The Cochrane Library), який був проведений групою авторів і опублікований у 2004 році, охопив 48 досліджень із залученням 33 100 жінок, які користувалися методом ЕК. Автори дійшли висновків, що 1,5 мг ЛНГ (в моно- чи подвійному режимі) та низькі і середні дози міфепростону (25–50 мг) є високоефективними режимами ЕК з прийнятним профілем безпеки. Також, моно-режим із ЛНГ в дозі 1,5 мг суттєво спрощує ЕК без збільшення кількості побічних ефектів. В той же час, міфепростон, особливо у високих дозах, може затримувати наступну менструацію, що викликає тривогу та занепокоєність у пацієнок. Автори рекомендують використовувати режим Юзпе лише у тих випадках, коли ЛНГ-ТЕК або міфепростон недоступні. ВМК визнається високоефективним методом ЕК і, автори вважають за доцільне їх подальше використання з метою планової контрацепції [102, 201].

Співробітниками кафедри акушерства та гінекології №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ) у 2006 році було проведене відкрите, рандомізоване, паралельне дослідження щодо порівняльної оцінки ефективності на переносності подвійного та моно-режимів застосування ЛНГ-ТЕК з метою ЕК (відповідно препаратів Постинор на Ескапел виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон»). Проведене дослідження показало однаково високу ефективність обох режимів у попередженні непланованій вагітності, а також статистично значущу різницю у переносності на користь моно-режиму з ЛНГ-ТЕК (таблетки Ескапел) [19].

Використання моно-режиму з ЛНГ-ТЕК має найбільші перспективи і покликане покращити доступність та якість ЕК в майбутньому з декількох причин [19, 102, 201, 224, 227]:

- По-перше, за сумарною ефективністю цей режим не поступається іншим режимам ЕК;
- По-друге, залежно від часу застосування при щодобовій оцінці ефективності протягом перших трьох діб від незахищеного статевого акту, цей метод має значні переваги над подвійним режимом та методом Юзпе;
- По-третє, цей режим має дещо меншу, ніж подвійний режим і метод Юзпе, частоту побічних ефектів і краще переноситься жінками;
- По-четверте, в аспекті зручності застосування та комплайнсу, на думку експертної робочої групи ВООЗ, цей режим має перевагу над подвійним режимом з ЛНГ, коли існує вірогідність того, що жінка забуде прийняти другу дозу ТЕК.

У рекомендаціях ВООЗ 1998 року зазначалося, що «...перехід від схеми Yuzpe на схему з левоноргестрелом покращить якість гормональної контрацепції. Програми планування сім'ї, що передбачають також і екстрену контрацепцію, повинні внести відповідні зміни.» [229]. У другому виданні практичних рекомендацій ВООЗ щодо застосування засобів контрацепції (2005 рік) члени експертної групи, визнаючи високу ефективність та безпеку обох режимів ЕК із застосуванням ЛНГ-ТЕК, наголошують на перевагах однократного прийому ЛНГ-ТЕК суто з практичних міркувань [201].

Наразі відкритими залишається декілька клінічних питань, які, за умов появи нових результатів досліджень високого рівня доказовості, можуть увійти до нової редакції рекомендацій ВООЗ:

1) Яка мінімальна доза активних речовин у ТЕК, що забезпечує надійний протизаплідний ефект?

2) Яка ступінь зниження ефективності ТЕК з кожною добою затримки у прийомі препарату в інтервалі між 72 та 120 годинами після незахищеного статевого акту?

3) Який інтервал між прийомами двох доз при подвійному режимі з ЛНГ-ТЕК вважати оптимальним; чи можливе подовження цього інтервалу з 12 до 24 годин?

4.5. Окремі побічні ефекти, шляхи їх попередження та усунення

В цьому і наступних підрозділах, у зв'язку з найбільшою популярністю режимів застосування ЕК з ЛНГ-ТЕК та методу Юзпе, будуть розглянуті побічні ефекти, пов'язані із використанням саме цих методів ЕК (далі — відповідно ЛНГ-ТЕК та комбіновані ТЕК).

Застосування ТЕК ніколи не призводило до серйозних ускладнень і не було причиною смерті жінок [85,222]. Також, відсутні дані щодо небезпеки та протипоказань ТЕК для жінок з певним клінічним діагнозом, в той час як КПК (на основі ЕЕ та ЛНГ або інших прогестинів) та деякі інші лікарські засоби мають низку абсолютних протипоказань та станів, коли необхідна особлива обережність. На думку експертів, ці обмеження та заходи не стосуються ТЕК у зв'язку з обмеженим часом їх застосування, спорадичним, а не регулярним прийомом [53, 201].

Слід зазначити, що у разі поодиноких випадків застосування ТЕК побічні ефекти з медичної точки зору, як правило, незначні, мимолетні, і не мають наслідків для здоров'я жінки. В той же час при періодичному використанні цього методу, кількість побічних ефектів значно збільшується (наприклад, нерегулярні менструації та інші порушення оваріально-менструального циклу), що пов'язано з надходженням в організм набагато більшої загальної дози гормонів порівняно з тією, що може надходити в ході циклового застосування КПК або ПТП. Регулярне використання ТЕК може мати стійкі наслідки у вигляді різноманітних порушень оваріально-менструального циклу, які погано піддаються лікуванню. Про це слід постійно наголошувати при консультуванні користувачів методу ЕК. Інформація щодо серйозних медичних ускладнень у жінок, котрі часто користуються ТЕК протягом тривалого часу, відсутня [85].

При застосуванні ТЕК у дівчат-підлітків частота виникнення таких побічних ефектів як нудота і затримка менструації, є аналогічною такій у дорослих [205].

Далі у цьому підрозділі будуть послідовно розглянуті побічні ефекти при застосуванні ТЕК, а також шляхи їх попередження та усунення.

4.5.1. Нудота та блювання

Приблизно 18 % жінок, що застосовують ЛНГ-ТЕК, відчують нудоту і біля 4% потерпають від блювання [95, 128, 224, 227]. Для комбінованих ТЕК (методу Юзпе) ці цифри становлять відповідно 43 % і 16 % [85]. Як зазначалось раніше, у порівняльних дослідженнях різних режимів ЕК, окрім ефективності, досліджувалась переносність, тобто частота виникнення побічних ефектів. Відповідно до цих досліджень, ЛНГ-ТЕК викликали нудоту і блювання набагато рідше, ніж комбіновані ТЕК, а, отже, переносилися жінками краще [129, 209]. У разі виникнення, симптоми нудоти і блювання мають мінущий характер, і спостерігаються лише протягом перших трьох днів від початку застосування препарату [221].

Найкращим шляхом попередження симптомів нудоти та блювання, є застосування ЛНГ-ТЕК замість комбінованих ТЕК. Якщо наявні тільки комбіновані ТЕК, за годину до прийому кожної дози слід прийняти 10 мг метоклопраміду, що знижує вірогідність виникнення нудоти [187]. За кордоном широкого розповсюдження набуло застосування меклізину з метою попередження ТЕК — асоційованих симптомів нудоти і блювання — 50 мг за 1 годину до прийому першої дози ТЕК [85, 186]. Важко спрогнозувати, у кого з жінок можуть виникнути симптоми нудоти чи блювання, а також і те, чи будуть ефективними лікарські засоби, які попереджують ці симптоми.

Якщо блювання мало місце протягом перших двох годин після застосування ТЕК, слід повторно прийняти ту саму дозу. Якщо нудота чи блювання мають стійкий характер, ТЕК можна вводити інтравагінально. Досвід інтравагінального введення естрогенів та прогестинів свідчить про те, що вони дуже добре абсорбуються слизовою оболонкою вагіни [93, 97].

4.5.2. Затримка менструації

Серед користувачів методу ЕК розповсюджена думка, що свідченням ефективності ТЕК є настання менструації одразу ж після застосування ТЕК. Це невірне твердження. Відповідно до багаторічного досвіду застосування ТЕК і багатьох спостережень, у 10–15 % жінок менструація може виникати на тиждень раніше, в строк, або на тиждень пізніше очікуваного терміну; також мають місце зміни її тривалості як в бік зменшення, так і в бік збільшення (Рис. 4) [115, 209].

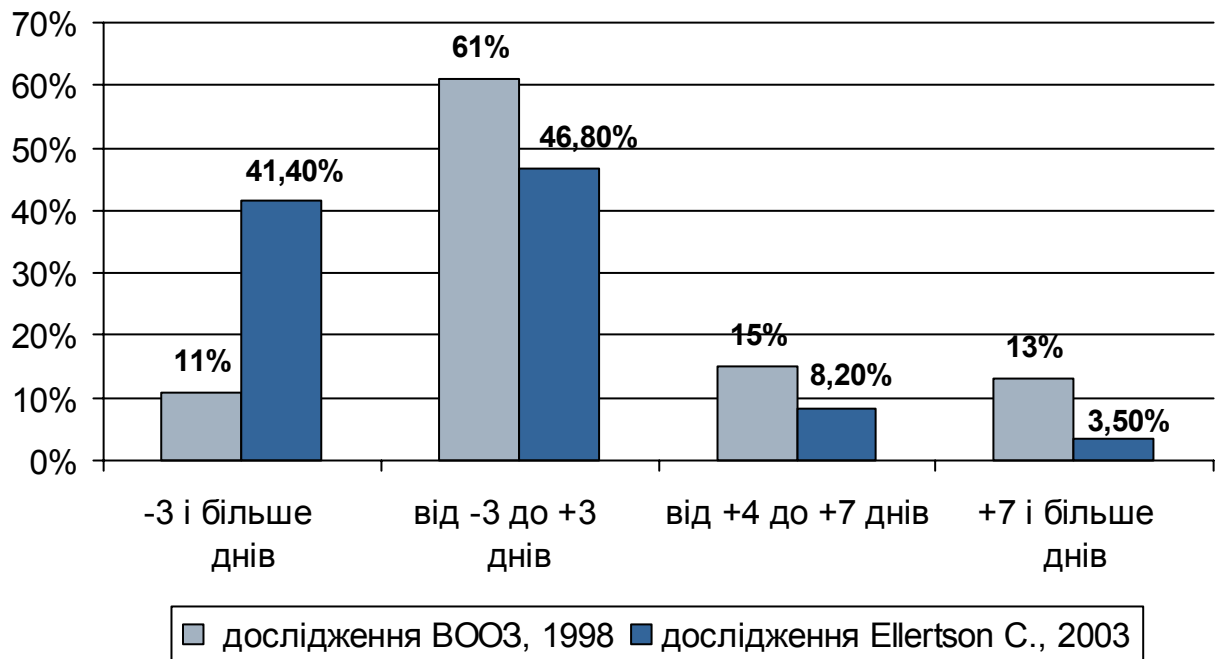


Рис. 4. Розподіл часу повернення менструації по відношенню до очікуваного терміну (відхилення в днях) у жінок після застосування ТЕК відповідно до результатів двох багатоцентрових, рандомізованих досліджень (джерела: WHO, 1998; Ellertson C., 2003)

Слід зазначити, що очікування менструації для більшості жінок супроводжується тривогою. Тому в ході консультування слід звернути особливу увагу жінки на тому, що після прийому ТЕК менструація може настати не одразу, а у разі, якщо вона не настала через тиждень після очікуваного терміну, жінка повинна пройти огляд (тест на вагітність) та отримати необхідну допомогу [85].

4.5.3. Ациклічна кровотеча та кровомазання

За матеріалами різних досліджень, від 0 до 17% жінок, які з метою ЕК отримували ЛНГ-ТЕК, мали нерегулярні вагінальні кровотечі або кровомазання на протязі першого тижня від застосування ТЕК. Кровотечі тривали від однієї до п'яти і більше діб [115]; розподіл за тривалістю кровотечі можна бачити на рис. 5.

Як правило, ациклічні кровотечі одразу ж після застосування ТЕК не мають серйозної загрози для здоров'я жінки та зникають через декілька діб. Але в будь-якому разі жінка повинна бути оглянута, оскільки не слід виключати іншу, більш серйозну причину, наприклад, ектопічну вагітність. Якщо при цьому спостерігається

біль в нижній частині живота або інші симптоми, необхідно провести тест на вагітність та інші дослідження [85].

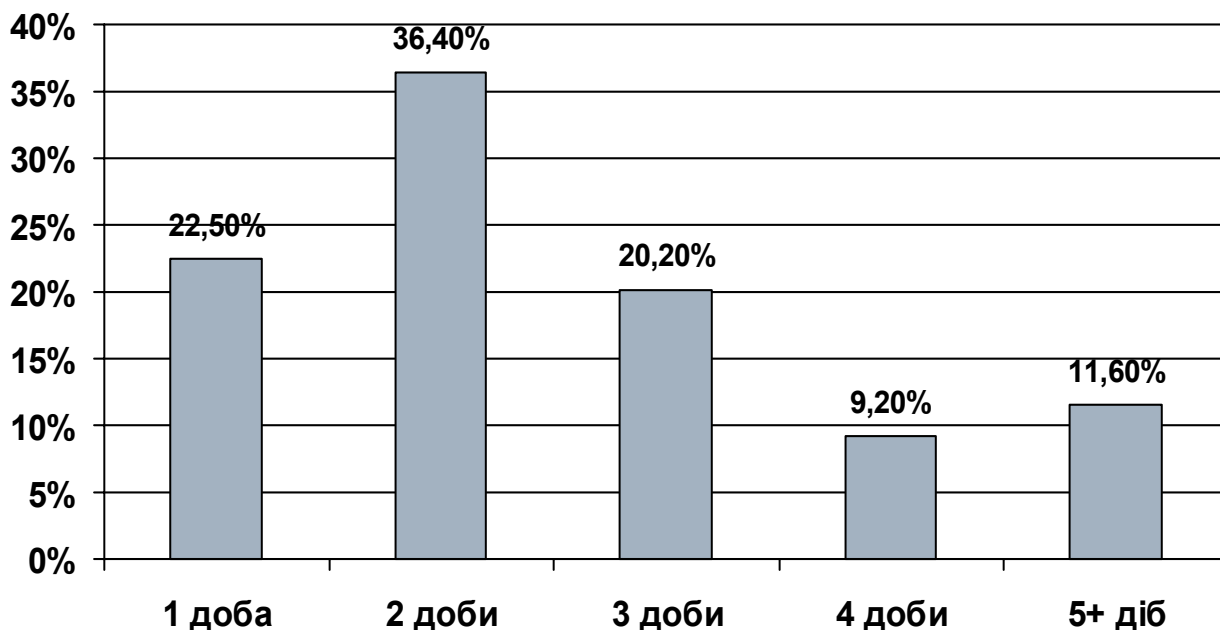


Рис. 5. Розподіл за тривалістю вагінальної кровотечі в перший тиждень після застосування ТЕК (за Ellertson C., 2003)

4.5.4. Інші побічні ефекти від застосування таблеток екстреної контрацепції

Іншими побічними ефектами від застосування ТЕК, які зустрічаються з меншою частотою і виникають в перші дні після прийому ТЕК, є наступні:

- Біль в нижній частині живота;
- Головний біль;
- Чутливість молочних залоз;
- Запаморочення;
- Відчуття втоми та слабкість.

Ці побічні ефекти, як правило, минуці та зникають протягом 24 годин [221]. При виникненні головного болю або болісних відчуттів у молочних залозах можна прийняти знеболюючий засіб.

4.6. Окремі клінічні ситуації при застосуванні таблеток екстреної контрацепції

4.6.1. Вагітність

ТЕК не застосовуються при встановленій вагітності. Але жінка може приймати ТЕК тоді, коли імплантація відбулась і розпочався процес ембріонального розвитку, тобто вагітність вже настала. Результати досліджень прийому високих доз КПК (комбіновані ТЕК), а також ЛНГ-ТЕК свідчать про те, що ТЕК на ранніх етапах вагітності не завдають шкоди ані вагітній жінці, ані плоду [85, 102, 103, 118, 219].

ТЕК не підвищують ризику виникнення у жінки ектопічної вагітності, а на думку ряду дослідників навіть знижують її вірогідність, як і будь-який інший контрацептивний метод, що взагалі попереджує вагітність [85]. Слід зазначити, що в разі виникнення ектопічної вагітності, застосування ТЕК не чинить впливу на цей процес [213].

Як вже зазначалось, при появі нерегулярних кровотеч у перші дні після прийому ТЕК, жінка повинна бути обов'язково оглянута для виключення вагітності.

4.6.2. Використання таблеток екстреної контрацепції у разі годування грудьми

Якщо жінка годує дитину грудьми, але у неї після пологів вже мала місце менструація або будь-які кров'янисті виділення, є ризик завагітніти. При цьому комбіновані ТЕК або ЛНГ-ТЕК можуть бути використані. Однократний прийом ТЕК навряд чи може вплинути на кількість та якість грудного молока. Певна кількість гормонів через молоко може надійти до організму дитини, але наразі відсутня інформація щодо їх шкідливого впливу на дитину [53, 85].

4.6.3. Застосування таблеток екстреної контрацепції по закінченні 120-годинного інтервалу після незахищеного статевого акту

Наразі відсутня інформація щодо ефективності ТЕК по закінченні 120-годинного проміжку (5 діб) після незахищеного статевого акту. Якщо жінка поінформована про можливу вагітність, але все одно вирішила прийняти ТЕК, шкоди це по відношенню до вагітності, якщо вона має місце, не завдасть [85].

Єдиним методом, який може бути ефективним в інтервалі з 5 по 7 добу від незахищеного статевого акту, за відсутності протипоказань, є термінове введення Cu-ВМК [53].

4.6.4. Прийом таблеток екстреної контрацепції після декількох незахищених статевих контактів

У цьому випадку ТЕК необхідно прийняти якомога раніше після першого незахищеного статевого акту. Дія ТЕК розповсюджується на період після інших незахищених статевих актів. Незалежно від кількості незахищених статевих актів, які мали місце, призначається лише один цикл прийому ТЕК [85].

4.6.5. Повторне застосування таблеток екстреної контрацепції

Як вже зазначалось, ТЕК не призначені для систематичного застосування. Але у разі необхідності застосувати ТЕК повторно, жінка може це зробити і факт попереднього використання цього методу не може їй у цьому перешкоджати [85, 197, 218]. У будь-якому разі, жінка повинна бути проконсультована щодо засобів регулярної контрацепції і поінформована стосовно їх правильного використання. Також, вона повинна знати, що при повторному застосуванні ТЕК збільшується частота побічних ефектів або їх вірогідність, якщо раніше вони не мали місце. Особливу увагу слід приділяти сексуально активним дівчатам-підліткам, а по можливості — забезпечувати їх засобами регулярної контрацепції [198].

4.6.6. Використання таблеток екстреної контрацепції протягом «нефертильного періоду»

Пари, які використовують природні методи планування сім'ї, можуть з певною долею вірогідності розрахувати «нефертильний» період, коли вагітність теоретично не може мати місце. В той же час, на практиці важко визначити, чи мав місце кожен конкретний статевий акт у «фертильний» або «нефертильний період». Дослідження показали, що запліднення може відбутися в результаті статевого акту, що мав місце за 5–7 діб до овуляції, включаючи день овуляції [228].

У будь-якому разі, якщо жінка не впевнена, що статевий акт відбувся в «нефертильний» період і є вірогідність настання вагітності, слід застосовувати ТЕК [85].

4.6.7. Взаємодія таблеток екстреної контрацепції з іншими лікарськими засобами

Існують певні особливості взаємодії лікарських засобів, якщо жінка одночасно застосовує ТЕК і деякі препарати для лікування соматичної патології.

При одночасному застосуванні препаратів — індукторів печінкового метаболізму виникає прискорення метаболізму ЛНГ. До таких препаратів, які можуть знизити ефективність ЛНГ, відносяться: барбітурати (включаючи примідон), фенітоїн, карбамазепін, препарати, які містять звіробій (*Nuregicum perforatum*), рифампіцин, ритонавір, рифабутин, гризеофульвін. ЛНГ-ТЕК і комбіновані ТЕК, можуть підвищувати ризик токсичності циклоспорину внаслідок пригнічення метаболізму останнього.

У разі рекомендації жінці ТЕК, її обов'язково треба запитати про препарати, яка вона отримує, а якщо має місце використання вище перерахованих препаратів, — попередити про можливе зниження ефективності ТЕК. В цьому випадку збільшують вміст гормонів у призначених комбінованих ТЕК шляхом збільшення їх кількості у одній чи обох дозах, або шляхом прийому додаткової дози ЛНГ-ТЕК [85, 100, 111, 125, 202, 208].

4.6.8. Початок або поновлення використання засобів регулярної контрацепції після таблеток екстреної контрацепції

Всі жінки, які застосовували ТЕК, повинні отримати вичерпну інформацію щодо методів регулярної контрацепції. Зміст цієї інформації буде відрізнятися у випадках, коли ЕК була застосована внаслідок невикористання жодного з методів контрацепції, і у випадках, коли жінка була вимушена прийняти ТЕК внаслідок невдалого/неправильного користування методами планової контрацепції (пропущення прийому таблеток КПК, пошкодження презервативу тощо). Питання часу, змісту та методики консультування після застосування ЕК будуть розглянуті далі.

В табл. 4 наводяться методи планування сім'ї та рекомендації щодо початку або поновлення їх використання після застосування ТЕК.

Таблиця 4. Рекомендації щодо початку або поновлення використання регулярних методів планування сім'ї після застосування ТЕК (джерело: *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines, Second edition, 2004*)

Метод планування сім'ї	Рекомендації щодо початку або поновлення використання після застосування ТЕК
Чоловічий або жіночий презерватив	Може використовуватись безпосередньо після прийому ТЕК.
Сперміциди (піна, вагінальні талетки, гель або крем)	Може використовуватись безпосередньо після прийому ТЕК.
Діафрагма або цервікальний ковпачок	Може використовуватись безпосередньо після прийому ТЕК.
КПК, гормональні контрацептивні пластирі та вагінальні кільця	<p><i>Варіант 1:</i> Якщо жінка вперше розпочинає користуватись методом, наступного дня після прийому ТЕК вона повинна розпочати цикл КПК, наклеїти пластринку або встановити кільце. Якщо жінка користувалась цими методами до прийому ТЕК (наприклад, ТЕК були застосовані внаслідок невмілого/неправильного користування цими методами), вона може продовжити розпочатий цикл КПК, використання пластри або кільця. У цьому випадку їй слід нагадати про строки придатності пластри або кільця. Після початку або поновлення використання гормональних засобів слід, як мінімум, 7 днів користуватись бар'єрними засобами (наприклад, презервативом). При цьому можливі нерегулярні кровотечі або кров'янисті виділення до відновлення нормального оваріально-менструального циклу.</p> <p><i>Варіант 2:</i> Жінка повинна дочекатися початку наступного оваріально-менструального циклу і розпочати користування методом відповідно до інструкцій щодо його застосування. Протягом інтервалу часу до закінчення циклу вона повинна утриматися від статевих зносин або використовувати бар'єрні методи.</p>
Ін'єкційні контрацептиви (КІК, ЧПК)	Ін'єкція здійснюється на протязі перших 7 днів від початку наступного оваріально-менструального циклу. Протягом інтервалу часу до отримання ін'єкції жінка повинна утриматися від статевих зносин або використовувати бар'єрні методи.

Імплантати	Імплантат вводиться на протязі перших 7 днів від початку наступного оваріально-менструального циклу. Протягом інтервалу часу до введення імплантату жінка повинна утриматися від статевих зносин або використовувати бар'єрні методи.
ВМК	ВМК вводиться після відновлення нормальної менструації. Протягом інтервалу часу до введення ВМК жінка повинна утриматися від статевих зносин або використовувати бар'єрні методи. Якщо жінка обрала ВМК для довготривалої контрацепції і дозволяє час, замість прийому ТЕК їй може бути одразу введений ВМК.
Природні методи планування сім'ї	Природні методи планування сім'ї можуть бути використані після першого нормального оваріально-менструального циклу, що розпочався після застосування ТЕК. У проміжний період часу слід користуватися бар'єрними методами контрацепції.
Жіноча або чоловіча стерилізація	Операція може бути проведена тільки після отримання поінформованої згоди пацієнта, який має вичерпну інформацію щодо методів контрацепції. Прийняття такого рішення повинно бути зваженим і у спокійних умовах, чому не сприяє факт використання ТЕК (напруження, тривога, стрес). Слід відкласти стерилізацію до настання першого менструального циклу, щоб впевнитися, що жінка не вагітна. До проведення стерилізації жінка повинна використовувати бар'єрні методи контрацепції або утриматися від статевих зносин.

4.7. Медичні критерії прийнятності Всесвітньої Організації Охорони здоров'я в аспекті використання таблеток екстреної контрацепції

Медичні критерії прийнятності, про які йдеться в цьому підрозділі, покликані забезпечити адекватні межі безпеки при використанні методів контрацепції.

Будь-який стан, від якого залежатиме вибір методу контрацепції, можна віднести до однієї з чотирьох категорій:

Категорія 1: стани, за яких немає жодних обмежень до застосування методу (метод можна використовувати без обмежень).

Категорія 2: стани, за яких переваги від застосування методу зазвичай перевищують теоретичний або підтверджений ризик (у більшості випадків метод може використовуватися).

Категорія 3: стани, за яких теоретичний або підтверджений ризик зазвичай перевищує переваги від використання цього методу (метод не рекомендується застосовувати, окрім випадків, коли більш прийнятний метод є недоступним або не може бути використаний).

Категорія 4: стани, що становлять неприйнятно високий ризик для пацієнтки при використанні цього методу (метод не повинен застосовуватись)

Медичні критерії прийнятності, остання редакція яких була опублікована у 2004 році (українською мовою — у 2006 році) розповсюджуються тільки на комбіновані ТЕК (використання КПК за методом Юзпе) та ЛНГ-ТЕК, оскільки по цими режимами накопичена значна доказова база в публікаціях щодо результатів широкомасштабних клінічних досліджень. Як вже зазначалось, група експертів ВООЗ вважає ці два режими високоефективним, котрі при правильному використанні протягом 72 годин після незахищеного статевого контакту можуть попередити не менше 75% непланованих вагітностей. В аспекті переносності та частоти побічних ефектів, що можуть викликати комбіновані ТЕК та ЛНГ-ТЕК, другі мають переваги над першими, причому, на думку експертів, монорежим прийому ЛНГ-ТЕК має переваги над подвійним режимом, коли існує вірогідність того, що жінка забуде прийняти другу дозу ЛНГ [53, 102, 162, 201].

Критерії прийнятності використання ТЕК наводяться в табл. 5:

Таблиця 5. Медичні критерії прийнятності використання ТЕК
(Джерело: Medical eligibility criteria for contraceptive use; Third edition, 2004, WHO, Geneva)

Стан	Категорія
Вагітність	н/в*
Годування грудьми	1
Ектопічна вагітність в анамнезі	1
Тяжкі серцево-судинні захворювання в анамнезі* (Ішемічна хвороба серця, інсульт, інші тромбоемболічні стани)	2

Стенокардія*	2
Мігрень*	2
Тяжкі захворювання печінки* (в тому числі що супроводжуються жовтяницею)	2
Повторне застосування ТЕК	1*
Згвалтування*	1

н/в — не використовується

Коментарі:

**Вагітність:* хоча цей метод не показаний для жінок з встановленою чи підозрюваною вагітністю, випадків негативного впливу ТЕК на здоров'я жінки, перебіг її вагітності, або стан плода при їх випадковому прийомі не зафіксовано.

**Повторне застосування ТЕК:* повторне застосування ТЕК є вказівкою на те, що жінка потребує консультації стосовно інших методів контрацепції. Часте багаторазове застосування ТЕК може бути шкідливим для жінки, стани якої класифіковані за 2, 3 або 4 категоріями медичних критеріїв прийнятності для застосування КПК, ПТП або КІК.

**Тяжкі серцево-судинні захворювання в анамнезі:* тривалість застосування ТЕК є меншою, ніж тривалість регулярного прийому КПК або ПТП, тому їх клінічний вплив буде меншим.

**Стенокардія:* тривалість застосування ТЕК є меншою, ніж тривалість регулярного прийому КПК або ПТП, тому їх клінічний вплив буде меншим.

**Мігрень:* тривалість застосування ТЕК є меншою, ніж тривалість регулярного прийому КПК або ПТП, тому їх клінічний вплив буде меншим.

**Тяжкі захворювання печінки:* тривалість застосування ТЕК є меншою, ніж тривалість регулярного прийому КПК або ПТП, тому їх клінічний вплив буде меншим.

**Згвалтування:* У разі згвалтування жодних обмежень для застосування ТЕК немає.

В Україні на основі рекомендацій ВООЗ та досвіду служби планування сім'ї розроблений клінічний протокол з акушерської та гінекологічної допомоги «Планування сім'ї», до складу якого входить алгоритм надання послуг з ЕК (додаток 1) [10, 41].

5. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА РЕГУЛЯТОРНІ ЗАСАДИ ЕКСТРЕНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА УКРАЇНА

Проблема ЕК має в собі не тільки медичне підґрунтя. Паралельно із розробкою і впровадженням в клінічну практику методів і режимів ЕК, що саме по собі мало революційне значення у плануванні сім'ї, і, відповідно, швидким зростанням популярності цього методу, — перед системами охорони здоров'я у всьому світі постав ряд питань іншого, організаційного та регуляторного характеру:

- Як забезпечити доступність ЕК (цінову, фізичну, територіальну тощо) для всіх жінок, які її потребують?
- Як забезпечити коректне використання жінками ЕК?
- Як попередити зловживання цим методом і хибне його тлумачення з боку споживачів?
- Як забезпечити вільний вибір на основі поінформованої згоди, та пріоритет регулярних методів контрацепції над ЕК?
- Як підготувати і надавати високоякісну інформацію для фахівців?
- Як врахувати етичні та релігійно-етнічні аспекти в ході популяризації методу ЕК в кожній з країн?
- Яку інформацію слід надавати споживачам, в якій формі і коли?

Для відповіді на ці та інші питання, а також методологічної та інформаційної підтримки систем охорони здоров'я, був створений Міжнародний консорціум з невідкладної контрацепції (МКНК), що об'єднав спільні зусилля систем охорони здоров'я в різних країнах світу та впливових міжнародних організацій — задля підвищення обізнаності та використання засобів ЕК як розумної альтернативи абортів.

В цьому розділі будуть висвітлені питання засад діяльності МКНК, впливу міжнародних організацій на популяризацію ЕК в світі, ролі виробників ТЕК, політики та практики систем охорони здоров'я у різних країнах світу щодо покращення обізнаності та доступності засобів ЕК, доцільності безрецептурного відпуску (ОТС) ТЕК з аптек, регуляторних засад ЕК та ринку ТЕК в різних країнах, організаційних, регуляторних засад ЕК та ринку ТЕК в Україні, а

також запропоновані конкретні шляхи щодо вдосконалення надання послуг з ЕК споживачам та покращення обізнаності та доступності цих засобів в Україні.

Як зазначалось раніше, в ряді країн світу та в Україні найбільшу популярність набули режими ЕК з використанням ЛНГ-ТЕК, тому при аналізі ринку, розгляді організаційних та регуляторних аспектів поширення методу ЕК, основна увага буде зосереджена на ЛНГ-ТЕК. На жаль, існують тільки поодинокі наукові повідомлення стосовно кількісної оцінки застосування КПК в режимі ЕК (за методом Юзпе) та випадків встановлення ВМК з метою ЕК, в той час як у кількісних дослідженнях фармацевтичного ринку взагалі неможливо диференціювати долі циклів КПК або одиниць ВМК, застосованих в режимах ЕК.

5.1. Діяльність Міжнародного консорціуму з невідкладної контрацепції та роль міжнародних організацій у популяризації невідкладної контрацепції в країнах світу. Роль виробників засобів екстреної контрацепції

5.1.1. Міжнародний консорціум з невідкладної контрацепції

У 1995 році в місті Белладжіо (Італія) з ініціативи та за сприяння Фонду Рокфеллера була проведена міжнародна конференція та експертна рада, присвячені проблемі ЕК. Експерти, розглянувши досвід застосування цього методу в різних країнах світу, дійшли висновку що велика частина небажаних вагітностей могла би бути попереджена шляхом розширення доступу споживачів до ЕК. Це має особливе значення для країн, що розвиваються, де має місце заборона абортів, а також небезпечні аборти посідають значне місце серед причин смерті жінок репродуктивного віку.

Невдовзі після конференції в Белладжіо, сім впливових міжнародних організацій, які займаються питаннями охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, підписали меморандум про створення Міжнародного консорціуму з невідкладної контрацепції. Цими організаціями були:

1. Concept Foundation — Міжнародна організація, що сприяє забезпеченню потреб суспільства в сфері репродуктивного здоров'я на альтернативних засадах по відношенню до державних установ. Основна активність зосереджується на країнах, що розвиваються;

2. IPPF — Міжнародна федерація з планування сім'ї, яка координує зусилля 151 асоціації з планування сім'ї країн — членів, а також мільйонів волонтерів у 183 країнах світу з покращення послуг у сфері планування сім'ї, сексуального та репродуктивного здоров'я;

3. Pacific Institute for Women's Health — Міжнародна організація, що впроваджує інформаційну та методичну підтримку організаціям-волонтерам, навчальним установам, та фахівцям охорони здоров'я для проведення тренінгів з планування сім'ї серед жінок та дівчат-підлітків;

4. PATH — Програма належних технологій в охороні здоров'я — міжнародна неприбуткова організація, що розробляє і впроваджує нові стандарти і алгоритми для систем охорони здоров'я в різних країнах світу відповідно до передового досвіду та засад доказової медицини;

5. Pathfinder International — міжнародна організація, яка працює більше, ніж в 20 країнах світу (країни Африки, Латинської Америки та Близького Сходу) у сфері репродуктивного здоров'я, співпрацюючи з державними установами і розвиваючи надання послуг з планування сім'ї, профілактики ВІЛ/ СНІДу, консультування та навчання підлітків, безпечного абортів та профілактики його ускладнень тощо;

6. Population Council — Рада народонаселення — здійснює біометричні дослідження в сфері охорони здоров'я, відстежує тенденції у демографічних змінах в різних країнах під впливом медико-соціальних програм, в тому числі і в сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї;

7. WHO, Special Program of Research, Development and Training in human reproduction (HRP) — ВООЗ, Спеціальна програма досліджень, розвитку та навчання у сфері репродукції людини (програма з репродуктивного здоров'я ВООЗ) — ставить за мету об'єднання зусиль керівників охорони здоров'я, науковців, клініцистів, споживачів та суспільні організації — заради оптимізації надання послуг в сфері охорони репродуктивного здоров'я.

Діяльність цих авторитетних міжнародних організацій в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення різних країн здійснювалась ще задовго до створення МКНК, але не було єдиних зв'язаних стратегії та політики, які б змогли: а) забезпечити обізнаність споживачів стосовно наявності методу ЕК та його можливос-

тей; б) покращити знання медичних працівників та їх практичні навички для надання якісних послуг, пов'язаних з ЕК; в) створити необхідні передумови для вільного доступу споживачів до засобів ЕК.

Місія МКНК полягає у забезпеченні широкого доступу до засобів ЕК та їх безпечного використання в різних країнах світу відповідно до існуючих умов та традицій в широкому контексті програм планування сім'ї та репродуктивного здоров'я з особливим акцентом на країни, що розвиваються.

На першому етапі сім організацій — фундатори МКНК зосереджували свою увагу на розповсюдженні спеціально призначених для ЕК препаратів у окремих країнах, що розвиваються. Слід зазначити, що нагальною проблемою цих країн в середині 90-х років ХХ сторіччя була відсутність знань у медичних працівників щодо правильного застосування засобів ЕК, хоча на ринках вже були наявні КПК, а надалі — і ЛНГ-ТЕК. Першими, «показовими» країнами в цьому сенсі були Кенія, Індонезія, Шрі-Ланка та Мексика, які отримали гуманітарну допомогу у вигляді спеціально запакованих КПК для ЕК, вичерпні інструкції для споживачів щодо застосування ЕК, а також навчання медичних фахівців для надання якісних послуг з ЕК.

По мірі збільшення інтересу до методу ЕК та до діяльності МКНК, до складу останнього долучились нові учасники — біля 30 регіональних та міжнародних організацій, які наразі працюють над забезпеченням безперешкодного доступу жінок до всіх наявних засобів ЕК.

МКНК має наступні цілі:

- Відігравати роль авторитетного джерела інформації з ЕК;
- Пропагувати розширений доступ до засобів ЕК та їх безпечне коректне використання;
- Відігравати роль форуму стратегічного планування у питаннях надання послуг з ЕК та розповсюдження інформації;
- Проводити підготовку персоналу і сприяти налагодженню комунікацій між різними установами та організаціями;
- Сприяти обміну інформацією та спілкуванню між членами Консорціуму та іншими групами, що працюють на ниві розповсюдження знань та забезпечення доступу до методу ЕК;
- Сприяти встановленню партнерських відносин між державними організаціями та приватними установами, що покли-

кані забезпечити широкий загал жінок у всьому світі високоякісними засобами ЕК за доступною ціною;

- Працювати над розробкою і популяризацією нових безпечних та ефективних засобів ЕК.

МКНК надає інформаційну, методологічну на аналітичну підтримку державним установам та всім зацікавленим недержавним організаціям (навчальним, науковим, клінічним, фармацевтичним, правовим, релігійним) у всьому світі, для чого сприяє створенню регіональних консорціумів або інформаційних мереж, щоб приділяти більше уваги питанням, що актуальні для кожного з регіонів. В рамках МКНК існує 3 регіональних Консорціуми: країн Африки, Латинської Америки та Азії; і 2 інформаційні мережі: для країн Арабського регіону та Східної Європи (в тому числі, — і нових незалежних держав) [134].

5.1.2. Роль міжнародних організацій у популяризації екстерної контрацепції в країнах світу

Питання охорони репродуктивного здоров'я і, зокрема, застосування методу ЕК, виходять далеко за межі медичного простору і актуальні для всіх без виключення країн світу, маючи у собі соціальні, етичні, психологічні, економічні, демографічні та інші аспекти. Тому зрозумілою є зацікавленість впливових міжнародних організацій, професійних асоціацій в сфері охорони здоров'я, громадських організацій, благодійних фондів, релігійних угруповань, та інших суспільних інституцій у вирішенні питань охорони репродуктивного здоров'я і в тому числі, — ЕК [22, 24]. Розгляд цих питань на міжнародному рівні, дає змогу підійти до їх вирішення системно, використовуючи багатий досвід інших країн.

Значення міжнародних організацій у вирішенні питань щодо застосування методу ЕК полягає в наступному:

1. Актуалізація та інформування щодо методу ЕК;
2. Координація клінічних досліджень та систематизація науково-доказової інформації на світовому рівні;
3. Стандартизація режимів ЕК та підготовка єдиних міжнародних рекомендацій стосовно застосування методу ЕК;
4. Гуманітарна допомога країнам, що розвиваються (надання безкоштовних упаковок ТЕК, фінансова підтримка для пільгового забезпечення тощо);

5. Рекомендації системам охорони здоров'я країн та регуляторна підтримка (рецептурний чи безрецептурний статус ТЕК в країні, дозволені шляхи популяризації методу в країні, тощо).

Як вже зазначалось, на міжнародному рівні у вирішенні фактично всіх питань, пов'язаних із застосуванням методу ЕК, повідну роль відіграє МКНК. За підтримки організацій-членів, МКНК здійснює всі вище зазначені функції [134].

Далі будуть висвітлені позиції та рекомендації впливових міжнародних організацій щодо порядку застосування методу ЕК.

Міжнародна Федерація гінекології та акушерства (FIGO) опублікувала наступні рекомендації:

- 1) Ранній доступ до гормональних методів ЕК належним чином зменшує ризик для здоров'я жінки. Отже, медичні фахівці повинні забезпечувати кращу доступність до засобів ЕК у разі їх необхідності, і надавати вичерпну інформацію споживачам щодо застосування цього методу;
- 2) З медичної точки зору, ЕК не може бути прийнятним методом для регулярного використання. Лікарі повинні бути переконливими та усвідомлювати необхідність точного висвітлення показань та меж застосування ЕК, для запобігання регулярного використання цього методу;
- 3) Доступ до засобів ЕК має бути провідним компонентом невідкладної допомоги жінкам, котрі зазнали насилля, або не бажають бути вагітними після незахищеного статевого контакту. Підлітки у силу їх суспільної незахищеності формують окрему групу, для якої засоби ЕК мають бути легко доступними [98, 134].

Експерти **ВООЗ** неодноразово наголошували і наголошують на максимальній доступності засобів ЕК і використанні їх у всіх випадках, коли вагітність є небажаною. У директиві № 244 (опублікована у жовтні 2005 року) вказується, що «..кожна жінка репродуктивного віку може потребувати ЕК у кожному випадку, коли слід попередити небажану вагітність...» [134, 161, 201].

Перед Радою Експертів ВООЗ у жовтні 2004 року було поставлене запитання: чи може жінка завчасно придбати ТЕК, щоб мати необхідний захист від небажаної вагітності у разі незахищеного статевого контакту. Експерти дали ствердну відповідь, зауваживши, що у деяких країнах ТЕК відсутні у вільному продажу; у цьому

випадку лікар може виписати рецепт для того, щоб жінка придбала ТЕК завчасно. Фактичні дані з високим рівнем доказовості свідчать, що вірогідність застосування ТЕК є вищою, якщо жінка, у якої мав місце статевий контакт без використання презервативу, має запас цих засобів. Наявність такого запасу не впливає на характер користування засобами планової контрацепції, не збільшує частоту застосування ТЕК або частоту незахищених статевих контактів [98, 114, 120, 166, 177, 178, 188, 199, 201].

Наведені висновки експертів стали підставою для включення ЛНГ-ТЕК до Переліку ВООЗ основних (життєво необхідних) лікарських засобів (EML). Відповідно до останньої, п'ятнадцятої редакції цього документу, яке побачило світ у березні 2007 року, ЛНГ-ТЕК для подвійного режиму ЕК (2 таблетки по 0,75 мг кожна) і для моно-режиму ЕК (1 таблетка 1,5 мг ЛНГ) входять до Переліку. Попереднє видання (березень 2005 року) не містило в Переліку таблетки 1,5 мг ЛНГ [144, 160].

Фонд народонаселення ООН (UNFPA) виділяє питання, пов'язані з ЕК, серед кола питань, що задаються найчастіше і зазначає, що жінки мають право на інформацію та надання послуг, пов'язаних з ЕК, в рівній мірі як і з іншими безпечними та ефективними засобами планування сім'ї [154].

Американська Педіатрична Академія (AAP) визнає факт, що покращення доступності та обізнаності щодо засобів ЕК не змінює рівня сексуальної активності або кількості незахищених статевих контактів серед підлітків. Тому, AAP підтримує всі заходи з покращення доступності ЕК для підлітків, в тому числі впровадження безрецептурного відпуску засобів ЕК та подолання перешкод у наданні консультативної допомоги підліткам службами планування сім'ї (прес-реліз AAP від 1.09.2005 р.).

Аналогічною є думка членів Спільки підліткової медицини (SAM), яка висвітлена у окремому листі [130].

Американський Коледж акушерства та гінекології (ACOG) повністю підтримує доступність засобів ЕК. В грудні 2005 року в журналі «Акушерство і гінекологія» ACOG опублікував практичне керівництво для клініцистів з ЕК, вся інформація в якому базувалась виключно на науково-доказовій інформації та експертних оцінках. ACOG наголошує на своїй позиції щодо вільного доступу до засобів ЕК без призначення лікаря для всіх жінок репродуктивного віку. ACOG рекомендує лікарям акушерам-гінекологам завчасно

виписувати засоби ЕК для жінок репродуктивного віку, задовго до того моменту, коли ці засоби стануть їм у нагоді (прес-реліз від 29.08.2005 р.) [129].

Члени **Міжнародної Федерації планування сім'ї (IPPF)** висловлюють побажання, щоб ЕК була доступною та ширше могла застосовуватися європейцями, у зв'язку з тим, що, по-перше, метод є високоефективним, простим у застосуванні і супроводжується мінімумом побічних ефектів; по-друге, метод надає можливість попередити небажану вагітність; по-третє, наразі існує можливість придбати і використовувати ефективні та безпечні посткоїтальні засоби [152].

Слід зазначити, що позиція впливових міжнародних організацій стосовно доступності засобів ЕК відіграла провідну роль у зміні статусу цих засобів у ряді країн: вони стали відпускатися без рецепту лікаря, або рекомендуватися споживачам провізорами аптек; також були переглянуті засади надання консультативної допомоги службами планування сім'ї. Наприклад, в серпні 2006 року FDA (Комісія з контролю за якістю ліків та харчових продуктів США) на основі науково-доказової інформації та висновків авторитетних експертів з ACOG, FIGO, WHO, SAM, AAR, IPPF, переглянула статус препарату Plan-B (подвійна доза ЛНГ) та дозволила його відпуск із аптек без рецепту лікаря (OTC-статус) [140, 184].

5.1.3. Роль виробників засобів екстреної контрацепції у популяризації цього методу на світовому рівні

Будь-який виробник продуктів у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї зацікавлений в актуалізації потреби попереджувати незаплановану вагітність і максимальному охопленні проміжних та кінцевих споживачів інформацією про можливість використання різних методів та засобів контрацепції. В цьому аспекті виробники контрацептивних товарів представляють дуже важливий сегмент у охороні репродуктивного здоров'я населення. Роль цього сегменту, або як його ще називають у спеціалізованій літературі, — приватного (комерційного) сектору, може бути обумовлена наступними напрямками діяльності:

- Інформаційним
- Соціально-маркетинговим
- Аналітичним
- Благодійним

- Логістичним
- Реєстраційним

Інформаційний напрямок діяльності виробників контрацептивних засобів має найбільше значення в силу особливої специфіки товарів для охорони репродуктивного здоров'я. Як вже зазначалось, застосування цих товарів має не тільки медичний, але й соціальний та психологічний аспекти, ставить за мету профілактику, а не лікування. Таким чином, перед виробниками контрацептивних товарів постає необхідність визначення цільових груп для надання інформації, підготовки інформаційних повідомлень, вибору методів та каналів передачі інформації до цільових груп, організації зворотного зв'язку та інших заходів, які б могли:

- по-перше, актуалізувати необхідність користуватися засобами та методами планування сім'ї,
- по-друге, спонукати до поінформованого вибору того чи іншого засобу або методу,
- по-третє, забезпечити вибір та вільне використання конкретного продукту або методу. Складові інформаційної роботи у сфері репродуктивного здоров'я розглядатимуться в наступному розділі.

Слід зазначити, що у ряді країн світу саме завдяки спланованій інформаційній роботі виробників контрацептивних товарів серед цільових груп вдалося покращити ситуацію із застосуванням сучасних методів попередження небажаної вагітності, а саме презервативів та гормональних засобів (у тому числі ТЕК), причому така робота часто проводилась у автономному режимі, без співпраці або належної підтримки з боку державного та суспільного секторів [13, 94, 134, 155]. За думкою експертів Програми партнерства у приватному секторі USAID (PSP-*One* USAID), інформаційна робота представників приватного сектору в автономному режимі може мати як позитивні, так і негативні складові. Останні пов'язані з наданням недостовірної, некоректної або упередженої інформації, що може формувати хибне уявлення про конкретний метод або засіб планування сім'ї, і, як наслідок, спричинити неправильне його використання; безпосереднім наданням інформації проміжним або кінцевим споживачам щодо контрацептивних засобів, які можуть відпускатися тільки за рецептом лікаря; іншими випадками недобросовісного інформування цільових груп з питань охорони репродуктивного здоров'я [94, 155].

В цілому, інформаційний напрямок роботи представників приватного (комерційного) сектору повинен здійснюватися у тісній співпраці та за підтримки державного та суспільного секторів. Наразі він є визначальним для підвищення обізнаності споживачів та медичних працівників з питань планування сім'ї, що, відповідно, забезпечить збільшення показника користування сучасними методами та засобами планування сім'ї.

Соціально-маркетинговий напрямок діяльності виробників контрацептивних товарів реалізується на основі довготривалих домовленостей з державними та недержавними організаціями щодо особливих умов реалізації контрацептивних товарів у країні в цілому або окремому регіоні. Такі домовленості можуть стосуватись умов, коли контрацептиви відпускаються споживачам за меншою ціною, або взагалі на безоплатній основі, а вартість (або собівартість) контрацептивних товарів при цьому можуть бути компенсовані за рахунок різних джерел фінансування (як державних, так і недержавних — благодійних фондів, соціальних фондів, банківських кредитів, пожертвувань). У деяких випадках виробник може змінювати свою цінову політику, надавати знижки, поставляти контрацептивні товари у спеціальних упаковках та формах випуску, тощо.

Основна мета соціально-маркетингових заходів — забезпечення максимальної доступності контрацептивних товарів для соціально незахищених верств населення або для споживачів, які мають особливі потреби у контрацептивних засобах, наприклад, для молоді, багатодітних родин, або жінок, яким вагітність абсолютно протипоказана. Ці споживачі за призначенням медичних працівників на пільговій основі можуть придбати необхідний запас контрацептивних засобів в аптеках, або отримувати їх безкоштовно у лікувальних закладах [94, 134, 168].

Неодмінними умовами повноцінної діяльності представників приватного сектору в сфері СМ є:

- а) наявність дієвих алгоритмів та стандартів надання допомоги службою планування сім'ї;
- б) пропонування виробниками контрацептивних товарів з оптимальним співвідношенням ціни та якості;
- в) унікальність та незамінність контрацептивних товарів або методів;

г) наявність джерел фінансової компенсації або можливостей з боку всіх сторін (а не тільки виробника) виконувати свої зобов'язання у програмах СМ [117,185, 203, 204].

Аналітичний напрямок діяльності приватного сектору полягає у зборі та аналізі інформації щодо ринку контрацептивних засобів у всій країні та окремих її регіонах, протягом певного відрізка часу, у порівнянні або динаміці, а, отже, вирахуванні широкого спектру показників та формулюванні відповідних тенденцій на цьому ринку. Систематична робота з такою інформацією потрібна для повноцінного планування своєї діяльності.

Благодійний напрямок діяльності виробників передбачає надання фінансової або гуманітарної допомоги з метою забезпечення споживачів контрацептивними засобами на безоплатній основі. Ці заходи можуть здійснюватись одноразово або систематично, вони спрямовані у першу чергу по відношенню до країн, що розвиваються, з низьким рівнем доходу громадян. Разом з тим, якщо мова йде про інноваційний метод або засіб планування сім'ї, який виробник має намір вперше презентувати на ринку, медичним працівникам можуть передаватися безкоштовні зразки контрацептивних товарів з метою набуття ними клінічного досвіду.

Досвід багаторічної діяльності впливових міжнародних організацій та виробників у країнах, що розвиваються (Конго, Гана, Уганда та інші країни африканського континенту, Бразилії, Перу, деяких країнах Азії) вказує, що благодійна діяльність, що спрямована на забезпечення широких верств населення безкоштовними засобами запобігання незапланованій вагітності:

– по-перше, сприяла покращенню ситуації з абортами, їх ускладненнями та, відповідно, материнською смертністю, ПСШ (презервативи);

– по-друге, стала пусковим фактором для розвитку власних контрацептивних ринків у цих країнах [107, 116, 194].

Логістичний напрямок діяльності виробників обумовлюється необхідністю забезпечувати ринковий попит відповідною кількістю контрацептивних товарів та формувати їх перехідні запаси. Цей напрямок передбачає планування та контроль товарних потоків, починаючи від виробництва і закінчуючи наявністю контрацептивних засобів у аптеках або лікувальних закладах. Як правило, будь-який виробник налагоджує партнерські відносини з дистриб'юторами та аптечними мережами, які забезпечують поставку, зберігання, роз-

поділ між регіонами, транспортування та реалізацію контрацептивних товарів. Слід зазначити, що логістична діяльність у випадках, коли кінцевою ланкою виступає аптечна установа та лікувальний заклад, має суттєві відмінності, що може визначатися засадами, на яких контрацептивні товари надходять до споживачів (на комерційній основі за повну вартість, за програмами СМ, або у вигляді благодійної допомоги) [94, 134, 168].

Реєстраційний напрямок діяльності виробників характеризується заходами, спрямованими на отримання дозволів від регуляторних органів щодо медичного застосування лікарських засобів в конкретній країні, а також їх обігу та реалізації з аптекних установ. Більшість контрацептивних продуктів, в тому числі ТЕК, в процесі реєстрації в конкретній країні проходять низку процедур, встановлених законодавством цієї країни. Контрацептивні продукти можуть бути зареєстровані як лікарські засоби, або як засоби медичного призначення (наприклад, презервативи). Також, реєстраційні документи визначають яким чином засіб може відпускатися з аптек: за рецептом лікаря, або без нього (ОТС). Зазначені характеристики відіграють провідну роль у тому, наскільки контрацептивні товари будуть доступними для споживачів у кожній конкретній країні.

Для отримання дозволу (реєстрації) на застосування та реалізацію лікарських засобів або продуктів медичного призначення виробники або уповноважені ними генеральні дистриб'ютори готують і подають до регуляторних органів виробничу, аналітичну та клінічну документацію, яка розглядається профільними експертами, після чого робляться висновки щодо відповідності засобів вимогам належних практик (GMP, GCP, GDP, GLP тощо) або прийнятим в країні стандартам, і, відповідно, — можливості застосування цих засобів в медичній практиці [1,139, 140].

Як правило, виробник самостійно приймає рішення щодо реєстрації лікарських засобів або продуктів медичного призначення в конкретній країні, виходячи з ринкових перспектив, можливих шляхів розвитку цих продуктів, а також всіх витрат, які будуть пов'язані з процесами реєстрації, логістики та промоції. В той же час, процес реєстрації лікарських засобів в конкретній країні можуть ініціювати державні установи, наукові інституції та клінічні заклади, які особливо зацікавлені в наявності конкретних засобів в країні та їх використанні. У випадку країн, що розвиваються, не-

абияку роль в процесі реєстрації можуть відігравати впливові міжнародні організації та недержавні структури (наприклад, Concept Foundation), які можуть укладати з виробниками спеціальні домовленості стосовно реєстрації та дистрибуції [134].

Таким чином, виробник забезпечує появу в конкретній країні своєї продукції шляхом реєстрації. Наявність реєстраційного посвідчення (свідоцтва, полісу, сертифікату) яке видається виробнику відповідно до наказу регуляторного органу, — є підставою:

а) для застосування продукту в медичній або профілактичній практиці конкретної країни;

б) для ввозу продукту в країну;

в) для обігу та реалізації продукту в гуртово-роздрібній мережі (аптеки, дистриб'ютори);

г) для надання інформації з продукту медичним працівникам і/або споживачам.

Всі напрямки діяльності приватного (комерційного) сектору у повній мірі можуть бути простежені на прикладі провідного виробника засобів ЕК в світі — хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» (Будапешт, Угорщина). В Україні зареєстровані два засоби для ЕК виробництва «Ріхтер Гедеон» — Постинор (2 таблетки по 0,75 мг ЛНГ кожна) та Ескапел (1 таблетка 1,5 мг ЛНГ).

Виробництво стероїдних субстанцій стало пріоритетним напрямком виробництва з перших років діяльності підприємства, яке заснував і очолив Гедеон Ріхтер. Після багаторічних досліджень у галузі стероїдної хімії, виділення гормональних субстанцій з сировини спочатку тваринного, а потім — рослинного походження, на заводі «Ріхтер Гедеон» у середині 60-х років ХХ століття побачили світ КПК першої генерації — Інфекундин та Бісекурин. З цими продуктами «Ріхтер Гедеон» став першою компанією у Східній Європі, що виробляла контрацептивні засоби.

Метод, що був розроблений на заводі у 1972 році, зробив можливим виробництво нових активних компонентів, таких як норгестрел, ЛНГ та їх похідних. У наступні роки швидкий розвиток технологій обумовив виробництво препаратів другої генерації — КПК зі зменшеною дозою гормональних компонентів. В дусі цих традицій, які покликані покращити репродуктивне здоров'я жінок, до палітри КПК долучився препарат для НК.

З початку 80-х років ХХ століття, препарат ЛНГ у вигляді таблеток по 0,75 мг став доступним в Угорщині (Ригесофт), а через

деякий час був зареєстрований під торгівельною назвою «Postinor» у інших країнах Європи. Препарат протягом 80-х років ХХ сторіччя випускався у блістерах по 10 таблеток, кожна з яких містила 0,75 мг ЛНГ.

Від своєї появи метод ЕК спочатку із застосуванням КПК за методом Юзпе, а надалі ЛНГ-ТЕК, — не набув широкого розповсюдження у силу багатьох причин. Були відсутні стандарти застосування КПК в режимі ЕК (метод Юзпе), медичні працівники не мали вичерпної інформації стосовно доз, часових інтервалів, порядку консультування споживачів щодо прийому КПК в режимі ЕК. Новий «прогестинний» режим ЕК був медичним працівникам мало відомий, оскільки ЛНГ-ТЕК були зареєстровані тільки у декількох країнах, а досвід їх застосування у жінок був обмеженим.

Одними з найперших завдань МКНК одразу після його утворення були сприяння процесам реєстрації засобів ЕК в нових країнах, а також пошук надійних партнерів серед виробників і/ або дистриб'юторів, які б погодилися поставляти продукти для ЕК у спеціальних упаковках та представляти їх на фармацевтичних ринках ряду країн за фіксованими та доступними цінами. Таким партнером став угорський хімічний завод «Ріхтер Гедеон».

У середині 90-х років ХХ сторіччя препарат під торгівельною назвою Postinor-2 випускався в спеціальних упаковках, розрахованих на один випадок НК — по 2 таблетки, кожна з яких містила 0,75 мг ЛНГ. Як зазначалось вище, першими країнами, в яких був зареєстрований Postinor-2 і до яких препарат надійшов у вигляді благодійної допомоги, були Кенія, Індонезія, Шрі-Ланка та Мексика. Надалі в цих країнах були простежені позитивні зміни у показниках абортів серед жінок репродуктивного віку, збільшилася кількість користувачів не тільки методом ЕК, але й сучасними методами планової контрацепції. Наразі населення цих країн забезпечується продуктами ЕК на комерційних засадах і засадах соціального маркетингу [134].

Сьогодні, завдяки активності «Ріхтер Гедеон» на міжнародному рівні, а також підтримці з боку ВООЗ в аспекті популяризації методу ЕК, та укладеним домовленостям з МКНК (Concept Foundation) стосовно цінової доступності в лікувальних закладах та аптеках, препарат Postinor-2 є пріоритетним для ЕК у 42 країнах світу, в 7 з яких він відпускається без рецепту лікаря. Concept Foundation та інші організації-члени МКНК розглядають «Ріхтер

Гедеон» як стратегічного партнера в аспекті поширення засобів ЕК в інших країнах світу, сприяючи переговорам щодо реєстрації та цінової політики між державним/ недержавним сектором та виробником (його представництвами та генеральними партнерами).

У табл. 6 наводиться інформація щодо торговельних назв та статусу препаратів виробництва «Ріхтер Гедеон» на основі чистого ЛНГ у різних країнах світу [18].

Таблиця 6. Торговельні назви препаратів виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» на основі чистого левоноргестрелу у різних країнах світу (корпоративні дані угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон»)

Назви препаратів	Країни, в яких препарати доступні на фармацевтичному ринку
Escapel***	Перу
Escapelle***	Болгарія**, Естонія**, Латвія**, Литва, Росія, Словаччина, Угорщина, Україна
Levogynon	Німеччина
Levonelle	Велика Британія*, Ірландія, Іспанія, Італія, Нова Зеландія**, Португалія**
Levonelle-2	Австралія , Велика Британія
Levonelle One Step***	Велика Британія*
Plan B	Канада**, США**
Postinor 1***	Антильські острови і Аруба, Домініканська республіка, Нідерланди
Postinor	Австрія, Азербайджан, Білорусь, Вірменія, Греція, Грузія, Данія**, Ісландія, Іспанія, Казахстан, Киргизія, Куба, Люксембург, Малайзія, Молдова, Монголія, Нігерія, Норвегія, Португалія**, Росія, Таджикистан, Таїланд, Туркменистан, Узбекистан, Україна , Фінляндія
Postinor-2	Австралія**, Албанія, Аргентина, Бангладеш, Барбадос, Бельгія, Болівія, Бразилія, Венесуела, В'єтнам, Гонконг, Єгипет, Еквадор, Естонія**, Зімбабве, Ізраїль**, Індонезія, Йемен, англомовні країни Карибського басейну, Кенія, Китай**, Колумбія, Латвія**, Литва, Малайзія, Мексика, М'янма, Нова Зеландія, Перу, Португалія*, Ру-

	мунія, Сербія, Сінгапур, Словаччина**, Тайвань, Тринідад і Тобаго, Шрі-Ланка, Швейцарія, Чеська Республіка, Чилі, Чорногорія, Ямайка
Postinor-Uno	Бразилія
Postinor-2 Undosis***	Мексика
Postinor-Duo	Болгарія, Польща
Postinor 2 SD	Ямайка
Rigesoft	Угорщина

* — провізор/ фармацевт може самостійно призначати препарат

** — доступний як ОТС-засіб (без рецепту лікаря)

*** — дози для одноразового прийому

В кожній із зазначених країн співробітники «Ріхтер Гедеон» або комерційні партнери компанії проводять інформаційну роботу, спрямовану на підвищення обізнаності медичних працівників та споживачів стосовно різних аспектів застосування методу ЕК, готують та публікують відповідні інформаційні матеріали [74].

Окрім самостійного виробництва засобів ЕК, у «Ріхтер Гедеон» в цій галузі існують партнерські угоди з іншими виробниками гормональних препаратів (Johnson & Johnson, Bayer-Schering Pharma, Вагг, та іншими), які представляють на фармацевтичних ринках різних країн засоби ЕК.

У 2007 році «Ріхтер Гедеон» прогнозує виробництво більше ніж 35 мільйонів упаковок ТЕК. Найбільш перспективними ринками збуту засобів ЕК фахівці заводу вважають країни СНД, а також США (у зв'язку з погодженням FDA США безрецептурного статусу засобів ЕК в серпні 2006 року) [73, 140, 157, 184].

Сьогодні з МКНК співпрацює близько 20 виробників засобів ЕК, серед яких компанії Duopharma, Orbis, Simed, LIBRA, Asofarma, Sigma Pharma, Herbon, Nyscomed Pharma, HRA Pharma, ICON, Cipla, Urufarma, та інші виробники. Вони зареєстрували та поставили на фармацевтичні ринки більше ніж 130 країн світу принаймні один засіб для ЕК (ЛНГ-ТЕК або упаковки КПК для режиму ЕК за методом Юзпе) [134].

Таким чином, роль виробників, або приватного (комерційного) сектору, не вичерпується тільки розробкою та виробництвом засобів ЕК, але й включає в себе реєстраційну, аналітичну, інформаційну, логістичну, дистрибуційну, благодійну, соціально-маркетин-

гову та інші види діяльності, спрямованої на популяризацію методу ЕК на світовому рівні. В цьому аспекті дуже важливою є координація зусиль та співробітництво з державним та недержавним секторами.

5.2. Екстрена контрацепція в різних країнах світу: міжнародний досвід

За офіційними даними, опублікованими на Інтернет-сайті МКНК [134], станом на кінець 2006 року засоби ЕК (ТЕК) зареєстровані та наявні в 130 країнах світу (ЛНГ-ТЕК та упаковки КПК для режиму ЕК за методом Юзпе). В кожній з країн наявний хоча б один засіб для ЕК, в той час як в одній країні може бути зареєстровано від двох до п'яти засобів ЕК під різними торговельними назвами та від різних виробників. Наразі відсутня офіційна інформація про наявність та стан реєстрації будь-яких засобів ЕК у 73 країнах світу. На жаль, інформація про наявність, торговельні назви, виробників, реєстраційний статус та порядок відпуску споживачам засобів ЕК, яка міститься у базі даних сайту МКНК, є неповною.

У цьому підрозділі будуть розглянуті моделі забезпечення споживачів засобами ЕК в різних країнах світу, питання доступності засобів ЕК для споживачів та найбільш наочні приклади та конкретний досвід, характерні для окремих країн.

5.2.1. Моделі забезпечення споживачів засобами екстреної контрацепції в країнах світу

Засоби ЕК, як і ряд інших продуктів в сфері охорони репродуктивного здоров'я, можуть надаватися споживачам трьома шляхами:

1. Платним або комерційним, при якому споживачі придбають засоби ЕК в аптеках за повну вартість за рецептом лікаря або без нього;

2. Пільговим або шляхом «соціального маркетингу», коли споживачі певних категорій можуть придбати засоби ЕК у аптеках за часткову вартість, або отримувати їх у лікувальних установах на пільгових засадах. Решта вартості компенсується за рахунок бюджетних коштів держави або коштів благодійних недержавних організацій;

3. Безоплатним або благодійним («гуманітарним»), при якому засоби ЕК надаються споживачам безкоштовно.

Характеризуючи системи забезпечення споживачів засобами ЕК в різних країнах, слід диференціювати дві принципові моделі:

- Перша, моно-модель — для країни притаманний один з вище перерахованих шляхів забезпечення населення засобами ЕК. Найчастіше характерними є комерційний або безоплатний шляхи забезпечення.
- Друга, комбінована модель — для країни притаманна комбінація з двох або трьох шляхів забезпечення населення засобами ЕК.

І перша, і друга моделі можуть відігравати важливі ролі на певних етапах розвитку країн та в ході впровадження в них програм з охорони репродуктивного здоров'я. Наприклад, в бідних африканських країнах моно-модель забезпечення шляхом безоплатного надання населенню засобів ЕК через медичних працівників може розцінюватись як стратегічний крок у боротьбі з абортами та материнською смертністю [116]. В інших країнах, наприклад, деяких республіках колишнього СРСР, сьогодні також представлена моно-модель забезпечення, але виключно на основі комерційного шляху, тобто придбання споживачами засобів ЕК за повну вартість в аптеках [13, 26, 37, 71, 164].

Діяльність МКНК та впливових міжнародних організацій і проектів, що здійснюється у багатьох країнах світу, полягає у створенні саме другої, комбінованої моделі забезпечення, в якій представлені декілька шляхів надання населенню контрацептивних засобів [168]. За думкою J. L. Chambers, провідного експерта в галузі забезпечення контрацептивними товарами, радника Access International LLC «Forging Public-Private Sector Partnerships», поряд з існуванням комерційного та безоплатного шляхів, найдоцільнішим для будь-якої країни є розвиток соціально-маркетингового шляху, який, по-перше, дозволяє виділити категорії споживачів із особливими контрацептивними потребами, по-друге, раціонально використовувати ресурси, залучені у сферу охорони репродуктивного здоров'я населення і, по-третє, забезпечити належним чином курацію споживачів з боку спеціалістів служб планування сім'ї [94, 203, 206].

Міжнародний Проект PSI (Population Services International) визначає такі цілі соціального маркетингу в сфері ЕК:

- 1) Поширення інформації та формування обізнаності серед споживачів шляхом реклами та промоційної діяльності;
- 2) Навчання медичних та фармацевтичних працівників теоретичним та практичним засадам ЕК;
- 3) Забезпечення фізичної доступності засобів ЕК за рахунок дистрибуції та наявності в комерційному секторі;
- 4) Забезпечення цінової доступності засобів ЕК за рахунок формування пільгових (субсидованих) цін;
- 5) Забезпечення інформаційної доступності щодо засобів ЕК та можливостей застосування методу ЕК [155].

При розгляді комбінованої моделі забезпечення населення контрацептивними засобами і, зокрема, ТЕК, співвідношення комерційного, соціально-маркетингового та безоплатного шляхів буде різним у кожному конкретному випадку. Наприклад, в ряді африканських країн комерційний ринок знаходиться на початковому етапі розвитку, в той час як основним джерелом забезпечення засобами ЕК є благодійна (гуманітарна) допомога з боку міжнародних організацій. У країнах СНД, в тому числі і в Україні, найбільша доля (до 95%) припадає на комерційний шлях забезпечення, тобто придбання споживачами засобів ЕК за повну вартість у аптеках; безоплатне надання контрацептивів займає мінімальну частку, в той час як соціально-маркетинговий сегмент знаходиться тільки на стадії впровадження [13, 37, 59, 79, 87, 164, 168].

На рис. 6 можна бачити дві принципові моделі комбінованого забезпечення засобами ЕК: з перевагою комерційних шляхів (розвинений ринок товарів для ЕК, що реалізуються через аптечний сегмент) і з перевагою безоплатних шляхів (благодійний сегмент, що реалізується через служби планування сім'ї; у обох моделях соціально-маркетинговий шлях забезпечення займає проміжне положення, він має свої особливості у кожній конкретній країні.

Ще одним дуже важливим аспектом, який може докорінним чином визначати розвиток соціально-маркетингового сегменту в кожній конкретній країні є державна підтримка та імплементація Переліку ВООЗ основних (життєво необхідних) лікарських засобів (EML). Відповідно до 15 видання цього документу, яке побачило світ у березні 2007 року, ЛНГ-ТЕК для подвійного режиму ЕК (2 таблетки по 0,75 мг кожна) і для моно-режиму ЕК (1 таблетка 1,5 мг ЛНГ) входять до Переліку [160]. Це може бути підставою для

державних закупівель засобів ЕК, або для часткового відшкодування їх вартості споживачам.

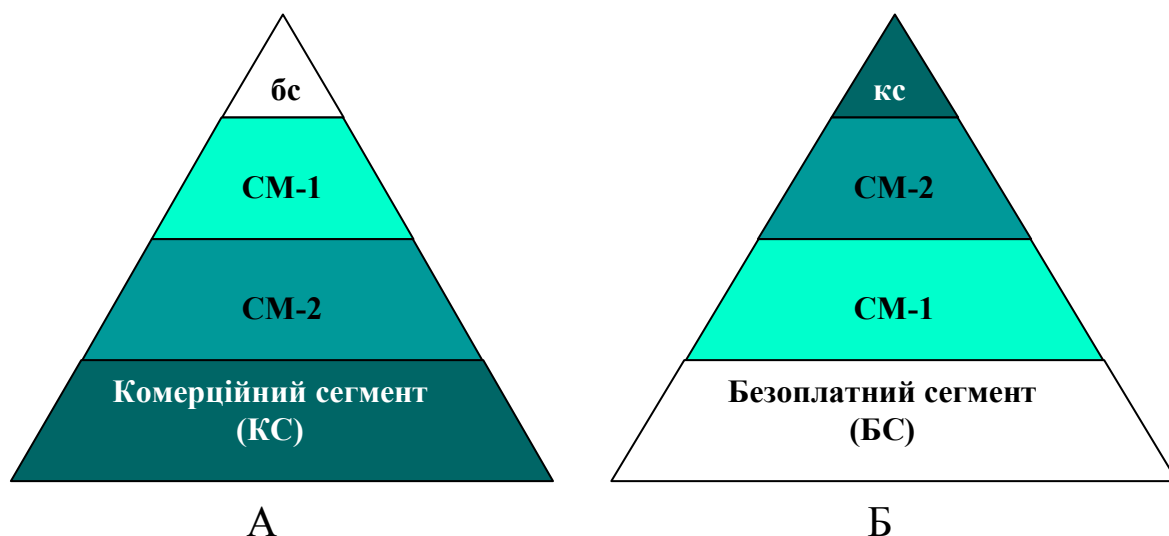


Рис. 6. Дві принципові моделі комбінованого забезпечення засобами ЕК: з перевагою комерційних шляхів (А) і з перевагою безоплатних шляхів (Б); умовне позначення: СМ-1 та СМ-2 — соціально-маркетингові шляхи забезпечення з різним ступенем пільг/відшкодувань.

5.2.2. Доступність засобів екстреної контрацепції для споживачів

Питання доступності засобів ЕК для споживачів має комплексний характер. Розглядаючи його взагалі, або по відношенню до конкретної країни, слід розуміти чинники, які визначають доступність того чи іншого продукту для споживачів. До цих чинників відносяться:

- Ціна продукту (цінова доступність);
- Фізична доступність та статус продукту в країні: рецептурний чи ОТС;
- Наявність інформації по продукту та доступність до неї (інформаційна доступність).

Цінова доступність засобів ЕК визначається такими факторами, як платоспроможністю споживачів, шляхами забезпечення, які мають місце, політикою виробників та дистриб'юторів, а також розвитком ринку та поточним попитом на засоби ЕК. Як вже зазначалось, при комерційному шляху забезпечення споживачі придбають засоби ЕК в аптечних установах за повну вартість, а соціально — маркетинговий шлях передбачає часткову оплату ними вартості засобів ЕК. Виробник відіграє провідну роль у визначенні поча-

ткової ціни на лікарські засоби. Досвід багатьох країн з перевагою комерційного шляху забезпечення контрацептивними засобами вказує, що вартість засобу ЕК (ТЕК) на один прийом вища, ніж вартість одного циклу КПК, але набагато нижча за вартість операції штучного переривання вагітності (аборту) [14, 34, 35, 37, 62, 164].

Найбільшу кількість суперечок викликають питання фізичної доступності, пов'язані з реєстраційним статусом засобів ЕК, що визначає можуть чи не можуть споживачі придбати засоби ЕК без рецептів лікарів. Питання надання засобу ЕК статусу рецептурного або ОТС — вирішується регуляторними службами кожної конкретної країни в процесі реєстрації або перереєстрації. Як правило, виробники або їх партнери, зацікавлені в наданні ОТС-статусу засобам ЕК, що автоматично розширює цільову групу споживачів, для яких засоби ЕК стають доступними в аптечних установах [173, 181]. Як вже зазначалось, впливові міжнародні організації також зацікавлені у розширенні доступу до засобів ЕК, у тому числі — за рахунок надання їм ОТС-статусу [129, 130, 134, 147, 152, 161, 201]. Натомість експерти регуляторних служб в ході розгляду цього питання можуть посилатися на структуру гінекологічної захворюваності в країні, поточний стан репродуктивного здоров'я населення, пріоритети та традиції споживачів у виборі контрацептивних засобів, етичні, культурні та релігійні фактори.

Також, слід враховувати ситуацію, коли чинні регуляторні заходи в країні не виконуються, і засоби ЕК, хоч і повинні відпускатися за рецептом лікаря, відпускаються споживачам у вільному порядку. Наприклад, у Венесуелі серед жінок, які користувалися препаратом Postinor-2, лише 5% отримали його у аптеках за призначенням (рецептом) лікаря; інші придбали препарат в аптеках самостійно. Описана ситуація схожа з Україною, оскільки у Венесуелі Postinor-2 має статус препарату, що повинен відпускатися за рецептом лікаря. Серед причин, з яких споживачі не зверталися до лікаря були: висока вартість візиту до лікаря (40% респондентів), неможливість звертання до лікаря у перші 72 години після незахищеного статевого контакту (65% респондентів), а також небажання обговорювати з лікарем свої проблеми інтимного характеру (30% респондентів) [78, 189].

У світі можна виділити чотири механізми відпуску споживачам засобів ЕК, які ґрунтуються в першу чергу на їх реєстраційному статусі в кожній конкретній країні:

1. Вільний відпуск з аптек без рецепту лікаря (ОТС);
2. Відпуск з аптек за рекомендацією/призначенням провізора (ОТС з певними умовами відпуску);
3. Відпуск з аптек за рецептом від медичного працівника (Rx або ВТС);
4. Надання засобів ЕК медичними працівниками у клініках планування сім'ї, центрах здоров'я, молодіжних центрах та у навчальних закладах — переважно на безоплатних засадах.

Вільний відпуск засобів ЕК з аптек робить ці засоби доступними для кожного, хто має намір їх самостійно придбати з метою невідкладного застосування або створення запасу на випадок потреби у НК. Це, по-перше, скорочує інтервал часу між незахищеним статевим контактом і моментом прийому ТЕК, по-друге, робить необов'язковим візит до медичного працівника та, відповідно — не потребує виділення коштів на оплату за цей візит; і, по-третє, значно розширює коло як проміжних так і кінцевих споживачів ЕК. Процес самостійного застосування засобів, що мають ОТС-статус підпадає під поняття «відповідального самолікування» та «відповідальної самопрофілактики», які були остаточно сформовані Європейською асоціацією виробників безрецептурних препаратів ще у 1994 році [131, 132, 133, 163]. За визначенням ВООЗ, самолікування та самопрофілактика — це використання пацієнтами (споживачами) лікарських засобів, які знаходяться у вільному продажу, для профілактики та лікування порушень самопочуття та симптомів, які вони розпізнають самостійно. Такі лікарські засоби можуть використовуватись також для надання допомоги членам родини [40, 61, 159]. Відповідно, провізор або фармацевт виступає єдиною особою, яка в процесі реалізації засобів ЕК може надавати кваліфіковану консультативну допомогу споживачам стосовно коректного застосування ними безрецептурних лікарських засобів і, зокрема ЛНГ-ТЕК.

У випадку низького рівня поінформованості споживачів щодо правильного використання методу ЕК, а також ненадання з боку аптекних працівників мінімальної необхідної інформації, вільний відпуск з аптек засобів ЕК може призводити до хибного тлумачення споживачами методу ЕК та його можливостей, неправильного або систематичного його використання і, як наслідок, підвищення частоти побічних ефектів [78, 191, 194].

Станом на березень 2007 року в 45 країнах світу, у тому числі — Австралії, Бельгії, Китаї, Південній Кореї, Данії, Швеції, Норвегії, Мексиці, Нідерландах, Фінляндії, Індії, Ізраїлі, США та Канаді, дозволений безрецептурний (ОТС) відпуск засобів ЕК [131, 132, 133, 134]. Сьогодні кількість таких країн збільшилась за рахунок впровадження нових директив щодо змін порядку відпуску засобів ЕК з аптек, а також імплементації висновків та рекомендацій робочої групи експертів ВООЗ (2005) щодо розширення доступу до засобів ЕК [124, 158, 159, 201]. Звертає на себе увагу, що засобам ЕК статус ОТС надається в країнах, де на високому рівні організовані інформаційно-комунікативні заходи для населення та медичних працівників. Наразі на офіційному Інтернет-сайті Європейської асоціації виробників безрецептурних препаратів (AESGP) доступна інформація щодо реєстраційного статусу активних субстанцій (інгредієнтів) у різних країнах світу [131, 132, 133].

Відпуск з аптек за рекомендацією/ призначенням провізора може розглядатися як варіант безрецептурного відпуску і також передбачає ОТС-статус засобів ЕК. У цьому випадку роль аптечних працівників значно зростає, і відповідальність за призначення споживачам засобів ЕК покладається на них відповідно до засад фармацевтичної опіки. Фармацевтична опіка — це комплексна програма взаємодії провізора та пацієнта протягом всього періоду медикаментозної терапії, починаючи від моменту відпуску лікарського засобу до повного закінчення його дії. У світлі вимог належної аптечної практики (Good Pharmaceutical Practice — GPP) термін «фармацевтична опіка» визначає окремих індивідуумів і суспільство в цілому як первинних споживачів діяльності фармацевта та суб'єктів його консультативної роботи [40, 45, 48, 57].

Цей механізм виділений окремо, тому що він також може вважатися соціально-маркетинговий шлях забезпечення споживачів засобами ЕК. Аптечні працівники можуть керуватися базами споживачів, які мають особливі контрацептивні потреби, ситуативно визначаючи наявність таких потреб і відпускати ці засоби на пільговій основі.

Відпуск з аптек за рецептом від медичного працівника (Rx або ВТС) регламентується відповідним статусом засобів ЕК. Такий механізм, по-перше, забезпечує адекватну консультативну допомогу населенню в сфері планування сім'ї, і, по-друге, попереджує неконтрольоване використання та зловживання методом ЕК з боку

споживачів. Серед недоліків, які вбачають у цьому механізмі самі споживачі, є: втрата часу, необхідність платити за візит до фахівця, а також необхідність обговорення з ним своїх проблем інтимного характеру [189].

Світовий досвід показує, що найчастіше засоби ЕК виписують лікарі загальної практики або їх асистенти (середній медичний персонал, що пройшов спеціальне навчання) [194]. У ряді країн є прийнятним телефонне консультування пацієнтів, що у разі виникнення проблеми реалізується за рахунок безпосереднього контакту зі своїм лікарем, або роботи «гарячих» телефонних ліній.

Надання засобів ЕК медичними працівниками поза аптечними установами визначає безоплатний або соціально-маркетинговий шляхи забезпечення споживачів засобами ЕК. Такий механізм впроваджений в країнах, які отримують благодійну допомогу від організацій-донорів, або в яких здійснюються державні закупівлі засобів ЕК, а при роботі соціально-маркетингового сегменту — часткове відшкодування коштів за придбані споживачами засоби ЕК. Це дозволяє належним чином здійснювати інформаційно-комунікативні заходи, особливо серед цільових груп споживачів.

До кола питань фізичної доступності відноситься також можливість створення споживачами власного запасу ТЕК для використання у разі необхідності. Більшість дослідників дійшли висновку, що створення такого запасу значно збільшує вірогідність застосування ТЕК жінками у найбільш ранньому періоді після незахищеного статевого контакту. Дослідження, яке було проведене в двох групах жінок у м. Бомбей (Індія), які мали і які не мали запасу ТЕК, показало статистично достовірну різницю у використанні ТЕК в двох групах у разі потреби (відповідно 87,2% і 56,1% жінок). В той же час, в групі, яка мала запас ТЕК, лише 63,4% жінок застосовували ці засоби правильно, а в другій групі жінки звертались до лікаря або аптечного працівника, за рахунок чого у всіх випадках (100%) мало місце правильне застосування ТЕК [92, 114]. Дуже схожі результати були отримані в ході дослідження в Бангладеш (75% жінок основної групи, які мали запас ТЕК, користувались цими засобами у разі потреби, на відміну від 47% жінок у контрольній групі) [190].

Серед підлітків при попередньому забезпеченні засобами ЕК у поведінковому аспекті не було простежено будь-яких відмінностей від дорослих жінок [188, 199]. Навіть за умов, коли у обох групах

підлітків попередньо проводилося навчання, відсутність запасу ТЕК обумовлювала застосування цього засобу в контрольній групі лише у 19% випадків, на відміну від основної групи, яка мала запас ТЕК і застосовувала їх у 85% випадків; при цьому не відмічалось змін статевої поведінки або збільшення частоти незахищених статевих контактів [98, 127]. Ще в одному дослідженні, яке також було проведене в популяції підлітків, простежений аспект застосування ТЕК у часі: у основній групі, яка мала запас ТЕК, ці засоби використовувались в середньому на 10 годин раніше, ніж в контрольній групі, яка не мала запасу ТЕК [121].

Як вже зазначалось, експерти ВООЗ у рамках систематичного огляду на питання чи може жінка мати запас ТЕК задовго до моменту, коли вони їй знадобляться, дали ствердну відповідь і рекомендували лікарям виписувати ТЕК, якщо ці засоби не мають безрецептурного статусу [201].

Ряд авторів наголошують на безпеці завчасного створення запасу ТЕК та розширення доступу споживачів до цих засобів [101, 120, 166, 177]

Питання доступності до інформації щодо засобів ЕК будуть розглянуті у шостому розділі.

5.2.3. Приклади та конкретний досвід, характерні для окремих країн світу

У бідних африканських країнах, та країнах, що розвиваються зусиллями міжнародних організацій та благодійних проєктів, ЕК у останні десятиріччя набула особливого значення у профілактиці небажаної вагітності. Це пов'язано з низкою демографічних, фінансових, епідеміологічних, політичних та інших факторів, які значним чином вплинули на стан репродуктивного здоров'я населення цих країн. До цих факторів відносяться:

- Велика кількість дітей у родинах
- Бідність, нездатність прогодувати родину
- Високий рівень материнської та дитячої смертності
- Поширення епідемії СНІД, велика кількість ВІЛ-інфікованих, вертикальна передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини
- Поширення інших ІПСШ
- Високий рівень абортів, переважно небезпечних, які часто супроводжуються ускладненнями

- Проживання в зоні військових дій та збройних конфліктів (Сьєра-Леоне, Танзанія, Бурунді, Гватемала та деякі інші країни)
- Висока злочинність, зростання кількості жертв згвалтування

Як вже зазначалось, першими, «показовими» країнами з впровадження міжнародними організаціями засад ЕК були Кенія, Індонезія, Шрі-Ланка та Мексика, які отримали від МКНК гуманітарну допомогу у вигляді спеціально запакованих КПК для ЕК, вичерпні інструкції для споживачів щодо застосування ЕК, а також навчання медичних фахівців для надання якісних послуг з ЕК. Основним шляхом забезпечення було безоплатне надання засобів ЕК медичними фахівцями всім жінкам, які потребували застосування цього методу. Надалі урядами цих країн були впроваджені регуляторні документи, які регламентували реєстрацію ЛНГ-ТЕК, їх дистрибуцію, інформаційний супровід, а в останні роки — засади забезпечення засобами ЕК через аптеки шляхом СМ [134]. В Мексиці була розроблена урядова програма регулювання народжуваності, яка також передбачала надання з 1999 року засобам ЕК статусу безрецептурних [133]. Засоби ЕК мають ОТС-статус та відпускаються з аптек за рекомендаціями фармацевта у таких країнах, як Конго, Камерун, Габон, Гвінея-Бісау, Мадагаскар, Малі, Намібія, Сенегал, Того, Шрі-Ланка та Туніс [194]. В Марокко Міністерство охорони здоров'я регламентує розповсюдження засобів ЕК тільки через медичні установи (гуманітарна допомога, частково — СМ з високою долею субсидування), натомість реєстрація в державі засобів ЕК і, відповідно, розвиток комерційного сектору затримується [134].

Заслуговує на увагу аналіз, проведений на основі різних джерел фахівцями Програми належних технологій в охороні здоров'я (РАТН) у чотирьох країнах, що розвиваються: Камбоджі, Перу, Уганді та Гані. З урахуванням вимог місцевого законодавства, регуляторних норм у охороні здоров'я, реєстраційного статусу засобів ЕК, обсягів надання гуманітарної допомоги та інших факторів були розглянуті різні шляхи регулювання фертильності у фінансовій площині. Було встановлено, що широке впровадження засад ЕК в цих країнах дозволяє знизити кількість небажаних вагітностей, а, отже, — індукованих абортів, тим самим забезпечивши економію ресурсів державного сектору охорони здоров'я. Також, фахівці відмітили, що надання засобам ЕК ОТС-статусу, покращення доступу

ності як у комерційному секторі, так і по каналах СМ, відсутність необхідності візитів до лікаря, широке інформування населення — вже через три роки призвели до суттєвого зниження рівня абортів, післяабортних ускладнень та материнської смертності, а також знизили рівень пов'язаних з цим фінансових витрат [194].

В Гані також вивчалася можливість впровадження ширшого доступу до ТЕК споживачів, які користувались сперміцидами. Дослідники дійшли висновку, що ширший доступ до ТЕК у лікувальних та аптечних закладах, а також завчасне створення запасу ТЕК, не мали небезпечних наслідків, а навпаки сприяли зниженню рівня небажаних вагітностей [178].

Серед країн, що розвиваються, прикладами успішної побудови соціально-маркетингового механізму забезпечення споживачів засобами ЕК, можуть бути Нігерія, Пакистан, Бангладеш, Венесуела, Парагвай (завдяки реалізації Міжнародного проекту PSI — Population Services International), а також Таїланд, Камбоджа, Кенія та Нікарагуа (діяльність Програми належних технологій в охороні здоров'я — PATH) [149, 155, 185].

Впровадження засад ЕК на територіях військових дій та збройних конфліктів, де завжди має місце збільшення кількості жертв сексуального насилля на думку міжнародних експертів, повинно бути одним з найперших кроків гуманітарної допомоги. ЕК входить до Мінімального початкового пакету послуг (MISP), який регламентований міжнародним проектом SPHERE для забезпечення потреб з охорони репродуктивного здоров'я [116].

У **Сполучених Штатах Америки** програмам планування сім'ї та забезпечення засобами попередження небажаної вагітності приділяється особлива увага. США можуть розглядатися як приклад еволюційного шляху впровадження засобів ЕК за рахунок наявності різних полюсів думок, різних позицій стосовно доступності та реєстраційного статусу засобів ЕК, які мали і мають місце серед представників громадськості, недержавних організацій, професійних асоціацій фахівців, виробників та постачальників, а також державних структур.

Слід зазначити, що перші фармакологічні дослідження стероїдних субстанцій проводилися від керівництвом Г.Пінкуса в США ще у 30-х роках ХХ століття за сприяння Фонду М.Сейнджер. США також були однією з країн, в якій жінки вперше з метою контрацепції почали користуватись КПК. У 70-х та 80-х роках ХХ сторіччя

на американському фармацевтичному ринку була присутня достатня кількість КПК для планової контрацепції, проте жоден з препаратів не мав спеціальної упаковки для ЕК в режимі Юзпе.

В 1998 році FDA дозволила використання естроген — гестагенної комбінації для ЕК під торгівельною назвою Preven, а наступного року — ЛНГ-ТЕК під торгівельною назвою Plan B. Обидва лікарських засоби мали статус рецептурних. Plan B — препарат виробництва «Barr Pharmaceuticals» — американської фармацевтичної компанії, яка має стратегічну угоду з угорським хімічним заводом «Ріхтер Гедеон» — виробником субстанції ЛНГ. Plan B містить дві таблетки по 0.75 мг ЛНГ кожна (ЛНГ-ТЕК для застосування у подвійному режимі з інтервалом 12 годин).

Фактично одразу ж після реєстрації та появи лікарського засобу Plan B на американському фармацевтичному ринку у суспільстві розпочалися дискусії стосовно розширення доступу споживачів до цього лікарського засобу з метою покращення ситуації з абортами. На початку 2004 року компанія «Barr Pharmaceuticals» підготувала подання до CDER (Center for Drug Evaluation and Research) FDA щодо перегляду реєстраційного статусу Plan B та зміни його з рецептурного на ОТС. У травні 2004 року FDA відхилила подання, залишивши реєстраційний статус ЛНГ-ТЕК без змін.

Натомість у липні 2004 року виробник підготував нове подання зі змінами, які стосувались вікових обмежень у вільному доступі до Plan B для жінок, які не досягли 18 років, а також можливих механізмів цих обмежень на рівні лікувальних та аптечних установ [70].

Протягом наступних двох років за ініціативи FDA на різних рівнях, в тому числі — у Конгресі США, проводилося публічне обговорення того, як практично буде здійснюватись надання дозволу на маркетинг Plan B в якості ОТС — препарату для використання обмеженим колом споживачів. Розглядалась можливість змін упаковки, спеціальних доповнень до інструкції, впровадження спеціальної програми навчання та інші заходи. Хоча з 1975 року FDA більше ніж у 90 випадках дозволила зміну реєстраційного статусу відповідно до законодавства, цей випадок став особливим у силу необхідності розробки механізмів диференціації споживачів одного препарату. Вік споживачів був застосований у якості критерію вільного доступу до препарату Plan B [140].

На початку 2006 року «Barr Pharmaceuticals» та FDA досягли згоди у розробці двох типів упаковок (для рецептурного та безрецептурного відпуску) та впровадженні спеціальної програми CARE (Convenient Access, Responsible Education — зручний доступ, відповідальне навчання). Програма розроблена з метою контролю доступності препарату, реалізація якого дозволена тільки з аптек та лікувальних установ під контролем фахівців охорони здоров'я, а також навчання провізорів, лікарів та жінок певних вікових груп відносно доступності та коректного застосування Plan B. Програма також передбачила механізми контролю за дотриманням вимог FDA, а також окреслила шляхи співпраці з дистриб'юторами та аптечними мережами для виконання вимог відпуску Plan B споживачам [140].

Історичною стала дата 24 серпня 2006 року, коли після тривалих дискусій експертів та широкої громадськості FDA надала офіційного дозволу на реалізацію препарату Plan B без рецепту жінкам у віці 18 років та старшим. За рецептом Plan B відпускатиметься жінкам у віці 17 років та молодшим [140]. Наразі компанія «Barr Pharmaceuticals» проводить постмаркетингове клінічне дослідження ефективності та безпеки Plan B у жінок до 18 років для можливого зняття вікових обмежень у доступності [184].

В США існує диференційована система забезпечення споживачів засобами ЕК і в першу чергу — за рахунок механізмів СМ. Клієнти диференціюються залежно від матеріального стану, наявності тієї чи іншої патології, в тому числі — інфекційної, відношення до соціально незахищених категорій та іншими ознаками. Клієнти, яким надаються максимальні пільги у придбанні контрацептивних засобів, в тому числі — отримання останніх на безоплатній основі, визначаються як споживачі з особливими контрацептивними потребами. До них відносяться:

- Жінки з екстрагенітальною патологією, котрим вагітність протипоказана
- Жінки з гінекологічною патологією
- Наркомани
- Хворі на алкоголізм
- Клієнти з ПСШ
- ВІЛ-позитивні жінки та чоловіки
- Психічно хворі
- Безробітні жінки та чоловіки
- Дуже бідні клієнти (в тому числі бездомні)

- Підлітки (хлопці та дівчата)
- Багатодітні жінки
- Жінки, які часто вдаються до абортів

Слід зазначити, що досвід забезпечення споживачів контрацептивними засобами, з успіхом впроваджений на різних етапах в США та інших розвинених країнах, застосовується впливовими міжнародними організаціями в країнах, що розвиваються [94, 119, 141, 164, 168].

В **Канаді** Plan B також був зареєстрований спочатку як рецептурний засіб, але 20 квітня 2005 року його реєстраційний статус був переглянутий. Регуляторна служба дозволила безпосередній відпуск Plan B з аптек (ОТС) із обов'язковим наданням споживачам з боку аптечних працівників роз'яснень та необхідної інформації щодо коректного застосування препарату та методу ЕК [133].

На особливу увагу заслуговує досвід впровадження засобів ЕК у **Франції**. Франція — одна з перших країн у Європейському Союзі, в якій регуляторними органами був дозволений відпуск ЛНГ-ТЕК без рецепту лікаря (ОТС-статус з травня 1999 року). У грудні 2000 року були прийняті поправки, згідно яких ЛНГ-ТЕК стали доступними у аптеках для жінок до 18 років, причому на умовах повної анонімності та вільного поінформованого вибору [131, 134]. У 2004 році регуляторні органи затвердили порядок відпуску ЛНГ-ТЕК з аптек, визначивши на одну упаковку разового застосування максимальну дозу ЛНГ у 1,5 мг (у вигляді однієї чи двох таблеток), таку ж максимальну дозу на один випадок ЕК, і застосування цієї дози протягом однієї доби. При цьому представлені на ринку ЛНГ-ТЕК пройшли процес перереєстрації упаковок (Norlevo).

Відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я Франції аптечні працівники в процесі реалізації засобів ЕК повинні надавати споживачам необхідні застереження та роз'яснювати необхідність дотримання інструкцій по застосуванню. Також, на державному рівні розроблена та впроваджена в практику система тренінгів для медичних та фармацевтичних працівників з питань планування сім'ї та навичок комунікативної роботи зі споживачами.

В 2006 році на IX Конгресі Європейського товариства з контрацепції (ESC) були представлені результати двох широкомасштабних популяційних досліджень, проведених у Франції, які вивчили поширеність використання засобів ЕК у 1999 та 2004 роках та вплив вище описаних регуляторних заходів на статеву поведінку

споживачів та використання ними засобів/методів планової контрацепції. Дослідження проводилися шляхом випадкового опитування у популяції жінок фертильного віку (4166 та 7490 жінок відповідно у 1999 та 2004 роках) із подальшою рандомізацією отриманих даних.

Дослідження показало, що надання ЛНГ-ТЕК безрецептурного статусу в 1999 році збільшило у наступні 5 років використання цього продукту на 7,1 %. При цьому найбільший приріст — 16,6 % — спостерігався в категорії жінок молодшого репродуктивного віку (до 25 років), натомість в категорії жінок старшого репродуктивного віку він становив 4,8 %. Дослідження 2004 року показало, що близько третини (31,2 %) жінок у віці 15–24 років хоча б один раз користувались методом ЕК із застосуванням ЛНГ-ТЕК, у 85 % випадків лікарський засіб був придбаний у аптеці без рецепту. В цій категорії жінок дослідники не відмітили збільшення частоти сексуально ризикованої поведінки та зниження рівня використання ефективних методів планової контрацепції. Навпаки, були відмічені зміни в структурі використання різних методів планової контрацепції: майже на 3 % збільшилось сукупне застосування КПК, ВМЗ та методу добровільної хірургічної стерилізації (з 83,9 % у 1999 році до 86,5 % у 2004 році); в той час як з 16,1 % до 13,5 % зменшилось сукупне застосування презервативів, сперміцидів і природних методів планування сім'ї.

Автори дійшли висновку, що впровадження безрецептурного відпуску засобів ЕК у Франції збільшило використання цього методу без зменшення рівня використання засобів планової контрацепції, а також без негативного впливу на статеву поведінку споживачів [181].

У **Великій Британії** ЛНГ-ТЕК отримали ОТС-статус у 2001 році, їх без обмежень можуть придбати споживачі старші 16 років. Передумовою для такого кроку була розроблена у 1997 році концепція безрецептурних лікарських засобів у Великій Британії [45]. Як і у Франції, в регуляторних документах зазначена виключна роль аптечних працівників у наданні консультативних послуг з методу ЕК [131, 134]. Нещодавно опубліковане когортне проспективне дослідження, проведене в Лондоні серед жінок — споживачів засобів ЕК, підтвердило зростаючу роль аптек у впровадженні методу ЕК [99].

Слід зазначити, що Велика Британія — одна з перших країн світу, в якій була розроблена концепція соціальної реклами в сфері охорони репродуктивного здоров'я. В 60-ті роках ХХ сторіччя Рада Великої Британії з питань освіти в галузі здоров'я та гігієни за допомогою реклами заохочувала молодих жінок звертатися за безкоштовними контрацептивами до центрів планування сім'ї, незалежно від того, заміжні вони чи ні [58].

В **Норвегії, Швеції та Фінляндії** ЛНГ-ТЕК отримали ОТС-статус відповідно у 2000, 2001 та 2002 роках. Засоби ЕК широко доступні у аптечній мережі. Розроблені та імплементовані програми навчання аптечних працівників. На особливу увагу заслуговує робота, яка проводиться серед молоді у школах та вищих навчальних закладах і полягає у тренінгах з охорони репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки та застосування сучасних засобів попередження незапланованій вагітності. Вісім популяційних досліджень, які були проведені в Швеції на протязі 5 років (2000-2005 роки) переважно серед студенток вищих навчальних закладів, засвідчили підвищення рівня обізнаності та формування прихильності до засобів ЕК. Більше ніж 90% опитаних жінок були обізнані щодо існування засобів ЕК та можливостей їх придбання, більше ніж 70% готові застосувати ці засоби у разі виникнення такої потреби, і від 30 до 50% жінок мали власний досвід застосування засобів ЕК [99].

В **Угорщині** обидва засоби ЕК (дві таблетки по 0,75 мг ЛНГ — Rigesoft і одна таблетка 1,5 мг ЛНГ — Escapelle) відпускаються з аптек тільки за рецептом лікаря. В рецепті також зазначається знижка, якщо засіб ЕК призначається пільговим категоріям споживачів. Аналогічна ситуація має місце і в інших країнах Східної та Центральної Європи: **Болгарії, Хорватії, Чеській Республіці, Литві, Польщі та Словенії**. Наприклад, в **Польщі** нещодавно були опубліковані результати аналізу більше ніж двох тисяч випадків ЕК, коли мало місце застосування ЛНГ-ТЕК (Postinor-Duo). Тільки у 0,5% випадків метод був неефективним, кількість побічних ефектів не перевищувала 3,8%. На думку авторів, ЕК із застосуванням ЛНГ-ТЕК в силу високої ефективності та безпеки для жінок може розглядатися в Польщі як один з основних шляхів попередження небажаної вагітності і, відповідно, абортів. Автори також зазначають, що у зв'язку з рецептурним статусом засобів ЕК в

Польщі споживачі не завжди можуть скористатися ними і вчасно попередити небажану вагітність [174].

В Румунії за останні п'ять років завдяки низці перетворень в сфері охорони репродуктивного здоров'я вдалося досягти істотного зниження рівня абортів (Проект JSA USAID, Спеціальна програма досліджень ВООЗ у питаннях репродукції людини та інші проекти). Разом з тим, основні зусилля були зосереджені на розвитку ринку планової контрацепції.

До 1989 року ЛНГ-ТЕК надходили до Румунії з сусідньої Угорщини нелегальним шляхом. У силу багатьох обмежень законодавчого характеру, наявності комунікативних бар'єрів, споживачі та медичні працівники не мали адекватної інформації стосовно коректного застосування засобів ЕК. ЛНГ-ТЕК часто застосовувались як засоби планової контрацепції. З 1989 року і до кінця 90-х років минулого сторіччя жодного засобу для ЕК так і не було зареєстровано, тому застосовувались КПК в режимі Юзпе. Тільки у 2002 році в Румунії були зареєстровані ЛНГ-ТЕК (Postinor-2), який наразі відпускається з аптек тільки за рецептом лікаря.

Стратегічна оцінка рівня абортів та використання контрацепції в Румунії, яка була проведена Спеціальною програмою досліджень ВООЗ у питаннях репродукції людини (березень 2004 року) виявила високу зацікавленість споживачів та медичних працівників у методі ЕК. На думку медичних працівників, ЕК може бути точкою відліку для початку інформаційної роботи зі споживачами та рекомендацій до використання ними планових методів контрацепції. Також, медичні працівники визнають важливість реклами методу та засобів ЕК, спрямованої безпосередньо на споживачів [62].

В Китаї та Південній Кореї зареєстровані чотири засоби ЕК, кожен з яких має ОТС-статус. Ці засоби доступні в клініках планування сім'ї та у аптеках для всіх категорій споживачів [134]. Слід зазначити, що в Шанхайському інституті планування сім'ї у період з листопада 1999 року до липня 2002 року було проведене когортне дослідження, яке ставило за мету вивчення можливого впливу від застосування жінками ЛНГ-ТЕК на перебіг вагітності, пологів, етапи розвитку плода, ранній та пізній неонатальний періоди. У результаті аналізу 94 випадків вагітності, пологів, розвитку плоду і в подальшому — народженої дитини, — такого впливу ЛНГ-ТЕК у жодному випадку виявлено не було, що ще раз підтвердило повну індіферентність та безпеку цих лікарських засобів по відношенню

до процесу вагітності у разі, коли їх застосування не дало ефекту і ця вагітність настала [103].

В Росії та республіках колишнього СРСР Постинор був першим засобом ЕК, який з'явився на ринку на початку 80-х років минулого сторіччя. Цей лікарський засіб надходив до колишнього СРСР через радянсько-угорське спільне підприємство «Медім-пекс», яке здійснювало поставки всіх препаратів хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» [73].

Відповідно до реєстраційних документів Фармакологічного Комітету СРСР, Постинор мав рецептурний статус. До середини 90-х на ринок надходила форма Постинору у вигляді таблеток ЛНГ по 0,75 мг кожна в упаковках по 10 таблеток. Цей лікарський засіб розподілявся Головним аптечним управлінням СРСР централізовано між регіонами та союзними республіками, причому не завжди в кількостях, достатніх для забезпечення потреб споживачів [21]. Це створювало певний ажіотаж та було причиною нелегального обігу препарату поза аптечними установами.

За свідченнями сучасників, в колишньому СРСР медичні та аптечні працівники не займались окремо популяризацією методу ЕК. У окремих випадках при звертанні жінок лікарі рекомендували використання КПК в режимі Юзпе (Овідон, Ригевідон, Нон-Овлон, Бісекурин). Натомість серед споживачів метод ЕК поступово набув популярності, особливо застосування ЛНГ-ТЕК. Мали місце обмін інформацією між споживачами стосовно застосування Постинору, вільне тлумачення ними можливостей методу і пов'язані з ним випадки некоректного його використання: вживання більшої, ніж дві, кількості таблеток, систематичне застосування Постинору в якості планової контрацепції, порушення часового проміжку між прийомом двох таблеток тощо. Слід відмітити, що упаковка Постинору, що містила 10 таблеток, також могла бути причиною неправильного застосування жінками цього лікарського засобу. На жаль, сьогодні обмаль документальної інформації, яка б висвітлювала комунікативні бар'єри та механізми забезпечення жінок контрацептивами і, зокрема, засобами ЕК в колишніх союзних республіках.

У період з середини 90-х років до 2004 року в більшості республік Постинор був перереєстрований відповідно до вимог місцевих регуляторних органів, — і виробник став поставляти нову упаковку по 4 таблетки, кожна з яких містила по 0,75 мг ЛНГ, тобто одна упаковка була розрахована на два випадки НК.

Нова хвиля перереєстрацій мала місце у період 2002-2005 років, у зв'язку з початком виробництва заводом «Ріхтер Гедеон» нової упаковки, що містила дві таблетки по 0,75 мг ЛНГ і була розрахована на один випадок НК. Слід зазначити, що упаковка Постинору №2 відповідно до нових регуляторних засад отримала в різних країнах як ОТС-, так і рецептурний статус. Наприклад, наразі цей лікарський засіб має безрецептурний статус та вільно відпускається з аптек в **Латвії, Естонії (Postinor-2) та Білорусі (Постинор)**. З січня 2003 року компанія «Nuscomed Pharma» зареєструвала в Латвії та Естонії ще одні ЛНГ-ТЕК для подвійного режиму застосування (Norlevo), також як безрецептурний лікарський засіб.

До 2004 року Постинор залишався єдиним препаратом, що формував ринок ЕК в більшості країн колишнього СРСР (Росії, Україні, Білорусі, **Казахстані, Грузії, Вірменії, Узбекистані, Киргизії, Таджикистані, Туркменістані, Молдові**), отже, мало місце застосування ЛНГ-ТЕК тільки у подвійному режимі. Протягом 2004-2006 років компанія «Ріхтер Гедеон» зареєструвала в країнах Східної Європи та СНД ще один свій засіб ЕК — Ескапел (ЛНГ-ТЕК для використання у моно-режимі). Ескапел (упаковка, що містить 1 таблетку 1,5 мг ЛНГ) зареєстрований у більшості країн як рецептурний засіб.

Загальною для всіх країн була і залишається на сьогодні ситуація, коли Постинор, зареєстрований як рецептурний лікарський засіб, вільно доступний у аптеках для всіх категорій споживачів. За низького рівня поінформованості населення цих країн така ситуація може бути причиною переорієнтації у бік ЕК замість планової, безконтрольного та систематичного застосування ЛНГ-ТЕК за будь-якого випадку, що і відмічається в ході аналізу контрацептивних ринків пострадянських країн. Регуляторні органи наразі впроваджують заходи, спрямовані на упорядкування відпуску з аптек рецептурних лікарських засобів, але цей процес дуже повільний та потребує перегляду існуючих правових засад і прийняття нових.

В Росії на базі Наукового центру акушерства, гінекології та перинатології РАМН (Москва) у 1998 році був створений Російський центр з екстреної контрацепції (РЦЕК), в якому було організовано два відділення: інформаційне та консультативне. Завдання першого полягає у організації та проведенні тренінгів та курсів підвищення кваліфікації в сфері ЕК для лікарів різних спеціальностей (акушерів-гінекологів, венерологів, лікарів загальної практики, пе-

діатрів та підліткових лікарів). Щороку в цьому відділенні проходять навчання 180–210 медичних фахівців, за п'ять років (у період з 1998 по 2003 рік) з теоретичних та практичних засад ЕК було підготовлено 1050 лікарів. Консультативне відділення здійснює щоденний прийом жінок, котрі потребують ЕК, а також спостереження за тими жінками, які вже застосували цей метод. Всім жінкам проводиться підбір найоптимальнішого методу планової контрацепції. У цьому відділенні функціонує також «гаряча» телефонна лінія. За п'ять років роботи РЦЕК була надана допомога 1350 жінкам репродуктивного віку (16–35 років) [66].

На території Росії та колишніх республік СРСР, починаючи з середини 90-х років минулого сторіччя, активно працюють міжнародні програми та проекти, спрямовані на поліпшення стану репродуктивного здоров'я населення, впровадження сучасних, ефективних та безпечних методів планування сім'ї та попередження поширення ВІЛ-інфекції та ПІСШ. Більшість програм та проектів організовані під егідою Європейського Союзу, USAID, IPPF — Міжнародної федерації з планування сім'ї та ВООЗ. Найбільшого успіху досягли проекти JSI, PATH, Futures Group, Engender — Health, John Hopkins Program, Hewlett Foundation, PSP-one та інші. Всі проекти в більшій або меншій мірі торкалися питань ЕК, залежно від окресленого перед ними кола завдань.

Окремий напрямок діяльності, безпосередньо пов'язаний з ЕК, здійснює Програма належних технологій у охороні здоров'я — PATH. [147, 194]. Після виходу в 2003 році першого, англomовного видання методичних рекомендацій з медичних аспектів та практичного застосування ТЕК, за сприяння PATH разом з Hewlett Foundation було видане друге, російськомовне видання цих методичних рекомендацій (2004 рік), що призначене для медичних спеціалістів з Росії та республік колишнього СРСР [85, 194].

Таким чином, кожна країна має свій власний шлях впровадження засад ЕК. Питання цінової, фізичної, територіальної та інформаційної доступності засобів ЕК для споживачів визначаються регуляторними органами на основі багатьох внутрішніх факторів, які мають місце в кожній конкретній країні, а також під впливом міжнародних організацій.

5.2.4. Співвідношення екстреної та планової контрацепції в країнах світу як показник стану репродуктивного здоров'я жіночого населення

Вище були наведені приклади, що показують якісний розвиток ЕК в країнах світу. Джерелами інформації при цьому є регуляторні документи, офіційні дані, опубліковані на електронних сторінках міжнародних організацій та проектів тощо.

В той же час кількісні показники, які б могли характеризувати ринок ЕК в кожній країні отримати та проаналізувати набагато важче у силу декількох причин:

- Як правило, наявні дані роздрібної реалізації засобів ЕК, які здійснюється в комерційному (оплатному) секторі і частково — в соціально — маркетинговому (тільки через аптеки);
- Відсутність або неточність інформації щодо безоплатного та соціально-маркетингового секторів, які залишаються поза роздрібною реалізацією засобів ЕК (наприклад, забезпечення через центри планування сім'ї);
- Певна конфіденційність аналітичної інформації.

У 2004 році нами разом зі спеціалістами компанії IMS та проекту Deliver (США) були проаналізовані дані реалізації засобів планової (регулярної) та екстреної (ЕК) контрацепції за 2003 рік у 17 країнах світу, які характеризуються розвиненим або динамічним фармацевтичним ринком зі значною перевагою комерційного та соціально-маркетингового секторів. На основі наявних демографічних даних (число жінок фертильного віку — від 15 до 49 років) були розраховані долі в популяції жінок фертильного віку, котрі користуються засобами ЕК та засобами планової, або регулярної контрацепції (РК). До останніх були віднесені засоби або методи, інформація по яких була доступною у аналітичних звітах IMS за 2003 рік: КПК, ПТП, ВМК різних типів, КІК та ЧПК [110, 138]. При підрахунку долі в популяції жінок фертильного віку, які користувались протягом року засобами РК, враховувався цикловий фактор, тобто кількість одиниць контрацептивного товару, яка необхідна одній жінці для безперервного контрацептивного захисту протягом року [168].

Таким чином, цей підрахунок умовно розмежував ринки екстреної та планової контрацепції в кожній з країн. Сумарний показник відображає загальну долю в популяції жінок фертильного віку, яка користується як засобами РК, так і засобами ЕК, тобто сучас-

ними методами планування сім'ї. Слід зазначити, що не був врахований бар'єрний метод, а також природні методи планування сім'ї.

Вище наведена інформація систематизована в табл. 7. У останньому стовпчику також підрахований коефіцієнт співвідношення ЕК/РК для кожної з країн.

Таблиця 7. Популяція жінок репродуктивного віку в 17 країнах світу та розраховані долі в популяції, які користуються засобами екстреної та планової контрацепції (IMS, 2003 в модифікації)*

Країна	Кількість жінок фертильного віку (15–49)	Доля в популяції, яка користується засобами ЕК, %	Доля в популяції, яка користується КПК, %	Доля в популяції, яка користується іншими методами РК, %	Доля в популяції, яка користується засобами РК, %	Коефіцієнт співвідн. ЕК/РК
Угорщина	2 519 000	2,58	20,24	0,33	20,57	0,13
Польща	9 727 000	1,16	8,84	0,33	9,16	0,13
Чеська Республіка	2 595 000	1,39	24,88	2,48	27,36	0,05
Словаччина	1 450 000	1,17	13,1	0,57	13,67	0,09
Румунія	5 823 000	4,43	5,43	0	5,43	0,82
Болгарія	1 998 000	2,7	1,53	0	1,53	1,76
Литва	885 000	5,76	8,05	0,63	8,68	0,66
Латвія	591 000	4,91	7,18	0,39	7,58	0,65
Естонія	342 000	3,8	9,45	1,98	11,43	0,33
Україна	12 820 000	1,54	0,51	0,01	0,52	2,96
Росія	36 452 000	3,08	1,15	0,03	1,18	2,61
Німеччина	19 730 000	1,13	27,43	3,27	30,7	0,04
Франція	14 486 000	5,61	32,66	8,9	41,55	0,14

Велика Британія	14 145 000	7,89	21,26	3,65	24,9	0,32
Іспанія	10 663 000	2,53	11,99	0,38	12,38	0,20
Італія	13 986 000	1,72	16,05	0,2	16,25	0,11
США	72 602 000	0,28	11,75	2,05	13,8	0,02

* не був врахований бар'єрний метод, а також природні методи планування сім'ї

Долі в популяції жінок фертильного віку, які застосовували засоби ЕК та засоби РК, характерні в 2003 році для 17 країн світу, представлені у вигляді діаграм на рис. 7.

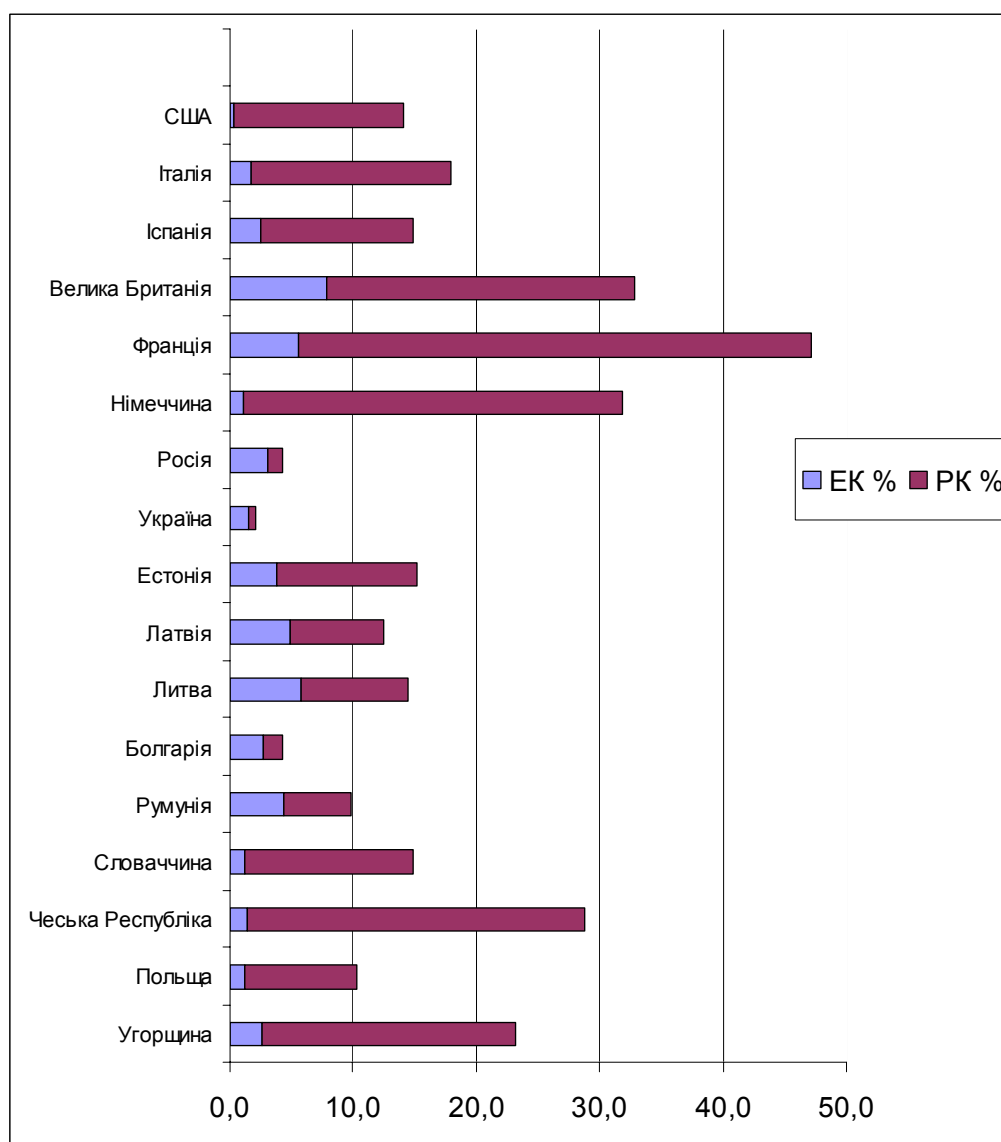


Рисунок 7. Доли в популяції жінок фертильного віку, які застосовували засоби екстреної та регулярної контрацепції (Джерело: IMS, 2003 в модифікації: 17 країн)

На рис. 8 представлені співвідношення застосування ЕК та РК в кожній з 17 країн.

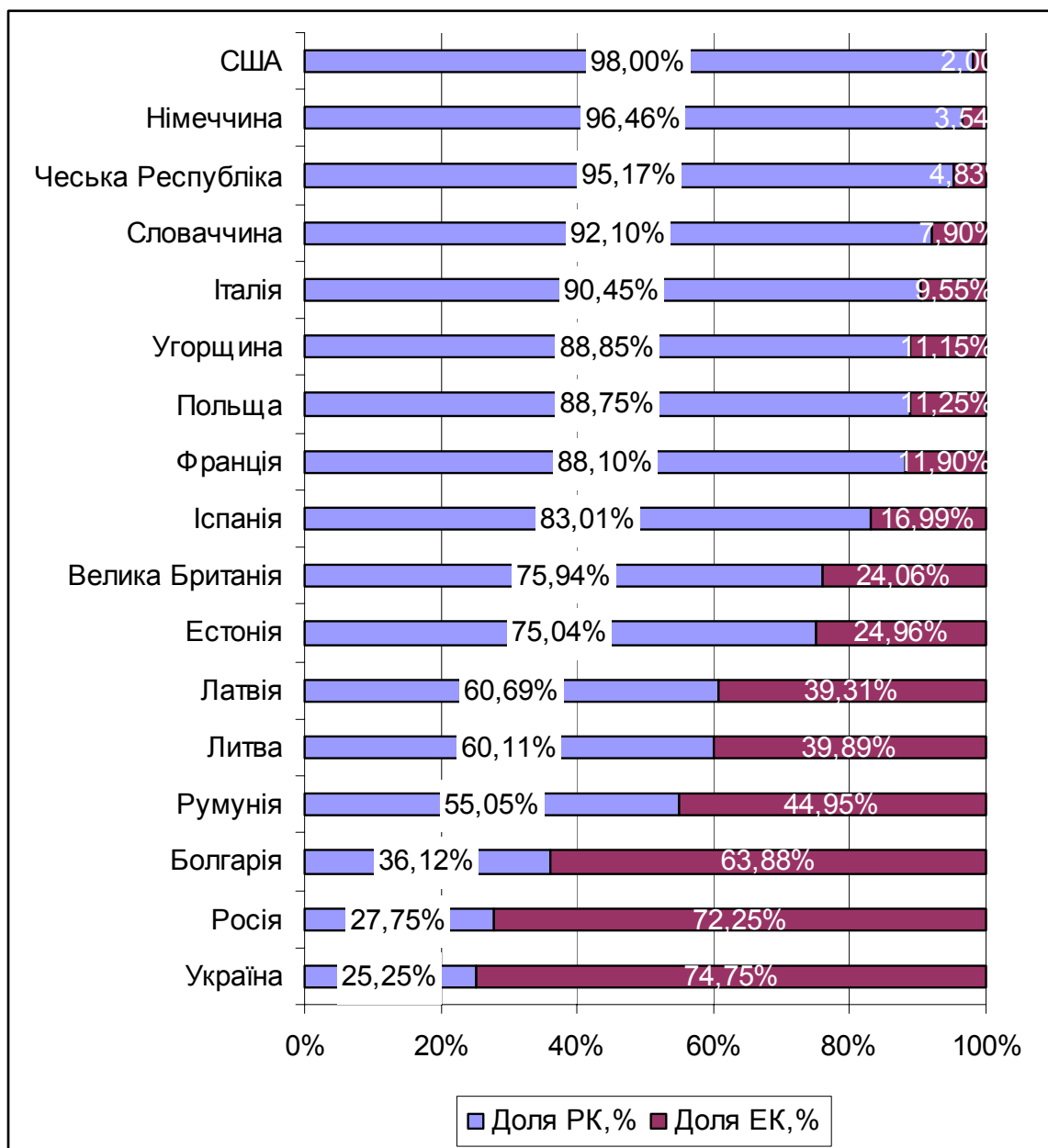


Рисунок 8. Співвідношення застосування екстреної та регулярної контрацепції в кожній з 17 країн у 2003 році (Джерело: IMS, 2003 в модифікації: 17 країн).

За одержаними нами даними, можна зробити наступні висновки:

1. Доля жінок фертильного віку, які застосовують сучасні методи планування сім'ї найвища у Франції (до половини популяції жінок фертильного віку), а також у Великій Британії та Німеччині. У цих країнах, окрім Німеччини, обсяги використання ЕК та РК дуже великі, причому не простежу-

ється взаємної конкуренції та негативний впливу одного ринку на інший. Це підтверджується у дослідженнях, які були наведені вище [99, 131, 134, 181]. Розширення доступності засобів ЕК для споживачів мало виключно позитивний вплив на розвиток контрацептивних ринків в цих країнах.

2. Для США, Німеччини, та Чеської Республіки характерна картина значної переваги ринку РК над ринком ЕК. Це може свідчити про ефективність програм з охорони репродуктивного здоров'я в цих країнах, оскільки більшість жінок фертильного віку користуються сучасними та ефективними засобами запобігання незапланованій вагітності, при цьому кількість випадків, коли існують показання до ЕК, є мінімальною.
3. До країн, де спостерігається стрімкий розвиток обох ринків, можна віднести Угорщину, Італію, Естонію, Польщу, Іспанію, Словаччину. В цих країнах впроваджені програми з планування сім'ї, що звичайно чинить позитивний вплив на розвиток контрацептивного ринку в цілому, але рецептурний статус засобів ЕК у певній мірі обмежує їх доступність для споживачів [174].
4. Для Румунії, Болгарії, Латвії, Литви, Росії і особливо для України характерний стрімкий розвиток ринку ЕК, що чинить значний негативний вплив на використання засобів РК. В Болгарії, Україні та Росії доля в популяції жінок фертильного віку, які користуються засобами ЕК, перевищує за таку в популяції жінок фертильного віку, які застосовують засоби РК. На нашу думку, це може, по-перше, свідчити про потенціал для розвитку ринку РК, по-друге, про недостатність просвітницької роботи серед населення з питань планування сім'ї, і по-третє, про низьку активність медичних та фармацевтичних працівників з профілактики повторного та систематичного застосування засобів ЕК, та переорієнтації споживачів з ЕК на планову контрацепцію. Наразі в цих країнах активно працюють міжнародні проекти, покликані подолати комунікативні бар'єри та збільшити ринок планової контрацепції. В Румунії, Латвії та Литві наразі можна відмітити перший позитивний досвід цієї діяльності.

Кожен з висновків може характеризувати окрему модель співвідношення ринків ЕК та РК для груп країн зі схожими тенденціями розвитку цих ринків та впровадження засад планування сім'ї. Слід зазначити, що запропонована диференціація може бути визначена в кількісному вимірі шляхом застосування коефіцієнту співвідношення долів застосування ЕК та РК, який є специфічним для кожної конкретної країни (табл.7). На рис. 9 у вигляді матриці показані чотири принципові моделі співвідношення екстреної та планової контрацепції в популяції жінок фертильного віку.

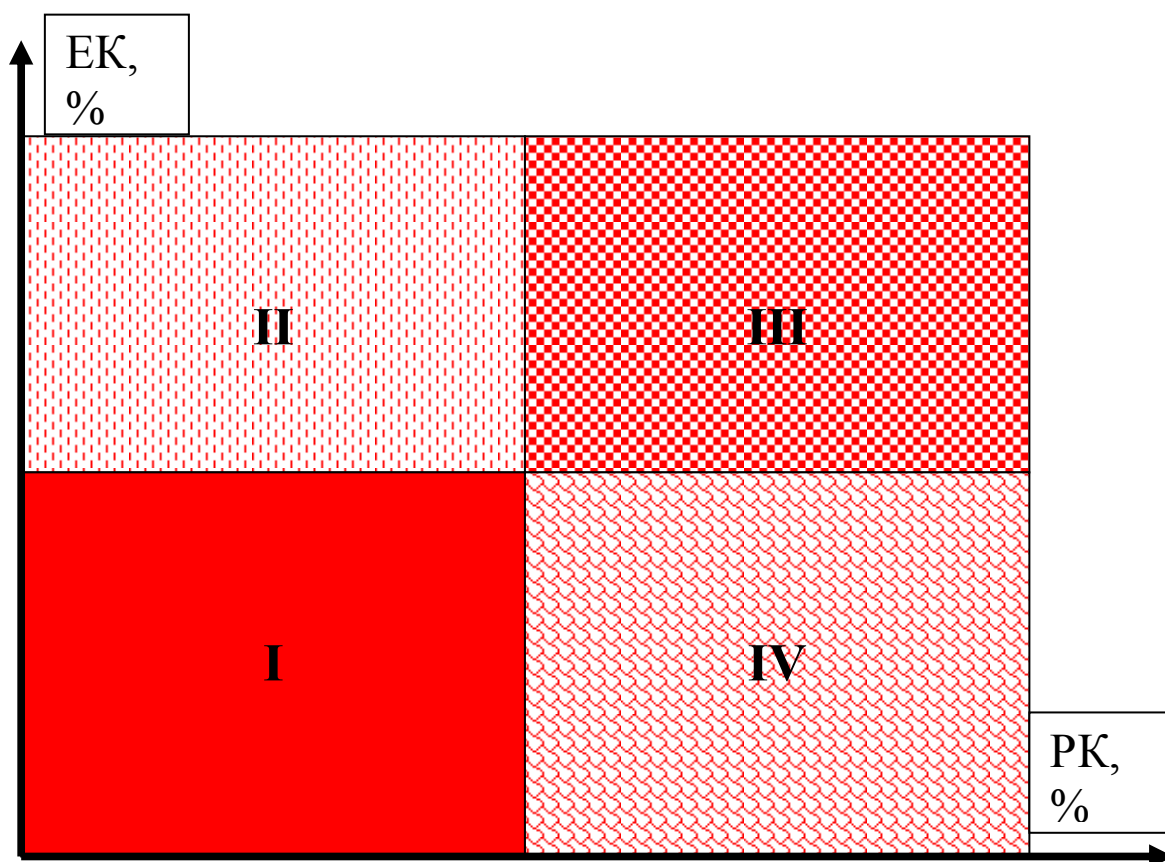


Рисунок 9. Чотири принципові моделі співвідношення долів застосування екстреної та планової контрацепції в популяціях жінок фертильного віку (авторська матриця).

Моделі співвідношення долів застосування екстреної та планової контрацепції, які відображені у матриці на рисунку 9, за результатами нашого дослідження, можуть класифікуватися наступним чином:

I — «Регресивна» модель, що характеризується дуже низьким рівнем застосування РК поряд із низьким рівнем застосування ЕК. Характерна для країн, де контрацептивні засоби заборонені релігі-

єю, або де ці засоби не зареєстровані (деякі країни Близького Сходу, Азії, Африки та Океанії). Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК не є наочним для цієї моделі.

II — «**Екстрена**» модель, що характеризується низьким рівнем застосування РК поряд із високим рівнем застосування ЕК. Характерна для Румунії, Болгарії, Албанії, Росії, України, Казахстану та інших країн з «перехідною економікою», а також країн, що розвиваються. Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК вищий за 0,75.

III — «**Прогресивна**» модель, що характеризується високим рівнем застосування РК поряд із високим рівнем застосування ЕК. Характерна для Франції, Великої Британії, Італії, Іспанії, Угорщини. Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК не є наочним.

IV — «**Планова**», або «**Регулярна**» модель, що характеризується високим рівнем застосування РК поряд із низьким рівнем застосування ЕК. Характерна для США, Канади, Німеччини, Чеської республіки, Скандинавських країн, Нідерландів. Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК нижчий 0,75, причому більшість названих країн мають цей показник у межах 0,2 — 0,02.

Проведений нами аналіз вказує на те, що кожна країна послідовно проходить зміну описаних чотирьох моделей, які характеризують еволюцію поведінки споживачів та пріоритетів медичних працівників щодо застосування методів контрацепції, поступовий перехід від ЕК до РК.

5.3. Засади екстреної контрацепції в Україні

Україна є однією з найбільших країн Європи, в якій проживає 12 345 054 жінок фертильного віку (станом на 31.12.2006 року) [56, 145]. Тому зрозуміло, що питання застосування контрацептивних засобів в Україні є актуальним.

Натепер Україна знаходиться на проміжному етапі: з одного боку, службі планування сім'ї за останні роки вдалося досягти істотного зменшення кількості абортів серед жінок фертильного віку та збільшити загальний обсяг використання контрацептивних засобів, з іншого актуальною залишається ціла низка проблем медичного, психологічного і соціального характеру:

- Низька обізнаність населення щодо методів запобігання небажаній вагітності;

- Перевага у використанні традиційних методів контрацепції над сучасними;
- Забобони по відношенню до певних методів і контрацепції в цілому;
- Висока частота гінекологічної патології в популяції жінок фертильного віку;
- Ранній початок статевого життя серед підлітків;
- Висока частота сексуальних розладів і психологічної дисгармонії в шлюбі;
- Висока частота інфекцій, що передаються статевим шляхом [5, 6, 28, 30, 34, 36, 37, 39, 51, 52, 72].

Варто зазначити, що боротьба з абортами, впровадження та розширення доступу до сучасних засобів запобігання незапланованій вагітності, профілактика передачі ВІЛ-інфекції та ШПСШ та інші питання, пов'язані з охороною репродуктивного здоров'я в Україні — у достатній мірі були розглянуті протягом останніх десяти років у різних виданнях, в тому числі здійснених за підтримки міжнародних проектів Policy, Deliver, PSP-one, PATH, «Разом до здоров'я», JSI та приватного сектору [13, 17, 30, 31, 32, 35, 39, 42, 50, 53, 57, 59, 60, 64, 68, 72, 87, 88, 89, 164]. На жаль, питання ЕК у цих виданнях розглядалося фрагментарно, а ситуаційного аналізу стосовно застосування засобів ЕК в Україні взагалі не проводилося. У аналітичних звітах відсутня диференціація гормональних засобів контрацепції на КПК, КІК, ЧПК, ПТП та ЛНГ-ТЕК. Так, при дослідженні динаміки використання засобів контрацепції у 1996, 1999 та 2003 роках, яке здійснювалось на основі різних джерел, гормональні засоби контрацепції були визначені як пероральні та ін'єкційні контрацептиви без подальшої диференціації [36, 37, 71].

У попередньому підрозділі був наведений порівняльний аналіз долів застосування РК та ЕК у популяціях жінок фертильного віку в різних країнах світу, в тому числі — і в Україні (станом на 2003 рік). У цьому підрозділі буде проаналізований цей показник за підсумками 2006 року, і проведена кореляція між використанням засобів ЕК та рівнем абортів серед жінок фертильного віку. Також, будуть розглянуті регуляторні та правові засади ЕК в Україні, діяльність міжнародних організацій та проектів в Україні з поширення засад ЕК, ринок ЕК, поведінкові стереотипи споживачів та пріоритети медичних та фармацевтичних працівників по відношенню до засобів ЕК.

5.3.1. Регуляторні та нормативно-правові засади екстреної контрацепції в Україні

Як вже зазначалось, Постинор був першим і єдиним засобом ЕК (ЛНГ-ТЕК), який надходив з початку 80-х років ХХ століття на фармацевтичний ринок колишнього СРСР і Української РСР зокрема.

Спочатку Постинор випускався угорським хімічним заводом «Ріхтер Гедеон» в упаковці, що містила 10 таблеток ЛНГ-ТЕК (її вистачало на 5 випадків ЕК), після цього — в упаковці, що містила 4 таблетки ЛНГ-ТЕК (на 2 випадки ЕК), і, врешті-решт, в упаковці, яка і сьогодні зареєстрована в Україні — 2 таблетки ЛНГ-ТЕК, розрахована на один випадок ЕК. Кожна таблетка містить чистий ЛНГ у якості активної речовини (0,75 мг).

Нижче послідовно будуть розглянуті наступні регуляторні політики та нормативно-правові засади ЕК в Україні:

1. Реєстраційні документи, інструкції та листки-вкладиші щодо медичного застосування засобів ЕК;
2. Документи та підзаконні акти, що регламентують контроль якості засобів ЕК в Україні;
3. Оперативні політики, що визначають фізичну та інформаційну доступність засобів ЕК;
4. Регуляторні політики, що визначають механізми забезпечення населення засобами ЕК;
5. Клінічний протокол та алгоритми медичного застосування засобів ЕК.

1. Постинор в упаковці №2 пройшов процедуру первинної **реєстрації** та трьох **перереєстрацій** (у 1997, 2002 та 2007 роках) відповідно до чинного законодавства України та регуляторних постанов Державного фармакологічного центру МОЗ України. Наразі триває дія реєстраційного посвідчення № UA/6112/01/01, виданого виробнику відповідно до Наказу МОЗ України від 19.03.07 р. № 127 (дійсне до 19.03.2012 року). Цим документом дозволяється ввезення Постинору на митну територію України, його обіг у дистриб'юторській та аптечній мережах, призначення його пацієнткам тільки за рецептом лікаря, а також використання з метою ЕК відповідно до показань. Окрім цього, реєстраційне посвідчення регламентує зміст інструкції по застосуванню препарату, зміст листка — вкладиша для пацієнтів і вигляд упаковки.

Слід зазначити, що відповідно до всіх попередніх та нині діючих реєстраційних документів, Постинор мав і має статус рецептурного препарату.

У липні 2006 року угорським хімічним заводом «Ріхтер Гедеон» в Україні був зареєстрований другий засіб ЕК під торгівельною назвою Ескапел. Відповідне реєстраційне посвідчення № UA/4789/01/01 було видане виробнику за Наказом МОЗ України від 20.07.06 р. № 499 (дійсне до 20.07.2011 року). Ескапел має упаковку, що містить одну таблетку ЛНГ у дозі 1,5 мг, і повинен відпускатися тільки за рецептом лікаря.

У інструкціях виробник визначає період часу від незахищеного статевого контакту, протягом якого засіб ЕК повинен бути застосований: для Постинору — перша таблетка повинна бути прийнята пацієнткою не пізніше 72 годин від незахищеного статевого контакту, для Ескапелу — не пізніше 96 годин. Висновок групи експертів ВООЗ щодо можливості застосування ЛНГ-ТЕК у проміжок часу між 72 та 120 годинами після незахищеного статевого контакту [201], в інструкціях не врахований, споживачам рекомендується прийняти лікарський засіб якомога раніше після незахищеного статевого контакту. Також, в інструкціях вказується на відсутність будь-якого клінічного досвіду застосування Постинору та Ескапелу у жінок молодших 16 років, тому таке застосування не рекомендується. Реєстраційні посвідчення, інструкції для медичного застосування препаратів Постинор та Ескапел, а також зображення упаковок наводяться у додатку 2.

2. Контроль якості засобів ЕК регламентований наступними законодавчо-нормативними актами [1, 3, 4, 33]:

- Закон України від 24.02.94 р. № 4004-ХІІ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (ст. 9 та 11) визначає, що державній санітарно-епідеміологічній експертизі підлягають активні субстанції лікарських засобів;
- Закон України від 04.04.96 № 123/96 ВР «Про лікарські засоби» (ст. 17) передбачає ввезення на митну територію України лікарських засобів, зареєстрованих в Україні за наявності сертифікату якості, що видається виробником;
- Указ Президента України від 7 лютого 2003 р. № 91 «Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а та-

кож підвищення ефективності державного управління в цій сфері»;

3. Як вже зазначалось, ЛНГ-ТЕК (Постинор та Ескапел) зареєстровані в Україні як лікарські засоби, що відпускаються з аптек **за рецептом лікаря**. По-перше, це регламентується посвідченнями про реєстрацію цих лікарських засобів в Україні. По-друге, відповідно до Наказу МОЗ України від 27.12.06 р. № 897 «Про затвердження переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів», будь-які засоби гормональної контрацепції не входять до цього Переліку і повинні відпускатися тільки за рецептом лікаря [12].

Ще одним регуляторним документом, що визначає доступність засобів ЕК в Україні, є наказ МОЗ від 25.11.04 р. № 569 «Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту лікарських засобів для аптек», до якого віднесені гормональні контрацептиви і ЛНГ-ТЕК зокрема [11].

Відповідно до реєстраційного статусу, існують певні обмеження для поширення інформації щодо цих препаратів серед споживачів, що можна розцінювати як комунікативні перешкоди. Згідно з ч.3 ст.26 Закону «Про лікарські засоби» реклама лікарських засобів здійснюється в Україні відповідно до розділу III ст. 21 Закону «Про рекламу», яка називається «Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації». У п. 2 вказано на заборону реклами лікарських засобів, які вживаються та розповсюджуються тільки за приписом (рецептом) лікаря [2].

На виконання статті 26 Закону «Про лікарські засоби» та статті 20 Закону «Про рекламу» МОЗ наказом від 10.06.97 р. № 177 затвердило Порядок погодження інформації, яка може міститися в рекламі лікарських засобів для дітей та підлітків, та видачі дозволу на рекламування лікарських засобів для дітей та підлітків. Розділ 2 («Загальні обмеження щодо реклами лікарських засобів для дітей та підлітків», пункт 2.1) також забороняє рекламу лікарських засобів, які вживаються та поширюються за рецептами лікарів [37]. Такий стан справ також є комунікативною перешкодою для поінформованості споживачів щодо гормональних контрацептивів і засобів ЕК зокрема [27, 37]. Окрім цього, застосування гормональних контрацептивів і зокрема, засобів ЕК (які мають рецептурний статус) від-

повідно до чинного законодавства розцінюється як медичне втручання, що може значно обмежувати термінове призначення ТЕК підліткам у разі згвалтування, коли необхідна згода батьків або інших законних представників пацієнта.

4. **Механізми забезпечення населення України засобами ЕК** регламентує один документ, виконання якого обмежене з огляду на відсутність державних закупівель контрацептивних засобів [37]. Мова йде про Постанову Кабінету Міністрів України від 17.08.98 р. №1303 «Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення за певними категоріями захворювань», яка визначає безкоштовне забезпечення контрацептивними засобами жінок груп високого ризику виникнення ускладнень вагітності та пологів, жінок, які постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, молоді [7]. Також, слід констатувати, що не передбачено пільгового забезпечення засобами ЕК жертв згвалтування, хоча ця категорія жінок визначена як пріоритетна, яка відповідно до затверджених клінічних протоколів з планування сім'ї має прямі показання до застосування методу ЕК [41].

5. Як вже зазначалось, в Україні на основі рекомендацій ВООЗ та досвіду служби планування сім'ї розроблений **клінічний протокол** з акушерської та гінекологічної допомоги «Планування сім'ї», затверджений до використання наказом МОЗ України від 27.12.06 р. № 905 (додаток 1) [10]. Клінічним протоколом регламентується: визначення НК (ПК, ЕК), типи та режими НК, показання та застосування засобів ЕК, коло жінок, котрі можуть та не можуть використовувати НК, інструкції для пацієнток, надання допомоги у разі побічних ефектів та інших проблем, алгоритм призначення НК, та інші питання [41].

Наказом МОЗ України від 01.08.06 р. №535 затверджений навчальний посібник «Планування сім'ї», який також може розглядатися як провідне клінічне керівництво з надання послуг у сфері НК [64].

5.3.2. Фізична та цінова доступність засобів екстреної контрацепції в Україні

Наразі в комерційному секторі України (дистриб'юторська та аптечна мережі) доступний один з двох зареєстрованих в Україні препаратів ЛНГ-ТЕК — Постинор, у вигляді упаковки, що містить

2 таблетки по 0,75 мг ЛНГ кожна. Ескапел у вигляді упаковки, що містить 1 таблетку 1,5 мг ЛНГ, станом на жовтень 2007 року в Україну не ввозився і таким чином до гуртового та роздрібного обігу не надходив.

Фізична доступність Постинору, як і будь-якого іншого лікарського засобу, в аптечній мережі визначається наступними характеристиками:

- 1) долею роздрібних пунктів, де Постинор наявний в продажу (індекс наявності) — ІН;
- 2) долею роздрібних пунктів, де Постинор хоча б один раз протягом певного періоду часу (тиждень, місяць, квартал) був реалізований споживачам (індекс penetрації) — ІП;
- 3) порядком придбання Постинору споживачами у аптечних закладах відповідно до регуляторних засад.

Слід зазначити, що за різними джерелами ІН та ІП Постинору в 2007 році знаходилися в межах 68–92 % (аптеки в різних областях України). Наприклад, за даними звіту робочої групи Проекту JSI USAID «Разом до здоров'я», яка працювала у Львівській та Харківській областях в серпні-вересні 2006 року, Постинор був наявний у 72 % аптек (однаковий показник для аптек Львівської та Харківської областей). Важливо, що ІН та ІП для Постинору мало між собою відрізняються, що може бути пов'язано з швидким обігом препарату в аптечній мережі України [57, 69, 195]. Особливості придбання Постинору споживачами в аптечних закладах України будуть розглянуті далі.

У вересні — листопаді 2004 року в Україні працювала група експертів Американського проекту DELIVER, метою яких було оцінити доступність контрацепції в Україні та здатність українського населення платити за контрацептивні засоби. На основі даних Світового банку і Мінекономіки України проведений розподіл за квантилями середньорічних доходів на душу населення. Виділено 5 квантилей з усередненим показником річного доходу від найменшого річного доходу (Q 1) до найбільшого (Q 5). Для України експертами був встановлений граничний рівень 2% від доходу на придбання населенням контрацептивів [164].

Відповідно до цього підходу, цінова доступність Постинору для українських споживачів достатньо висока, оскільки його вартість на один випадок ЕК не перевищує 2% сукупного річного доходу для різних категорій (Q1–Q5). Зрозуміло, що використання за-

собів ЕК не може оцінюватись за цикловим фактором, як це має місце для засобів РК, оскільки застосування засобів ЕК має виключно випадковий, а не прогнозований характер.

У 2004–2005 роках серед жінок фертильного віку досліджувалась готовність платити за пероральні контрацептивні засоби, відповідно до яких був проведений розподіл споживачів за цінovими групами [57, 59]. Співставлення абсолютної кількості споживачів у кожній групі та кількості реалізованих через аптечну мережу пероральних контрацептивних засобів дало змогу встановити різницю, яка відповідає нереалізованим потребам у цих засобах.

Як видно з рис. 10, найбільшою є нереалізована потреба у пероральних засобах контрацепції за середньою ціною (15–30 грн. або 3–6 доларів США), до яких відносяться і зареєстровані в Україні ЛНГ-ТЕК (Постинор). Іншими словами, лише кожна сьома жінка серед всіх жінок фертильного віку, які готові платити за середньовартісні контрацептивні засоби, придбає ці засоби у аптеці. Отже, навіть якщо фактор ціни на контрацептивні засоби для жінок фертильного віку не відіграє значення (має місце готовність платити), існують інші фактори, які перешкоджають доступу до цих засобів. В більшій мірі це стосується засобів РК, але може бути важливим і для засобів ЕК (інформаційно-комунікативні, регуляторно-правові фактори) [27, 28].

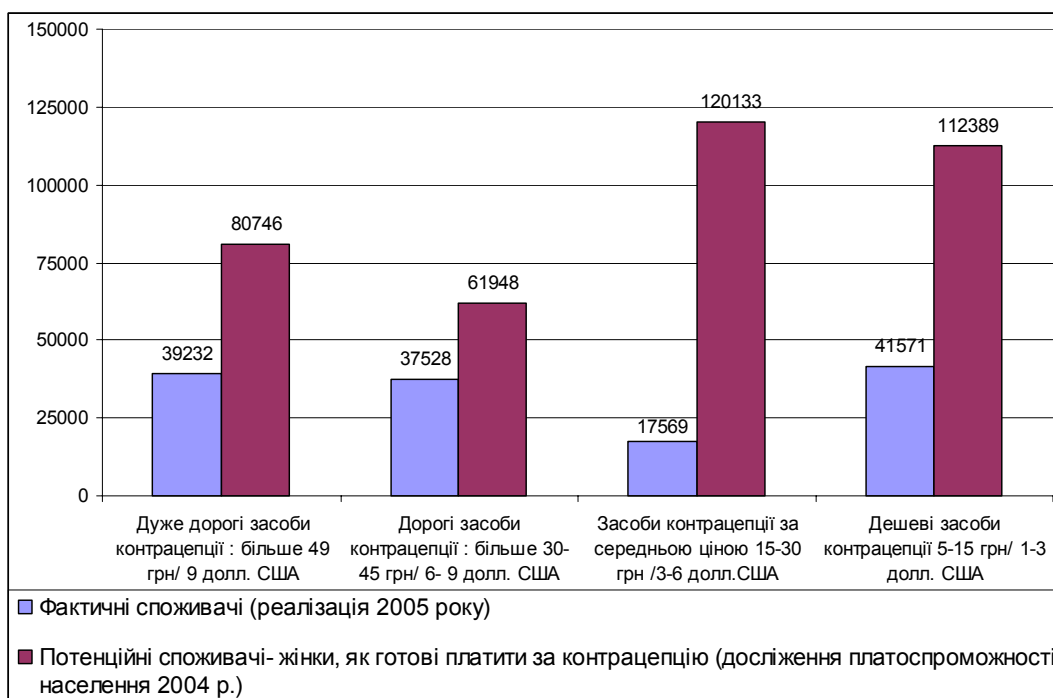


Рисунок 10. Україна: фактичні та потенційні споживачі пероральної контрацепції (жінки фертильного віку) за цінovими групами (Джерело: Проект JSI USAID «Разом до здоров'я», Програма сертифікації аптек, 2006).

Ціна упаковки Постинору в дистриб'юторській мережі станом на жовтень 2007 року коливалася в межах 22,30 грн — 26,68 грн, середня ціна в аптеках становила 27,36 грн [14, 150]. Варто зазначити, що вказана ціна вища за таку для одного циклу (21 або 28 таблеток) доступних КПК (Ригевідон, Три-Регол, Новінет, Мікрогінон, Овідон, Регулон, Ліндинет-20)

5.3.3. Засоби екстреної контрацепції: споживча колізія в Україні, інформаційна доступність, обізнаність та поширеність використання

В Україні за багато років наявності на фармацевтичному ринку продуктів ЕК були сформовані стійкі стереотипи щодо них як серед споживачів, так і серед медичних та фармацевтичних працівників. Всупереч регуляторним нормам, склалася унікальна ситуація з фізичною та ціною доступністю цих засобів для споживачів в аптечній мережі, що має наступні характерні ознаки:

- Безперешкодний доступ споживачів до засобів ЕК (ЛНГ-ТЕК, Постинор) в аптеках;
- Відпуск цих засобів провізорами без рецепту від лікаря;
- Самопризначення споживачами засобів ЕК;
- Відсутність консультативної підтримки з боку аптечних працівників;
- Стійкий пріоритет споживачів по відношенню до Постинору, хоча його упаковка коштує дорожче, ніж ряд доступних КПК (Ригевідон, Три-Регол, Новінет, Мікрогінон, Овідон, Регулон, Ліндинет-20);
- Повторне звертання споживачів до аптек з метою придбання засобів екстреної, а не планової контрацепції.

Ці ознаки були виявлені та систематизовані нами протягом 2004-2007 рр. в ході спілкування зі споживачами та аптечними працівниками, опитування лікарів акушерів-гінекологів в різних регіонах України, а також при аналізі результатів опитування думки практикуючих лікарів та провізорів/фармацевтів, проведеного компанією Comson Pharma в 2006 році (відповідно — проекти Medi-Q та Pharma-Q) [27, 28, 29, 104, 105].

Результати опитування 648 провізорів «першого столу» (аптечні працівники, які працюють безпосередньо зі споживачами за прилавками аптек), яке було проведене у квітні 2006 року компанією Comson Pharma показані на рис. 11.

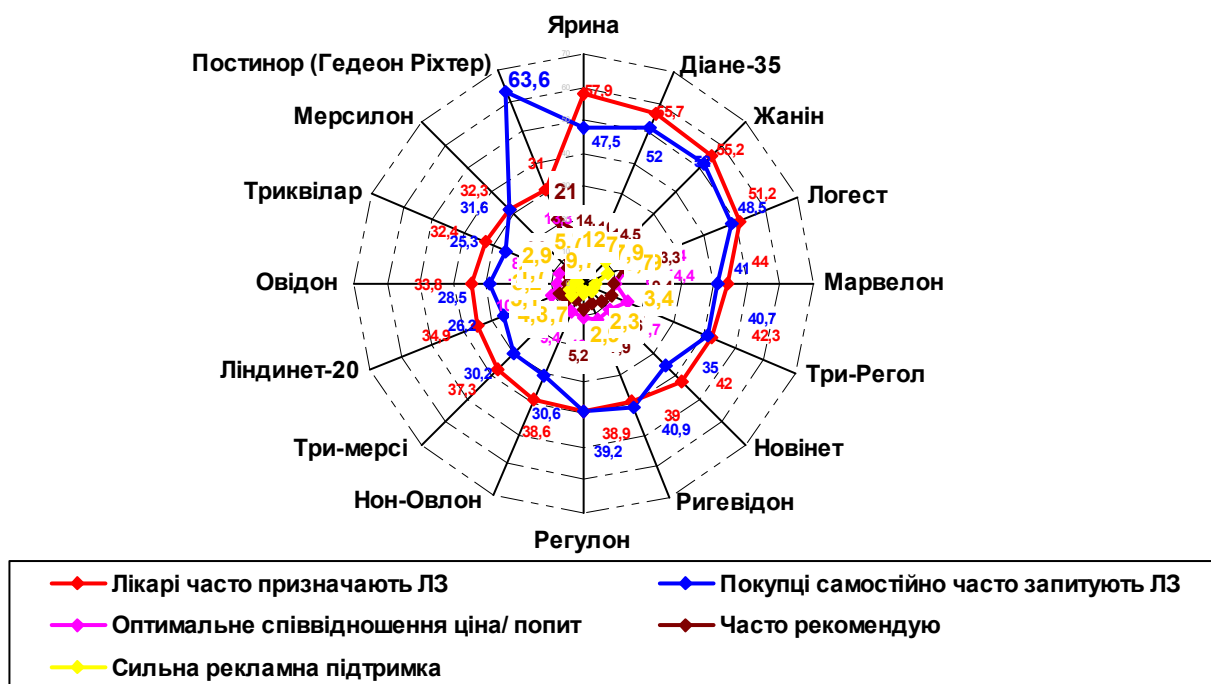


Рисунок 11. Основні чинники, що позитивно впливають на реалізацію з аптек препаратів групи гормональних контрацептивів (результати опитування 648 провізорів «першого столу», проведеного в Україні у квітні 2006 року), % (Джерело: *Comcon Pharma — Pharma-Q — думка практикуючих провізорів, квітень 2006*)

Опитування ставило за мету виявлення основних чинників, які позитивно впливають на реалізацію в аптеках групи гормональних контрацептивів (КПК + ЛНГ-ТЕК). Як видно на малюнку, чинники, що впливають на реалізацію Постинору з аптек, докорінним чином відрізняються від таких для всіх КПК. Ключовим чинником реалізації Постинору, на думку 63,6 % аптечних працівників, є самостійний попит з боку споживачів, що набагато більше впливу цього чинника при покупці КПК. Біля третини (31,0 %) респондентів відмітили чинник лікарських призначень Постинору. Слід зазначити, що 21,0 % аптечних працівників рекомендували Постинор споживачам, що не характерне для групи КПК, оскільки ці лікарські засоби споживачі отримують виключно за рекомендаціями лікаря або самостійно, для продовження періоду застосування КПК.

Таким чином, за думкою провізорів «першого столу», у більшості випадків Постинор реалізується за самостійним попитом споживачів, які добре знають про наявність такого лікарського засобу та самостійно приймають рішення щодо його придбання в аптеці. Натомість лікарські призначення Постинору мають другоряд-

не значення, а рекомендації аптечних працівників мають скоріше спорадичний, ніж системний характер.

Найкращим методом вивчення поведінки споживачів (як проміжних, так і кінцевих) є дослідження фокус-груп в різних модифікаціях [43, 135, 136]. Наприкінці 2005 року компанія Comcon Pharma вивчила використання та знання торговельних марок в групі гормональних контрацептивів у рамках проекту U-TGI (український індекс цільових груп) [106]. Досліджувались обізнаність споживачів стосовно окремих торговельних марок гормональних контрацептивів (у тому числі — і Постинору), та користування цими засобами принаймні одного разу протягом останніх (до опитування) трьох місяців. На рис. 12 і 13 показана обізнаність щодо різних торговельних марок гормональних контрацептивів та користування ними відповідно в популяції жінок від 16 років і старше серед всього міського населення (екстраполяція на 9 963 000 жінок від 16 років і старше, які проживають в містах), та в популяції всіх жінок, які користуються засобами гормональної контрацепції (екстраполяція на 759 000 жінок).

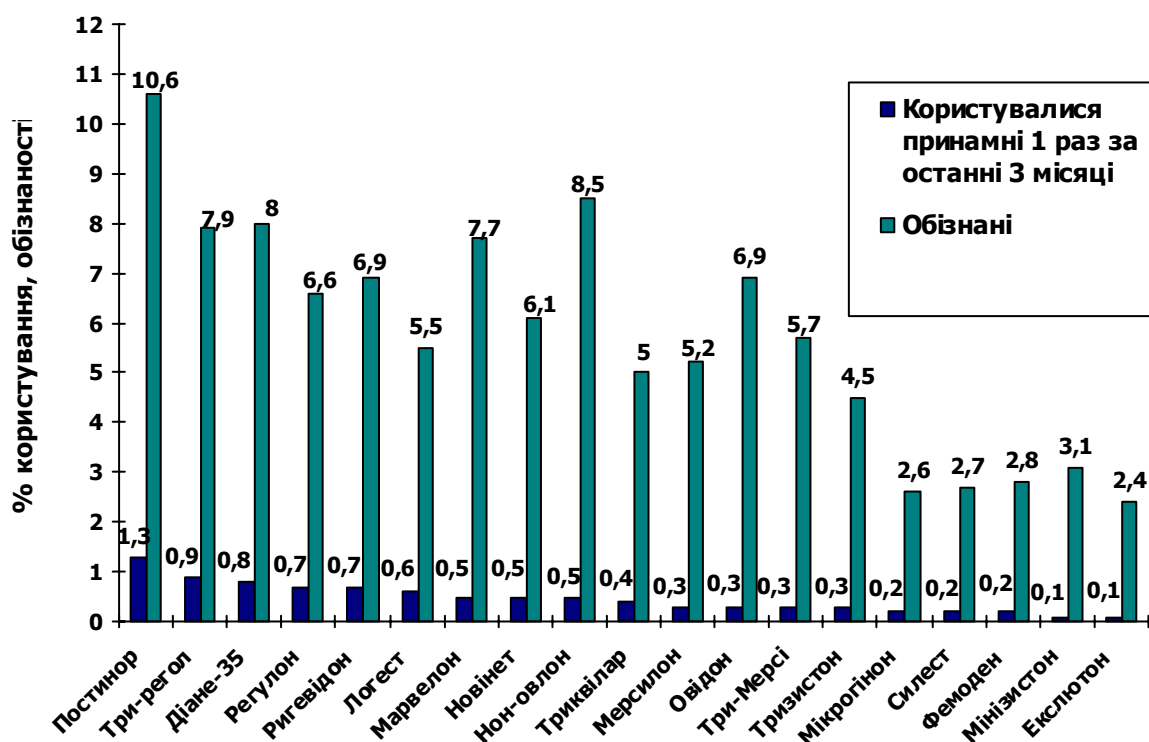


Рисунок 12. Обізнаність споживачів щодо торговельних марок гормональних контрацептивів та користування ними принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців в популяції жінок від 16 років серед всього міського населення України (екстраполяція на 9 963 000 жінок від 16 років, які проживають в містах), %. (Джерело: Comcon Pharma — U-TGI — український індекс цільових груп, 4 квартал 2005 року).

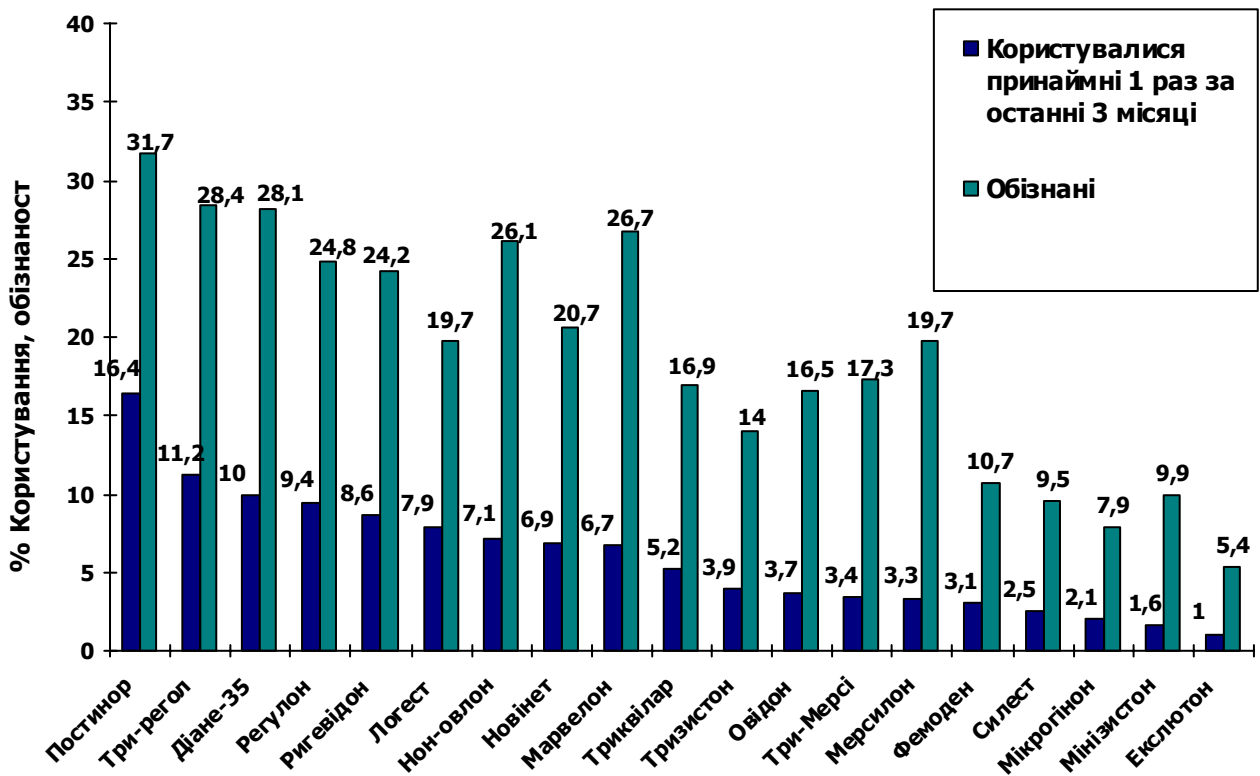


Рисунок 13. Обізнаність споживачів щодо торговельних марок гормональних контрацептивів та користування ними принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців в популяції всіх жінок котрі користуються засобами гормональної контрацепції (екстраполяція на 759 000 жінок), %.
(Джерело: *Sotson Pharma — U-TGI — український індекс цільових груп, 4 квартал 2005 року*)

Як видно з двох вище наведених рисунків, про наявність Постинору як засобу ЕК знає кожна десята міська жителька України віком від 16 років і старше, а 1,3 % жінок в цій популяції застосовували Постинор принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців до опитування. Серед всіх жінок, які користувалися засобами гормональної контрацепції в Україні на кінець 2005 року, про наявність та можливості застосування Постинору знала майже кожна третя, а 16,4 % жінок в цій популяції застосовували Постинор принаймні одного разу протягом останніх трьох місяців до опитування. Останній показник також вказує на співвідношення застосування екстреної та планової, або регулярної, контрацепції (відповідно — 16,4 % та 83,6 %), але тільки в популяції жінок, які користуються всіма гормональними методами контрацепції.

Жодна з торговельних марок гормональних контрацептивів не має такої високої поширеності в популяції жінок фертильного віку,

як Постинор. Це свідчить про стійкий стереотип споживачів, що спрямований на застосування ЕК.

В той же час слід зазначити, що обізнаність щодо наявності та можливостей застосування Постинору, показник якої складає 10,6 % серед всіх жінок фертильного віку, які проживають у місті, як і 31,7 % серед жінок, які користуються методами планування сім'ї, — не може вважатися достатньою. Жінки, які не обізнані щодо наявності та можливостей застосування методу ЕК, пропускають період, коли ТЕК або ВМЗ ще можуть бути застосовані, і в подальшому при встановленні факту вагітності можуть вдаватися до штучного її переривання. Отже, низька обізнаність щодо методу ЕК може опосередковано збільшувати частоту абортів в популяції жінок фертильного віку.

Як вже зазначалось, в серпні-вересні 2006 року у Львівській та Харківській областях працювала робоча група Проекту JSI USAID «Разом до здоров'я», яка вивчала обізнаність, відношення, рівень використання, фізичну, цінову та інформаційну доступність різних методів запобігання незапланованій вагітності.

У Харківській та Львівській областях членами робочої групи Проекту JSI USAID «Разом до здоров'я» було опитано відповідно 446 і 447 жінок фертильного віку, які зверталися до закладів охорони здоров'я. Жінкам пропонували висловити своє ставлення до кожного з відомих їм методів сучасної контрацепції взявши до уваги знання позитивних та негативних властивостей методу, зручність у використанні, можливі побічні ефекти, ціну та наявність в аптеках. Можливі оцінки методів були — «дуже добрий», «добрий», «ні хороший ні поганий метод», та «поганий» або «дуже поганий метод». З аналізу були виключені жінки, які відповіли, що не знають того чи іншого методу та, як результат не мають ніякого ставлення до методу.

За результатами опитування, до методу ЕК, який визначається застосуванням ЛНГ-ТЕК (Постинор) мають позитивне ставлення лише 19 % респондентів в Харківській та 14 % — у Львівській області. Натомість до застосування презервативів позитивно відносяться відповідно 59 % та 61 %, КПК — 51 % та 45 % респондентів [57]. Це свідчить про те, що більшість жінок усвідомлюють важливість планових методів контрацепції та мають критичне відношення до ЕК.

Слід зазначити, що крім відношення до різних методів контрацепції, досліджувався також рівень користування цими методами серед опитаних жінок фертильного віку (протягом останніх півроку до опитування). В Харківській області за останні перед опитуванням 6 місяців Постинор застосувало 0,4 % опитаних, в Львівській області — 1,6 %. В той же час рівень застосування КПК становив відповідно 12,7 % та 5,1 %, презервативів (партнери) — відповідно 26,8 % та 24,2 %. Заслуговує на увагу невикористання жодного з методів відповідно 34,2 % та 45,4 % респондентів. Остання категорія опитаних є потенційними споживачами засобів ЕК.

Наразі в Україні назріла необхідність проведення окремого популяційного дослідження з аналізом фокус-груп, яке б у різних аспектах вивчило феномен застосування ЕК: інформаційну доступність та обізнаність щодо цього методу планування сім'ї, поширеність серед жінок фертильного віку, ставлення та споживчі стереотипи, роль медичних та фармацевтичних працівників у популяризації методу ЕК тощо.

5.3.4. Використання засобів екстреної контрацепції в Україні

Як вже зазначалось, в Україні постійно був зареєстрований і, відповідно, використовувався жінками, єдиний засіб ЕК (ЛНГ-ТЕК) — Постинор виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон». Не дивлячись на те, що у 2006 році тим же виробником в Україні був зареєстрований ще один засіб ЕК — Ескапел (1 таблетка), але станом на жовтень 2007 року цей засіб в Україну не надходив, в обігу залишався тільки Постинор.

Враховуючи такі фактори, як відсутність державних закупівель засобів ЕК в Україні, відсутність гуманітарних надходжень засобів ЕК, а також засад СМ, наразі аналіз застосування методу ЕК може з високим ступенем достовірності ґрунтуватися на кількості реалізованих через аптечну мережу упаковок ЛНГ-ТЕК (Постинору). На користь такого підходу свідчить і той факт, що у кількісних дослідженнях українського фармацевтичного ринку взагалі неможливо визначити застосування інших методів ЕК, наприклад, диференціювати долі одиниць ВМК, застосованих в режимах ЕК.

В табл. 8 показано реалізацію упаковок Постинору за 5 років (2002–2006 рр.) , а також значення приросту реалізації у відсотках за кожний наступний рік (особисті дані).

Таблиця 8. Реалізація упаковок Постинору за 5 років (2002–2006 рр.) та приріст реалізації у відсотках за кожний наступний рік

Реалізація	2002	2003	2004	2005	2006
Постинор, упаковок	276 242	345 339	430 738	593 211	614 322
Щорічний приріст, %		25,01 %	24,73 %	37,72 %	3,56 %

На рис. 14 показано поквартальну динаміку реалізації упаковок Постинору через комерційний сектор в 2002–2007 роках.

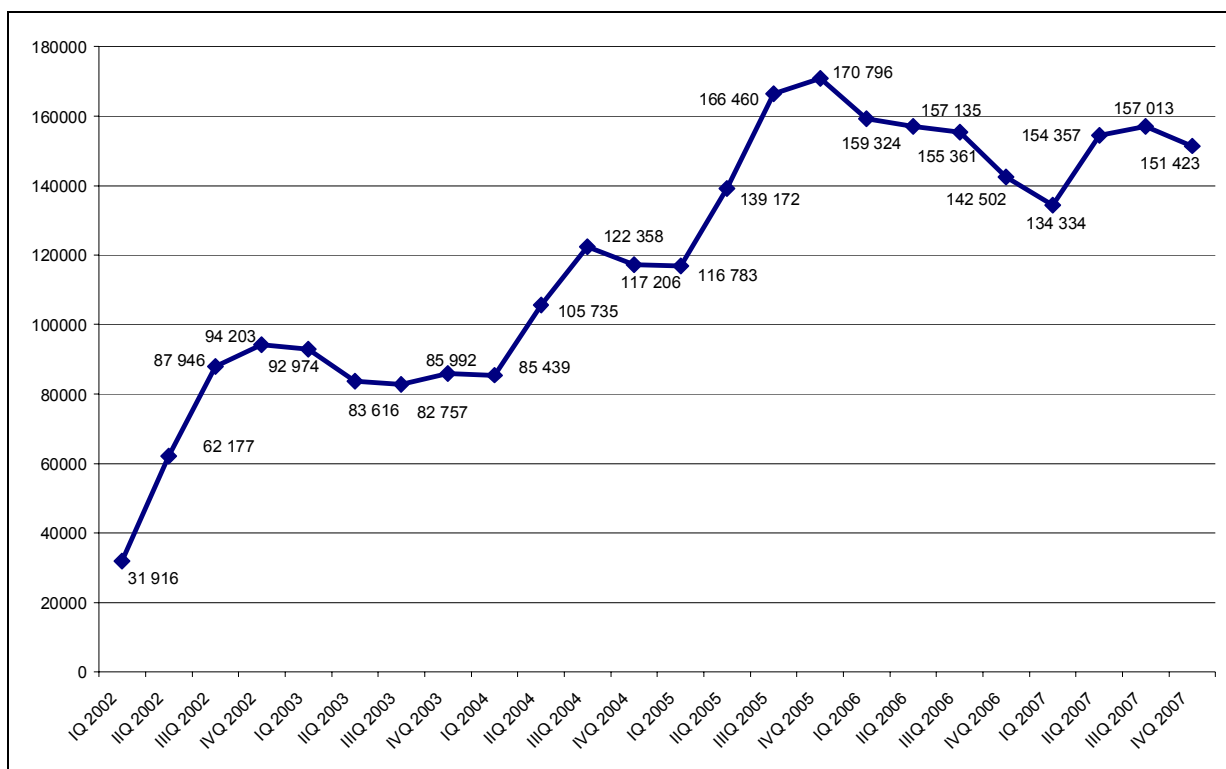


Рисунок 14. Поквартальна динаміка реалізації упаковок Постинору через комерційний сектор в 2002–2007 роках. (Джерело: «Ріхтер Гедеон»)

Таким чином, відповідно до наведених показників реалізації Постинору, простежується стрімкий ріст реалізації за 2002–2005 роки з наступним сповільненням реалізації у 2006 році. Пікові показники реалізації Постинору мали місце у третьому-четвертому кварталах 2005 року.

Слід зазначити, що до березня 2004 року в обігу були упаковки Постинору № 2 та № 4. У зв'язку з тим, що упаковка Постинору № 2 була зареєстрована в Україні тільки в липні 2002 року, в цьому

році біля 87 % реалізації припадало на Постинор № 4. У 2003 році цей показник не перевищував 20 %, а в 2004 році — 5 %. Одна упаковка Постинору № 4 може бути використана у двох випадках НК, тому показники реалізації упаковок Постинору № 2 та № 4 у період першого кварталу 2002 — першого кварталу 2004 років не повністю відображають реальної кількості випадків застосування НК.

Нами також простежена динаміка реалізації Постинору в Україні по відношенню до кількості жінок фертильного віку, і розраховані показники використання цього засобу ЕК на 1000 жінок фертильного віку та середньорічний відсоток використання Постинору у популяції жінок фертильного віку. Динаміка цих показників за 2002–2006 роки зображена на рис. 15.

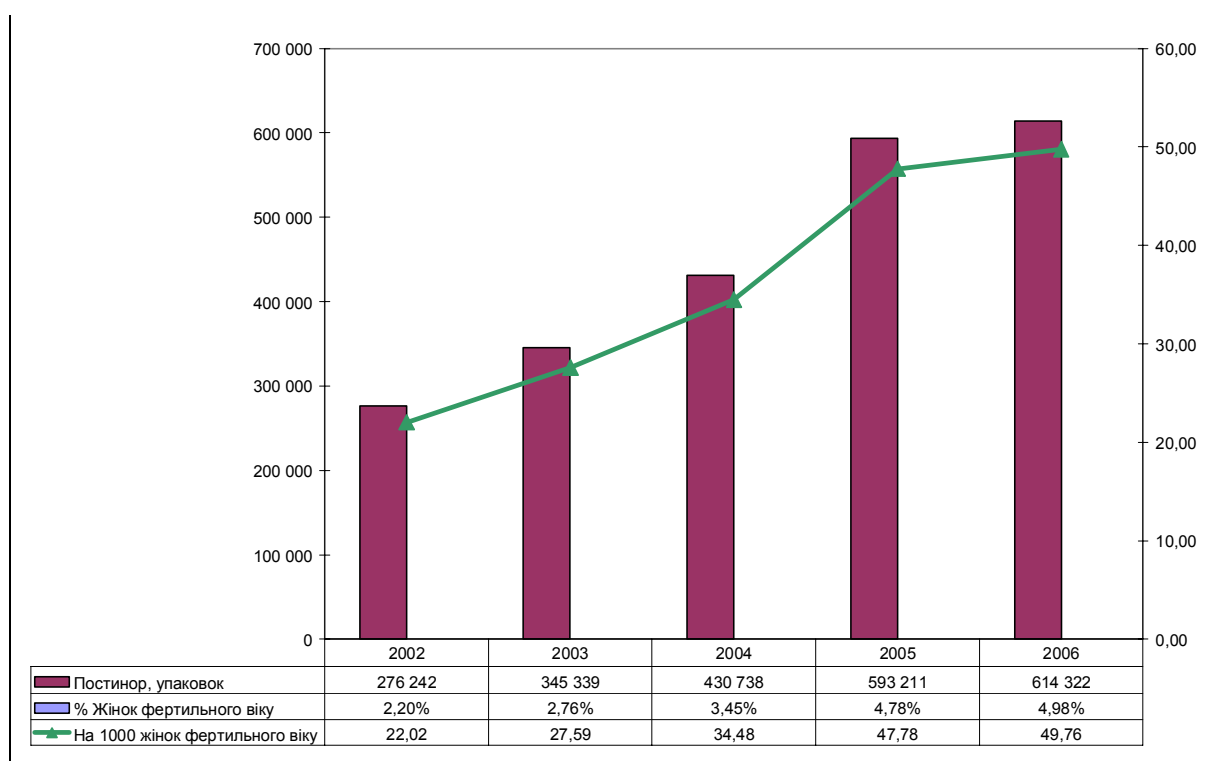


Рисунок 15. Реалізація упаковок Постинору та розрахованих показників використання цього засобу на 1000 жінок фертильного віку та середньорічного відсотку використання Постинору в популяції жінок фертильного віку за 2002-2006 роки. (Джерела: «Ріктер Гедеон», www.medstat.com.ua)

Таким чином, за п'ять років відмічається збільшення як абсолютних (на 122 % — за упаковками), так і відносних показників (на 126 %) використання Постинору як засобу ЕК в популяції жінок фертильного віку.

5.3.5. Рівень абортів та використання засобів екстреної контрацепції в Україні. Співвідношення між показниками

У багатьох літературних джерелах [20, 28, 30, 35, 38, 46, 49, 59, 62, 72, 76, 77, 91, 134, 147, 194, 201, 218] проводиться аналіз впливу використання засобів попередження небажаної вагітності на показник рівня абортів серед жінок фертильного віку. Світова та українська практика свідчать про зворотну залежність показників рівня абортів та рівня використання сучасних методів запобігання небажаній вагітності [28, 37, 62, 76, 77].

Співставлення показників рівня використання засобів ЕК та рівня абортів серед жінок фертильного віку має дуже важливе практичне значення. ЕК, як і РК зменшує кількість штучних переривань вагітності. В умовах, коли споживачі з різних причин віддають пріоритет ЕК, це може також відігравати суттєву роль у зниженні рівня абортів. На рис. 16 показано співставлення кількості реалізованих упаковок Постинору та кількості штучних переривань вагітності серед жінок фертильного віку в Україні за 2002–2006 роки.

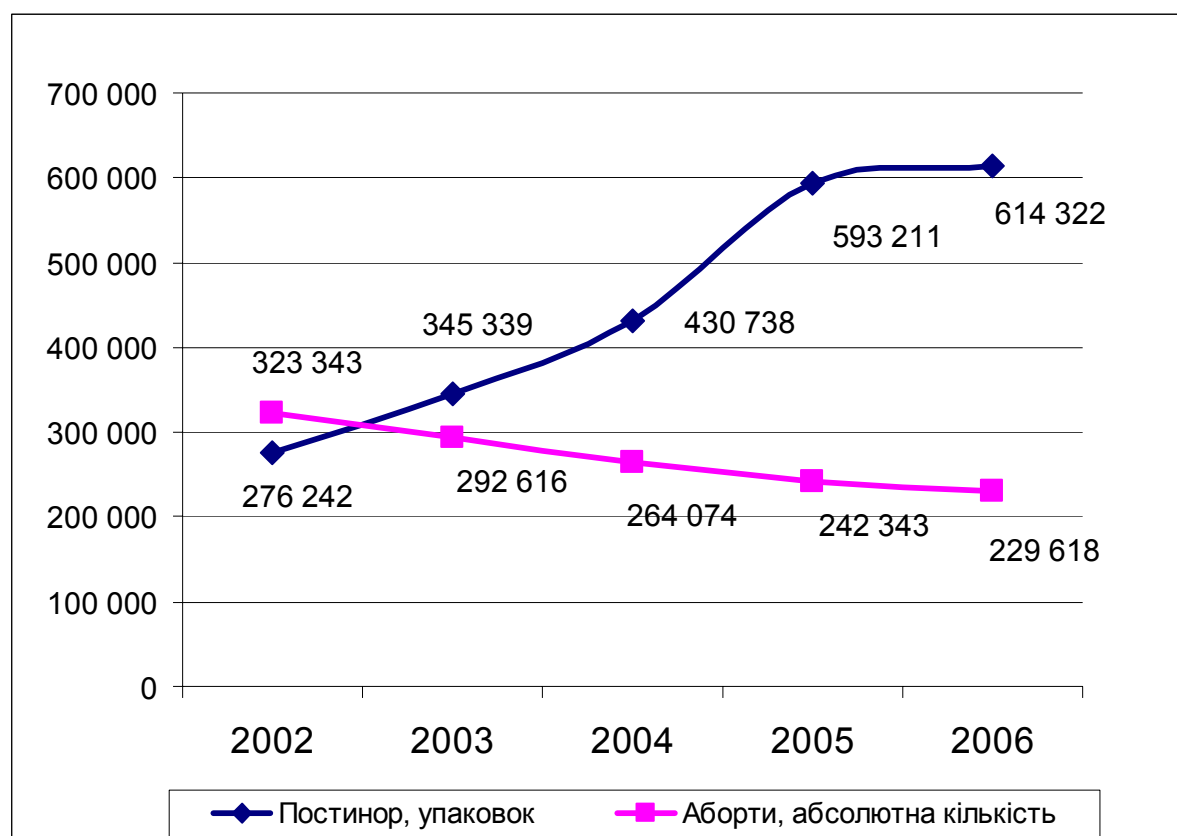


Рисунок 16. Співставлення кількості реалізованих упаковок Постинору та штучних переривань вагітності серед жінок фертильного віку в Україні за 2002–2006 роки. (Джерела: «Ріхтер Гедеон», www.medstat.com.ua)

За підсумками 2006 року нами було проаналізоване співвідношення реалізованих упаковок Постинору та кількості абортів на 1000 жінок фертильного віку як в Україні в цілому, так і в розрізі адміністративних територій — міст та областей. Ця інформація представлена в табл. 9 .

Таблиця 9. Реалізація упаковок Постинору, рівень абортів та співвідношення цих показників на 1000 жінок фертильного віку в 2006 році. (Джерела: «Ріхтер Гедеон», www.medstat.com.ua)

№	Адм. Території	Рівень абортів на 1000 жінок фертильного віку	Реалізація упаковок Постинору на 1000 жінок фертильного віку	Співвідношення на 1000 жінок фертильного віку	Усереднена доля жінок фертильного віку, які використали ЕК в 2006 році (%)
1	УКРАЇНА	18,6	49,76	2,68	4,98%
2	АР КРИМ	21,2	63,04	2,97	6,30%
3	Вінницька	20,44	26,69	1,31	2,67%
4	Волинська	16,29	30,50	1,87	3,05%
5	Дніпропетровська	21,28	57,40	2,70	5,74%
6	Донецька	19,83	45,47	2,29	4,55%
7	Житомирська	18,94	34,14	1,80	3,41%
8	Закарпатська	12,35	32,15	2,60	3,22%
9	Запорізька	21,92	44,30	2,02	4,43%
10	Івано-Франківська	8,52	55,35	6,50	5,53%
11	Київська	23,44	29,00	1,24	2,90%
12	Кіровоградська	27,07	23,08	0,85	2,31%
13	Луганська	23,26	24,09	1,04	2,41%
14	Львівська	13,28	59,89	4,51	5,99%
15	Миколаївська	21,38	19,26	0,90	1,93%
16	Одеська	25,35	35,13	1,39	3,51%
17	Полтавська	20,04	40,22	2,01	4,02%
18	Рівненська	11,49	44,99	3,92	4,50%
19	Сумська	8,46	36,08	4,27	3,61%
20	Тернопільська	10,98	43,91	4,00	4,39%
21	Харківська	12,78	45,43	3,55	4,54%
22	Херсонська	22,31	38,41	1,72	3,84%

23	Хмельницька	14,26	47,59	3,34	4,76%
24	Черкаська	12,9	49,10	3,81	4,91%
25	Чернівецька	16,97	42,99	2,53	4,30%
26	Чернігівська	24,35	59,79	2,46	5,98%
27	м. Київ	20,77	131,01	6,31	13,10%
28	м. Севастополь	20,94	220,27	10,52	22,03%

На рис. 17 показане співвідношення реалізації упаковок Постинору та рівня абортів на 1000 жінок фертильного віку в 2006 році, яке розраховане для кожної області України, АР Крим, міст Київ та Севастополь (від найменшого — до найбільшого показника).

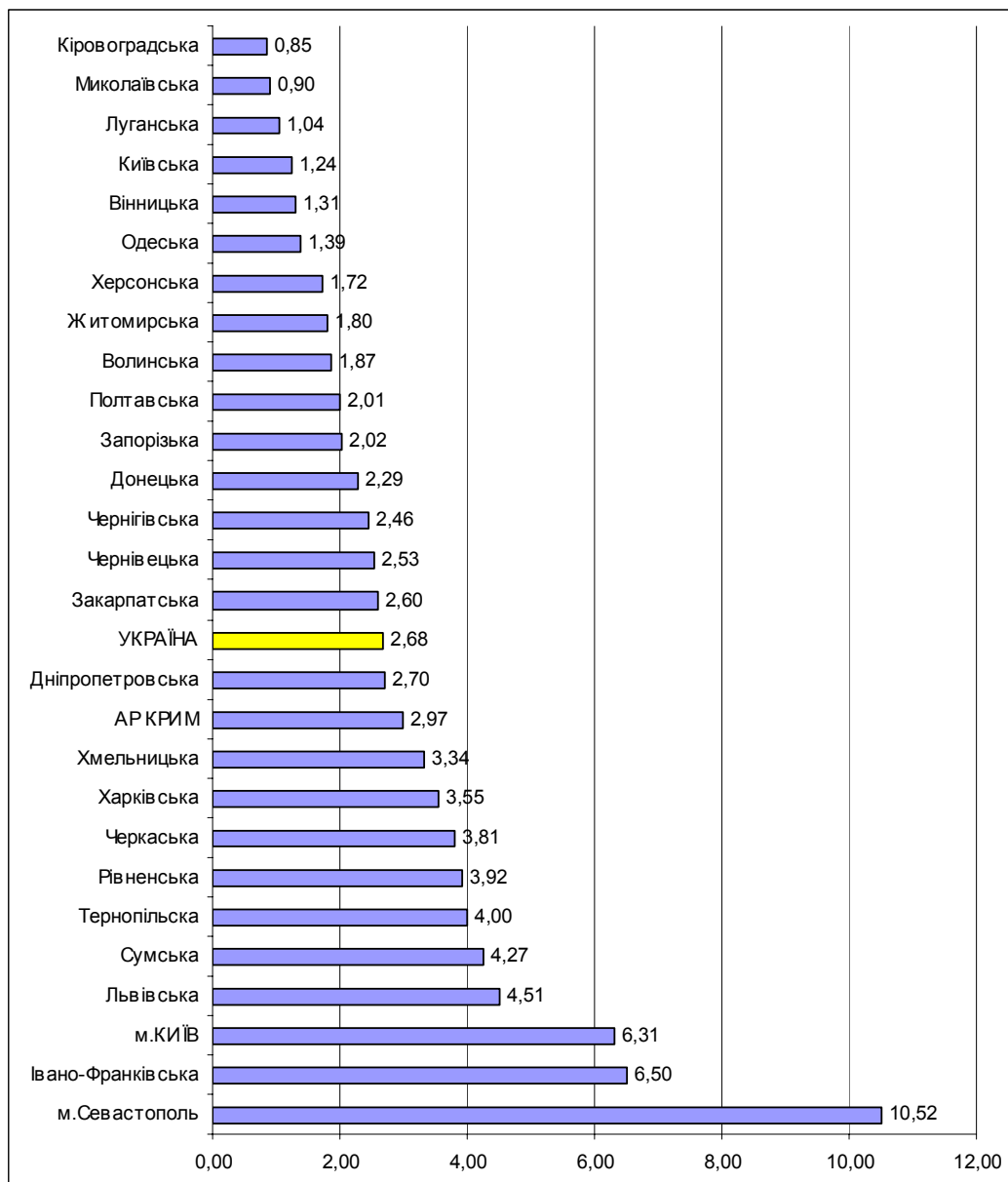


Рисунок 17. Співвідношення показників реалізації упаковок Постинору та рівня абортів на 1000 жінок фертильного віку в 2006 році у областях України, АР Крим, містах Києві та Севастополі (адаптовано з джерел: www.medstat.com.ua, «Ріктер Гедеон»)

Співвідношення показників реалізації ТЕК та рівня абортів на певній території за певний період часу є відносною величиною і свідчить, по-перше, про рівень незадоволених потреб у засобах ЕК, по-друге, про рівень обізнаності населення щодо можливостей використання засобів ЕК у разі потреби, і, по-третє, про поведінкові стереотипи населення у разі контрацептивних невдач або невикористання засобів РК (невикористання засобів ЕК, вибір абортів як єдиного методу регулювання народжуваності).

Середнє по Україні значення співвідношення показників реалізації ТЕК та рівня абортів складає 2,68. Слід вважати сприятливим якомога більше співвідношення цих показників, що свідчить про широке використання засобів ЕК з метою попередження небажаної вагітності. У цьому разі поведінковий стереотип споживачів полягає у застосуванні ТЕК з метою недопущення в подальшому абортів або розвитку небажаної вагітності. Прикладами можуть бути деякі західні області України (Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська). Звертає на себе увагу високе співвідношення показників реалізації ТЕК та рівня абортів у м. Севастополі, що може бути пов'язане з вибухоподібним зростанням попиту на Постинор у літні місяці року, у період масової курортної міграції населення до узбережжя Криму та особливостями діяльності морського транспорту (при цьому співвідношення для всієї АР Крим не набагато перевищує середнє по Україні значення). Високе співвідношення у столиці може бути пов'язане з тенденціями міграції населення з регіонів в Київ, а також з високим рівнем обізнаності споживачів та ефективністю заходів з планування сім'ї.

Відповідно, низьке співвідношення, яке можна бачити на прикладі Кіровоградської, Миколаївської та Луганської областей, може свідчити про недостатнє використання населенням засобів ЕК, а також пріоритет штучного переривання вагітності як методу регулювання фертильності над методами ЕК та РК.

Зазначені підходи до визначення зв'язку між використанням засобів ЕК та рівнем абортів можуть бути лише складовою багаторівневого аналізу, який визначає вплив методів планування сім'ї на рівень абортів в популяції. Ці підходи не враховують впливу методів РК та співвідношення РК та ЕК, про що йтиме мова в наступному підрозділі.

5.3.6. Планова та екстрена контрацепція в Україні

Вище було проаналізоване співвідношення рівнів використання ЕК та РК в різних країнах світу та визначені чотири принципові моделі такого співвідношення в популяції жінок фертильного віку.

Для України найбільш характерною є «екстрена» модель співвідношення, коли використання засобів ЕК має значну перевагу над використанням засобів РК. Так, в 2006 році розрахований на основі аналітико-статистичної інформації показник використання жінками фертильного віку засобів ЕК становить в середньому по Україні 4,98%, в той час як для засобів РК — 1,70% (у перерахунку на цикловий фактор). Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК в середньому по Україні становить 2,93 (для порівняння: США — 0,02, Угорщина — 0,13, Латвія — 0,65, Болгарія — 1,76; табл. 7).

Кількість жінок фертильного віку в кожній з областей України, АР Крим, містах Києві та Севастополі, а також долі в популяції жінок фертильного віку, які використовують засоби ЕК та РК, зазначені в табл. 10. Також, для кожної адміністративної території нами розрахований коефіцієнт співвідношення ЕК/РК. Слід зазначити, що у долі РК не враховане використання споживачами бар'єрних та природних методів планування сім'ї (враховане застосування КПК, ПТП, КІК, ЧПК, ВМЗ, вагінальних кілець і гормонмісних пластирів).

У всіх без винятку адміністративно-територіальних одиницях України застосування ЕК має пріоритет перед застосуванням РК. Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК більший в західних областях України (Львівській, Тернопільській, Івано-Франківській) та місті Києві, мінімальний — у Миколаївській, Кіровоградській та Чернівецькій областях. Цей відносний показник також відображає поведінкові стереотипи споживачів у різних регіонах і незадоволену потребу у плановій контрацепції, коли має місце застосування ЕК, а не РК з метою попередження небажаної вагітності.

Таблиця 10. Популяція жінок фертильного віку в областях України, АР Крим, містах Київ та Севастополь та розраховані долі, які користуються сучасними засобами екстреної та планової контрацепції (Джерела: «SMD», 2006, в модифікації, www.medstat.com.ua)*

№	Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість жінок фертильного віку (15–49 років)	Доля в популяції, яка користується засобами ЕК, %	Доля в популяції, яка користується засобами РК**, %	Коефіцієнт співвідношення ЕК/РК
1	Україна	12 345 054	4,98%	1,70%	2,93
2	АР КРИМ	534 622	6,30%	1,91%	3,30
3	Вінницька область	421 918	2,67%	1,09%	2,44
4	Волинська область	271 393	3,05%	1,30%	2,34
5	Дніпропетровська область	924 436	5,74%	2,07%	2,78
6	Донецька область	1 223 298	4,55%	1,82%	2,50
7	Житомирська область	331 415	3,41%	1,43%	2,39
8	Закарпатська область	332 955	3,22%	1,69%	1,90
9	Запорізька область	495 347	4,43%	1,56%	2,85
10	Івано-Франківська область	363 498	5,53%	1,30%	4,27
11	Київська область	458 575	2,90%	0,92%	3,16
12	Кіровоградська область	267 935	2,31%	1,33%	1,74
13	Луганська область	637 790	2,41%	0,97%	2,47
14	Львівська область	674 172	5,99%	1,24%	4,81
15	Миколаївська область	325 444	1,93%	1,19%	1,61
16	Одеська область	634 872	3,51%	1,14%	3,08
17	Полтавська область	396 158	4,02%	2,03%	1,98
18	Рівненська область	303 394	4,50%	1,23%	3,66
19	Сумська область	315 839	3,61%	1,55%	2,33
20	Тернопільська область	285 883	4,39%	1,04%	4,21

21	Харківська область	762 363	4,54%	1,44%	3,16
22	Херсонська область	297 400	3,84%	1,59%	2,41
23	Хмельницька область	341 725	4,76%	1,80%	2,64
24	Черкаська область	336 589	4,91%	1,64%	2,99
25	Чернігівська область	279 384	5,98%	2,13%	2,81
26	Чернівецька область	239 128	4,30%	2,35%	1,83
27	місто Київ	786 038	13,10%	3,37%	3,89
28	місто Севастополь	100 621	22,03%	8,33%	2,64

* не враховане використання бар'єрних та природних методів планування сім'ї

**враховане застосування КПК, ПТП, КІК, ЧПК, ВМЗ, вагінальних кілець і гормонмісних пластирів

Долі в популяції жінок фертильного віку, котрі застосовували засоби ЕК та засоби РК, характерні в 2006 році для кожної з областей України, АР Крим, міст Київ та Севастополь, представлені на рис. 18 та 19.

Розглянувши співвідношення обсягів реалізації засобів ЕК та рівня абортів, а також співвідношення застосування ЕК та РК у кожній з адміністративно-територіальних одиниць України, можна зробити висновок, що ЕК є одним з провідних факторів попередження абортів — з одного боку, і гальмівним, конкуруючим фактором для розвитку засад планової контрацепції в Україні — з іншого. Наприклад, населення Західного регіону України (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська області) має стійкий споживчий стереотип відносно засобів ЕК з метою запобігання абортам: обсяги застосування цих засобів значно перевищують такі для засобів РК. В Західному регіоні України такий поведінковий стереотип споживачів може бути пов'язаний з релігійним фактором, фактором еміграції жінок фертильного віку, а також достатньо високим рівнем поінформованості населення щодо методу ЕК.

Міграційний фактор також відіграє значну роль у виборі споживачами засобів ЕК у АР Крим, містах Севастополі та Києві. В місті Києві має місце один з найвищих в Україні рівнів використання засобів планової контрацепції (КПК, ПТП, КІК, ЧПК, ВМК, вагі-

нального кільця та контрацептивного пластиру) — 3,37%, при цьому 13,1% жінок фертильного віку протягом 2006 року застосовували Постинор.

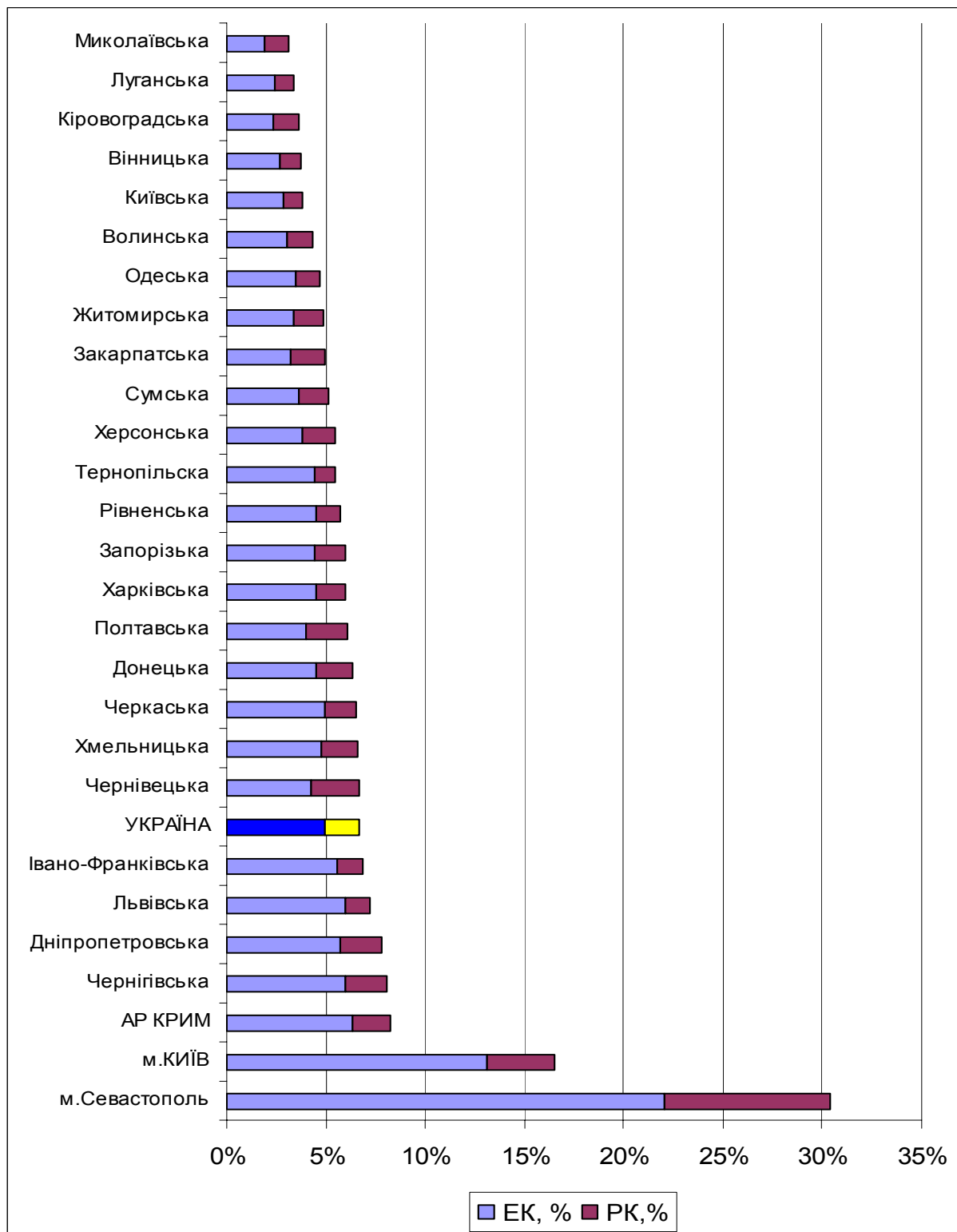


Рисунок 18. Долі жінок фертильного віку, які застосовували засоби екстреної та планової контрацепції у областях України, АР Крим, містах Київ та Севастополь (Джерела: «SMD» в модифікації, www.medstat.com.ua, 2006)

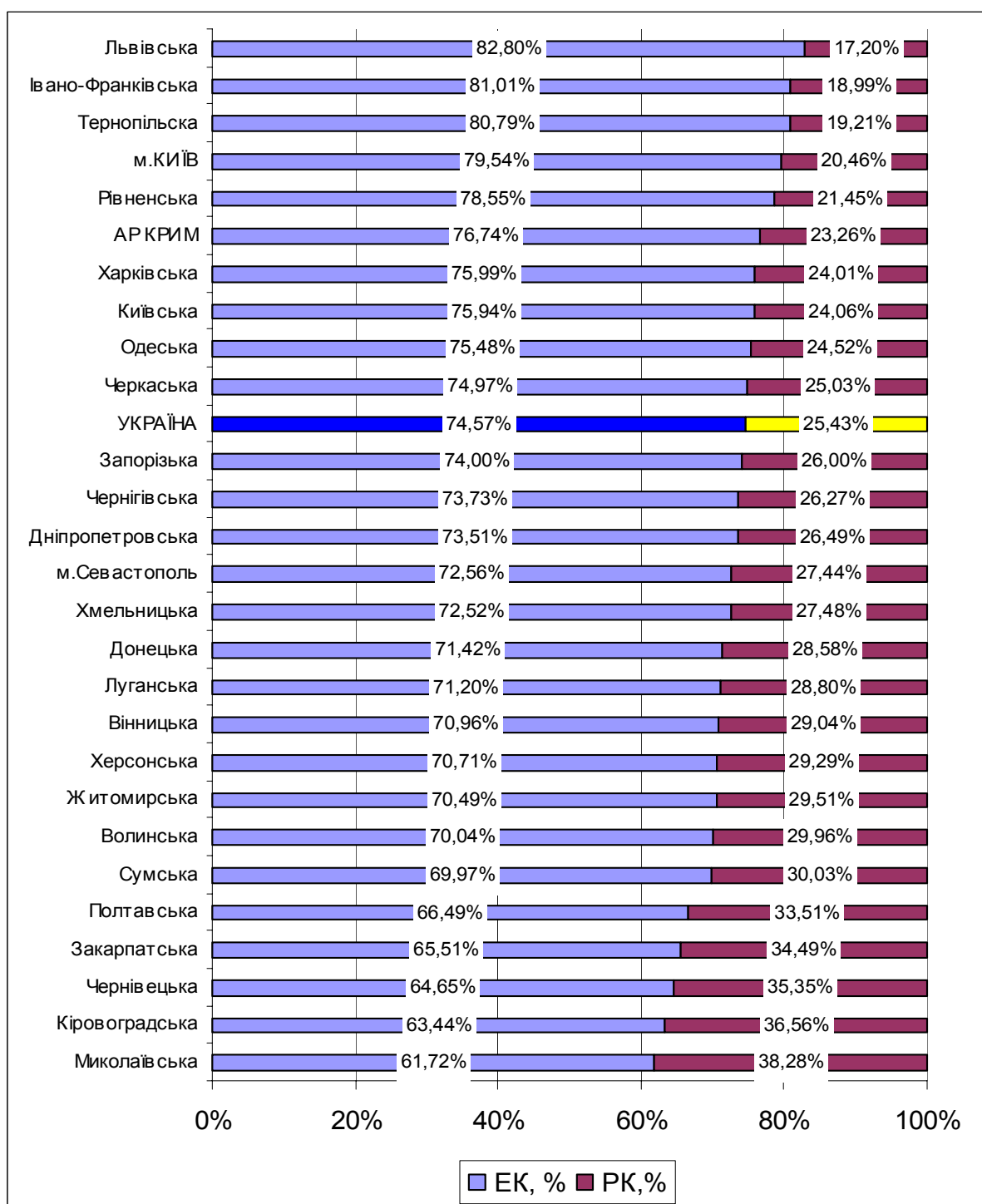


Рисунок 19. Співвідношення між собою долів жінок фертильного віку, які застосовували засоби екстреної та планової контрацепції у областях України, АР Крим, містах Київ та Севастополь (Джерела: «SMD» в модифікації, www.medstat.com.ua, 2006).

Звертає на себе увагу ряд областей України (Миколаївська, Луганська, Кіровоградська, Київська, Волинська, Одеська), в яких має місце дуже низьке співвідношення обсягу реалізованих упаковок Постинору та рівня абортів водночас із дуже низькою долею в

популяції жінок фертильного віку, які користуються будь-якими засобами контрацепції. Населення цих областей в рівній мірі недостатньо обізнане щодо засобів ЕК та засобів РК, що вимагає мобілізації зусиль з боку служб планування сім'ї в цих регіонах.

В цілому, слід визнати, що наразі в Україні має місце «екстрена» модель співвідношення ЕК та РК, коли ЕК має як позитивні, так і негативні аспекти застосування. Зусилля громад, засобів масової інформації, медичних та фармацевтичних працівників повинні бути спрямовані на поступове впровадження «прогресивної» моделі шляхом розвитку ринку РК. При цьому застосування засобів ЕК набуде позитивного аспекту в плані попередження абортів.

5.3.7. Проекти у галузі охорони репродуктивного здоров'я, пов'язані з впровадженням засад екстреної контрацепції в Україні

Як зазначалось раніше, міжнародні ініціативи в сфері охорони репродуктивного здоров'я, які мали місце в Україні за період з 1993 по 2007 роки, не торкались окремо проблем ЕК і не ставили за окрему мету провадження засад цього методу планування сім'ї. Разом з тим, всі міжнародні проекти, які працювали і працюють в Україні визнавали і визнають провідну роль ЕК у попередженні абортів, а також необхідність популяризації ЕК серед широких верств населення та медичних/фармацевтичних працівників [13, 39, 50, 57, 71, 87].

Окремий напрямок діяльності, безпосередньо пов'язаний з ЕК, на світовому рівні здійснює Програма належних технологій у охороні здоров'я — РАТН. [147, 194]. В Україні Проект РАТН протягом 2000–2004 років провів декілька тренінгів для медичних фахівців та соціальних працівників. Також, в 2002 році в Україні був проведений міжнародний семінар з питань впровадження засад планування сім'ї та ЕК зокрема, який зібрав думки організаторів охорони здоров'я, ключових лідерів галузі, представників недержавних організацій та медичних фахівців. Семінар був організований спільно з Інститутом Відкритого Суспільства та за участю представників ВООЗ та Міжнародної Федерації Планування сім'ї (IPPF). За результатами семінару, протягом наступного року в Вірменії, Литві, Македонії, Молдові, Росії (Сахалін), Узбекистані та Україні РАТН за підтримки Інституту Відкритого Суспільства надала гранти недержавним організаціям для підготовки інформаційних мате-

ріалів з питань ЕК для фахівців та споживачів, а також організації консультативної допомоги населенню. В Україні були підготовлені, видані великим тиражем та розповсюджені по каналах служби планування сім'ї міні-буклети для споживачів з методу ЕК (2002–2003 роки). Також, у 2004 році після видання російською мовою методичних рекомендацій з медичних аспектів та практичного застосування ТЕК, РАТН популяризував цю брошуру і серед українських фахівців (в онлайн-форматі) [148].

У 2005 році представники РАТН виступили з пропозиціями до найбільшого виробника ТЕК в Східній Європі — угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон», які полягали в ініціюванні розробки спільних стратегій з впровадження засад ЕК в країнах Східної Європи та Україні зокрема. Провідними напрямками співпраці Проект вважає розробку та проведення тренінгів з ЕК для фармацевтичних працівників, особливо провізорів «першого столу», внесення змін та доповнень до інструкції до наявних на українському ринку ТЕК, впровадження більш доступної інформації для споживачів у вигляді брошур, плакатів, стендів в аптеках та закладах охорони здоров'я. Подібна практика співпраці мала успіх в інших країнах [149]. В Україні протягом 2005–2007 років ці стратегії були впроваджені тільки частково у силу низки об'єктивних та суб'єктивних причин.

Наразі представництво «Ріхтер Гедеон» в Україні популяризує засади ЕК в Україні — як додатковий, але необхідний шлях попередження небажаної вагітності після РК. За останні три роки були підготовлені міні-буклети для споживачів двох типів (додаток 3), видані українською мовою «Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції» ВООЗ, проведені заняття для провізорів у всіх регіонах України. Компанія відкрита до співпраці у сфері актуалізації ЕК.

Перелік проектів (програм) міжнародної технічної допомоги у сфері охорони репродуктивного здоров'я, які торкалися засад ЕК в Україні за період 1995–2007 років наводиться у табл. 11.

Таблиця 11. Перелік проектів (програм) міжнародної технічної допомоги у сфері охорони репродуктивного здоров'я, які торкалися засад ЕК в Україні за період 1995–2007 років

№	Контрактор	Інформація про проект: назва, цілі	Термін виконання	Реципієнт
1	2	3	4	5
1	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health США	Міжнародна освіта та навчання в сфері охорони репродуктивного здоров'я: Підвищення рівня репродуктивної медичини для жінок та скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб планування сім'ї	01.1996– 09.1998	Львівський перинатальний центр, Донецький регіональний центр матері та дитини, Одеська регіональна клінічна лікарня.
2	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health США	Міжнародна освіта та навчання в сфері охорони репродуктивного здоров'я: Підвищення рівня репродуктивної медичини для жінок та скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб планування сім'ї.	01.1996– 09.1998	Львівський перинатальний центр, Донецький регіональний центр матері та дитини, Одеська регіональна клінічна лікарня, Івано-Франківська медична академія, Прикарпатський Центр репродукції людини, Одеський Державний медичний Університет, Інститут вдосконалення лікарів м. Харкова, міський пологовий будинок № 4 м. Харкова, міський пологовий будинок № 3 м. Запоріжжя, Інститут вдосконалення лікарів м. Запоріжжя, Сімферопольський центр охорони матері та дитини

3	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health США	Міжнародна освіта та навчання в сфері охорони репродуктивного здоров'я: Підвищення рівня репродуктивної медицини для жінок та скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб планування сім'ї.	30.09.98– 30.06.99	Львівський перинатальний центр, Донецький регіональний центр матері та дитини, Одеська регіональна клінічна лікарня, Івано-Франківська медична академія, Прикарпатський Центр репродукції людини, Одеський Державний медичний Університет, Інститут вдосконалення лікарів м. Харкова, міський пологовий будинок №4 м. Харкова, міський пологовий будинок №3 м. Запоріжжя, Інститут вдосконалення лікарів м. Запоріжжя, Сімферопольський центр охорони матері та дитини
4	AVSC International США	Надання послуг у сфері репродуктивного здоров'я. Підвищення рівня репродуктивної медицини для жінок та скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб планування сім'ї, консультативна та практична допомога, навчання спеціалістів та персоналу, профілактика ін'єкцій.	08.94–08.98	Міністерство охорони здоров'я України, Донецький обласний центр матері та дитини, пологові будинки, Одеська обласна клінічна лікарня, Перинатальний Центр м. Одеси
5	AVSC International США	Надання послуг у сфері репродуктивного здоров'я. Підвищення рівня репродуктивної медицини для жінок та скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб плану-	08.94-08.98	Міністерство охорони здоров'я України, Донецький обласний центр матері та дитини, пологові будинки, Одеська обласна клінічна лікарня, Перинатальний Центр м. Одеси,

		вання сім'ї, консультативна та практична допомога, навчання спеціалістів та персоналу, профілактика ін'єкцій.		Центр планування сім'ї та репродукції людини м. Сімферополя, пологовий будинок №4 м. Харкова, регіональний Центр планування сім'ї м. Харкова
6.	CDC Центр з контролю та запобігання захворюваності США	Ініціатива по жіночому репродуктивному здоров'ю. Надання допомоги в дослідженні стану репродуктивного здоров'я жінок та контрацептивного менеджменту.	01.04.98– 31.12.99	Міністерство охорони здоров'я України
7	ЛНРІЕГО Програма Джо-на Хопкінса з міжнародної освіти в сфері репродуктивного здоров'я США	Міжнародна освіта та навчання в сфері охорони репродуктивного здоров'я. Підвищення рівня репродуктивної медицини, скорочення кількості абортів, поліпшення роботи служб планування сім'ї.	30.06.99 – 31.08.00	Львівський перинатальний центр, Донецький Державний регіональний центр охорони матері і дитини, Одеська регіональна клінічна лікарня, Івано-Франківська медична академія, Прикарпатський центр репродукції людини, Одеський Державний медичний Університет, Інститут вдосконалення лікарів м. Харкова, міський пологовий будинок №4 м. Харкова, міський пологовий будинок №3 м. Запоріжжя, Інститут вдосконалення лікарів м. Запоріжжя, Сімферопольський Центр охорони матері та дитини

8	The Futures Group International США	Проект ПОЛІСІ (The POLICY Project). Забезпечення поліпшення надання медичної допомоги установами охорони здоров'я з питань планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, підтримка у здійсненні реформування системи фінансування в галузі на національному, місцевому та обласних рівнях.	01.01.95 — 31.08.00	Міністерство охорони здоров'я України
9	The Futures Group International США	Проект ПОЛІСІ (The POLICY Project). Забезпечення поліпшення надання медичної допомоги установами охорони здоров'я з питань планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, підтримка у здійсненні реформування системи фінансування в галузі на національному, місцевому та обласних рівнях.	09.01 — 09.05.	Міністерство охорони здоров'я України, Українська Мережа Репродуктивного Здоров'я
10	Університет Джона Хопкінса США	Консультування жінок після пологів та абортів щодо методів контрацепції. Надання допомоги з питань зниження вихідного рівня абортів шляхом підвищення використання засобів контрацепції жінками після пологів або абортів, що є періодами високого ризику вагітності.	31.03.00 — 31.01.01	Кримський регіональний центр планування сім'ї, Харківський регіональний центр планування сім'ї, Управління охорони здоров'я при Львівській державній адміністрації, Львівський обласний центр репродуктивного здоров'я.
11	Каунтерпат Інтернешнл Інк. США	Програма надання грантів у сфері охорони здоров'я. Надання підтримки громадським організаціям з метою підвищення інформованості	20.09.00 — 30.09.02	Громадські організації України, діяльність яких пов'язана з проблемами ВІЛ/СНІДу, проблемами репродуктивного здоров'я, планування сім'ї

		суспільства про захворювання на ВІЛ/СНІД, відповідні профілактичні засоби, поліпшення догляду за особами, хворими на ВІЛ/СНІД, поліпшення організаційних можливостей громадських організацій, діяльність яких пов'язана з питаннями планування сім'ї, репродуктивного здоров'я.		та системи охорони здоров'я.
12	АМР США	Поліпшення здоров'я матерів та дітей. Сприяння поліпшенню здоров'я жінок і дітей, збереженню і зміцненню репродуктивного здоров'я, зниженню материнської та перинатальної смертності	30.09.02 — 29.09.06	Міністерство охорони здоров'я України
13	ФНООН	Підтримка Національної програми планування сім'ї	1997–2000	Міністерство охорони здоров'я України
14	ФНООН	Посилення служби охорони репродуктивного здоров'я України	2000–2003	Міністерство охорони здоров'я України Міністерство у справах сім'ї, дітей та молоді.
15	ФНООН	Підготовка спеціалістів центрів здоров'я з питань профілактики ВІЛ/ СНІДу/ ІПСШ, небажаної вагітності та вживання наркотиків	2001–2002	Міністерство охорони здоров'я України
16	ФНООН	Соціальний маркетинг кондомів в Україні	2003–2004	Міністерство у справах сім'ї, дітей та молоді.
17	ФНООН	Розбудова інтегрованої мережі послуг з репродуктивного та статевого здоров'я	2003–2007	Міністерство охорони здоров'я України

18	АМР США, Інститут Дослідництва та Тренінгів (ISI)	Проект покращення планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні «Разом до здоров'я»	2005–2010	Міністерство у справах сім'ї, дітей та молоді. Міністерство охорони здоров'я України; Аналітична компанія SMD; партнери комерційного (приватного) сектору: «Янссен-Сілаг» АГ представництво в Україні; «Органон» Б.В. представництво в Україні; Pfiizer Н.С.Р. Corporation представництво в Україні; «Ріхтер Гедеон» представництво в Україні; «Байер-Шерінг Фарма АГ» представництво в Україні; «Ге-спро».
----	---	---	-----------	---

7 грудня 2006 року в Києві відбулось підписання тристороннього Меморандуму про партнерство між державним, приватним та недержавним секторами в сфері охорони репродуктивного здоров'я України. Цю угоду про партнерство було укладено між МОЗ України, Проектом «Разом до Здоров'я», Агентством США з міжнародного розвитку регіональною місією в Україні, Білорусії та Молдові (USAID), аналітичною компанією SMD та наступними партнерами приватного сектору: «Янссен-Сілаг» АГ представництво в Україні, «Органон» Б.В. представництво в Україні, Pfizer Н.С.Р. Corporation представництво в Україні, «Ріхтер Гедеон» представництво в Україні, «Байер-Шерінг Фарма АГ» представництво в Україні та «Теспро». Загальні завдання цієї угоди про партнерство походили зі стратегій та пріоритетів кожного з партнерів та полягали у наступному:

1. Покращити наявність та доступність шляхом розробки та активного впровадження мінімального пакету доступних контрацептивів (МПДК);
2. Покращити знання та навички медичних та фармацевтичних працівників щодо сучасних практик планування сім'ї шляхом надання їм нової інформації про технологію контрацепції та консультування пацієнтів;
3. Покращити обізнаність населення відносно переваг сучасної контрацепції у порівнянні з абортom та надати їм інформацію про наявність доступних, якісних, безпечних та ефективних послуг та товарів з планування сім'ї;
4. Підтримати розробку та впровадження політики, що підтримувала б якісне надання послуг з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в українській системі охорони здоров'я [9, 55].

Одним з найважливіших завдань Меморандуму про партнерство є заохочення державних та приватних аптек України мати в наявності групу контрацептивних препаратів, що створить можливість широкого вибору сучасних методів за доступними цінами для українських споживачів. Ці торговельні марки контрацептивних засобів об'єднані у пакет, який має назву Мінімальний Пакет Доступних Контрацептивів (МПДК). Аптека-партнерам Проекту «Разом до здоров'я», які матимуть в асортименті МПДК, надається логотип «Дружні послуги з планування сім'ї», і до них скеровуються споживачі після консультування з питань планування сім'ї. Слід зазначити, що до МПДК увійшли обидві торговельні марки ЛНГ-ТЕК,

зареєстровані в Україні: для подвійного режиму застосування — Постинор, і для моно-режиму — Ескапел. В табл. 12 наведено торговельні марки контрацептивних товарів, які увійшли до складу МПДК [42, 57].

Таблиця 12. Мінімальний Пакет Доступних Контрацептивів (МПДК)

Критерії МПДК	Торговельні марки контрацептивних товарів, які виробляються та розповсюджуються партнерами «Разом до здоров'я» з приватного сектору
1 торговельна марка КПК < 10 грн	Ригевідон, Три-Регол
1 торговельна марка КПК між 10–20 грн	Мікрогінон, Новінет, Регулон
1 торговельна марка КПК між 20–30 грн	Силест, Ліндинет, Мерсилон
1 марка ПТП	Ексклютон
1 марка ТЕК	Постинор, Ескапел
1 ін'єкційний контрацептив (ЧПК)	Депо-Провера
1 ВМК < 25грн	Прегна
1 марка презервативів	Contex, Козацькі, Гусарські, Prime, WildCat

Таким чином, впровадження МПДК в аптечному секторі України може бути важливим кроком для покращення доступності та поінформованості споживачів з ЕК та базовим підходом для розвитку СМ-механізму забезпечення контрацептивними засобами.

6. ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНІ ЗАСАДИ ЕКСТРЕНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Діяльність у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї вимагає чіткого усвідомлення необхідності змін поведінки споживачів. Такі зміни можуть бути пов'язані з формуванням нових моделей поведінки, отриманням знань, набуттям необхідних навичок, розвитком поглядів та переконань, спрямованих загалом на поліпшення репродуктивного та сексуального здоров'я. Специфіка інформаційно-комунікативних засад планування сім'ї полягає в тому, що це сфера профілактики, а не лікування, сфера конфіденційності та інтимного життя водночас із необхідністю висвітлення широкого кола питань та виявлення нереалізованих інформаційних потреб споживачів.

Питанням інформаційно-комунікативних засад ЕК в нашій країні приділяється дуже мало уваги, в той час як цьому присвячені окремі керівництва [85, 116, 194], видані у інших країнах за підтримки впливових міжнародних організацій. За умов, коли співвідношення ЕК/РК в Україні характеризує наявність «екстреної моделі» і споживачі мають стійкий пріоритет саме по відношенню до Постинору, відсутність належного інформаційного забезпечення населення щодо ЕК, вільний доступ до цих засобів в комерційному секторі, певна індиферентність медичних та фармацевтичних працівників, — створюють умови для формування хибних стереотипів споживчої поведінки, коли ЕК стає основним і регулярним методом планування сім'ї, порушуються режими застосування ТЕК, збільшується частота побічних ефектів і знижується ефективність від застосування цих засобів, тощо.

В цьому розділі будуть послідовно розглянуті поведінкові стереотипи споживачів ЕК, інформаційно-комунікативні бар'єри, які чинять перешкоди поширенню засад ЕК, визначення цільових груп споживачів та підходи до комунікативної роботи з ними щодо ЕК, шляхи та методи подолання інформаційно-комунікативних бар'єрів, формування основних повідомлень до споживачів стосовно методу ЕК та створення спеціальних образів та інформаційних матеріалів. Слід зазначити, що інформація в цьому розділі матиме узагальнений характер, який притаманний різним країнам світу та Україні зокрема.

6.1. Поведінкові стереотипи споживачів екстреної контрацепції

Поведінка споживачів у разі загрози виникнення небажаної/незапланованої вагітності та мотивація до застосування засобів ЕК відрізняється в кожному конкретному випадку залежно від наступних факторів:

1. Індивідуальних психологічних особливостей (тип вищої нервової діяльності, збудливість, емоційна складова та інші);
2. Репродуктивних планів партнерів;
3. Рівня загально-біологічної та медичної обізнаності або поінформованості;
4. Рівня поінформованості щодо наявності та можливостей придбання і застосування засобів ЕК (фізична, цінова та інформаційна доступність);
5. Фактору наявності засобів ЕК у споживачів;
6. Фактору часу, тобто періоду часу від незахищеного статевого контакту до вжиття заходів з попередження небажаної вагітності;
7. Фактору доступності медичної допомоги для споживачів та можливості отримання кваліфікованої консультації від фахівця;
8. Факторів, що спричиняють необхідність застосування засобів ЕК: невикористання жодного з методів планової контрацепції, контрацептивна невдача (розрив презервативу, пропуск прийому КПК або ПТП, згвалтування та інші причини).

Коротко зупинимось на кожному з факторів.

Індивідуальні психологічні особливості споживачів не є специфічним фактором у відношенні застосування засобів ЕК. Вони визначають всі без винятку сфери людського існування та емоційний стан у кожний конкретний момент часу. Слід зазначити, що типовими психологічними реакціями у разі необхідності використання засобів ЕК є відчуття тривоги, неспокою, рідше — відчаю та роздратованості. У випадках, коли ЕК застосовується не вперше і попередній досвід був ефективним в плані попередження небажаної вагітності, ці відчуття можуть мати мінімальний прояв, натомість жінка та її партнер можуть зберігати спокій.

Окремий стан, який буде розглянутий далі, — психічна травма у жінок, які були зґвалтовані. Психічна травма, як правило, унеможливорює прийняття жінкою самостійного рішення стосовно застосування засобів ЕК і попередження таким чином небажаної вагітності [85]. Слід зазначити, що процедура призначення методів/ засобів ЕК повинна мати місце у ранній, найбільш «гострий» період психічної травми (перші п'ять днів після зґвалтування). Тому цей стан вимагає сукупних зусиль з фізичної, психологічної та соціальної реабілітації, які можуть здійснюватись на різних етапах акушером-гінекологом, судово-медичним експертом, медичним психологом/психотерапевтом та соціальним працівником.

Слід зазначити, що споживачі з особливими потребами у контрацепції (багатодітні жінки, молодь та підлітки, малозабезпечені верстви населення та інші) мають різні поведінкові стереотипи по відношенню до застосування різних методів попередження небажаної вагітності, що вимагає впровадження окремих комунікативних засад для кожної з груп цих споживачів [85].

Цікавим є поділ споживачів за психографічними типами, який визначається за результатами проведення фокус-груп. Як раніше зазначалось, наприкінці 2005 року компанія Comson Pharma вивчила використання та знання торговельних марок в групі гормональних контрацептивів у рамках проекту U-TGI (український індекс цільових груп), в ході якого були визначені також психографічні типи споживачів гормональних контрацептивів (в тому числі Постинору) та співвідношення цих типів між собою [106]. Психографічних типів є вісім, вони виділені дослідниками психології споживачів емпіричним шляхом без певних специфік по відношенню до виду товару [135], і кожен з них має наступні характеристики :

- 1) **«Нужденні» (survivors):** звичайно пасивні, песимістичні, часто занепокоєні власним матеріальним становищем. Дохід нижчий за середній, освіта середня або неповна середня. Часто тривожні, занепокоєні станом власного здоров'я;
- 2) **«Традиціоналісти» (traditionalists):** покладаються на звички та стереотипи, багато працюють, віддають перевагу добре перевіреним речам, продуктам та лікарським засобам, добре рахують власні кошти, мають схильність до планування витрат; переважно спокійні, врівноважені;
- 3) **«Цілеспрямовані» (strivers):** знаходяться у пошуку оптимальних товарів та послуг для себе та своїх родин, мають

«запас бажань», намагаються придбати добре знайомі торговельні марки, відносно лояльні до реклами, у складних ситуаціях шукають вихід, намагаються позбутися відчаю;

- 4) **«Пересічні» (mainstreamers):** практичні та заощадливі, завжди думають про сьогоднішній день, поважають функціональні речі, завжди планують покупки, поведінка прогнозована;
- 5) **«Безтурботні» (careless):** мало займаються побутом, створюють собі «власний світ», пов'язаний з технікою, фантастикою; мають певний скепсис по відношенню до реклами, хоча добре диференціюють торговельні марки товарів, люблять гумор;
- 6) **«Новатори» (innovators):** активно реагують на рекламу, слідкують за модою, намагаються сучасні речі, навіть якщо ті дуже дорогі. Активно будують плани на майбутнє, найчастіше оптимісти;
- 7) **«Успішні» (achievers):** ці споживачі, як правило, мають власну справу та високі доходи, придбають дорогі та якісні речі, дуже серйозно відносяться до власного здоров'я, лояльні до реклами;
- 8) **«Благополучні» (successful):** задоволені власним матеріальним станом, мають різні хоббі та уподобання, достатньо консервативні, більше вірять добре перевіреним та якісним торговельним маркам, активно дивляться телебачення та слухають радіо (більше трьох годин на день).

Розподіл українських споживачів гормональної контрацепції за психографічними типами висвітлений на рис. 20.

Слід зазначити, що психографічний розподіл є відносним шляхом диференціації споживачів за типами поведінки [43, 106, 135, 136]. Наразі відсутня інформація щодо проведення фокус-груп серед споживачів власне ЕК, хоча вище наведений розподіл в силу стійкого споживчого стереотипу на користь ЕК в Україні, в більшій чи меншій мірі відображає портрет споживачів.

Фактор **репродуктивних планів партнерів**, а саме бажання чи небажання мати дитину є визначальним у формуванні поняття «небажана вагітність», а також поведінки партнерів після незахищеного статевого контакту [20, 194]. Модель прийняття рішень споживачами щодо використання або невикористання засобів ЕК

після незахищеного статевих контакту з наступними кінцевими результатами зображена на рисунку 21.

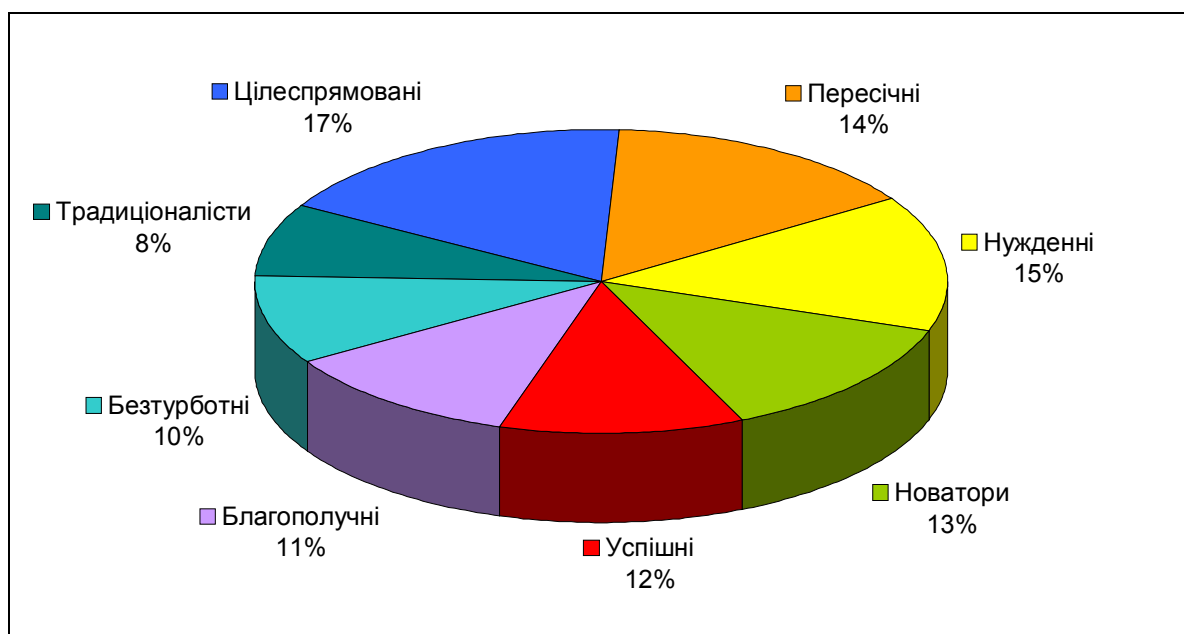


Рисунок 20. Розподіл споживачів гормональної контрацепції за психогRAFІчними типами. (Джерело: *Comcon Pharma — U-TGI — український індекс цільових груп, 4 квартал 2005 року*)

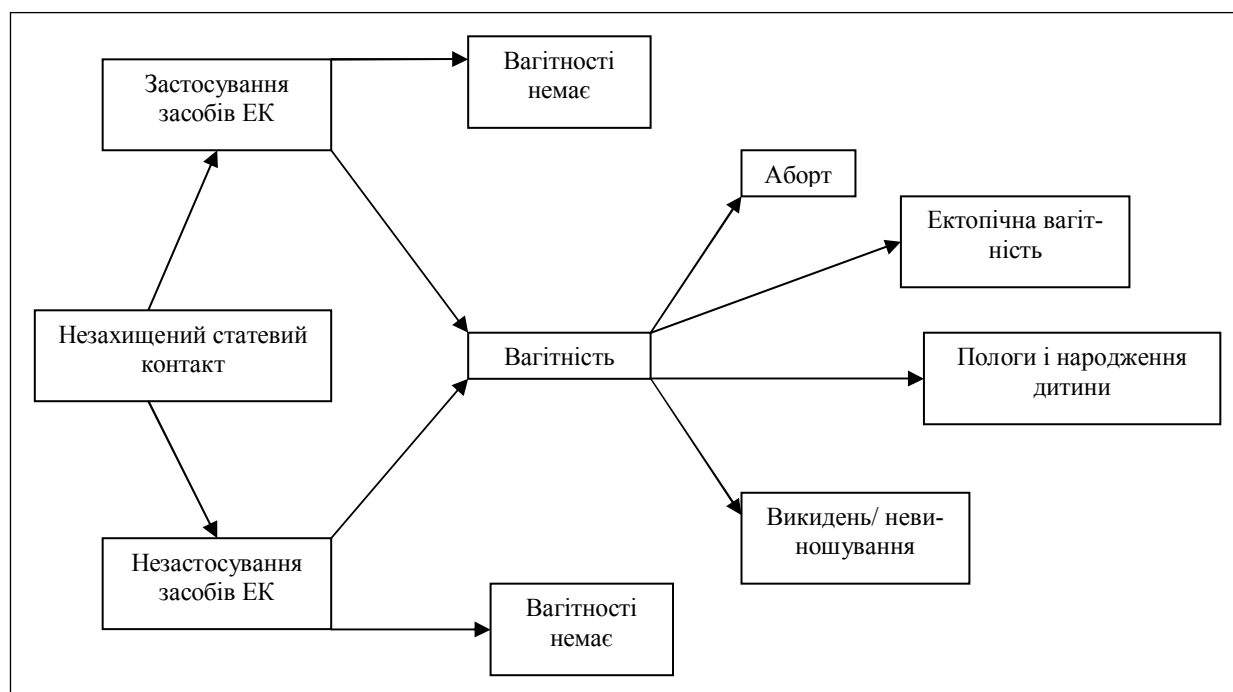


Рисунок 21. Модель прийняття рішень споживачами щодо використання або невикористання засобів ЕК після незахищеного статевих контакту з наступними кінцевими результатами (Адаптовано нами для умов України з: *The Toolkit «Resources for emergency contraception. Pill programming» PATH, 2004*)

Рівень загально-біологічної та медичної обізнаності, або поінформованості також є неспецифічним фактором, який визначає відношення людини до власного здоров'я. Цей фактор в аспекті ЕК ґрунтується на загальних поняттях анатомії та фізіології репродуктивної системи, видах патології, що уражає цю систему; знаннях та навичках у сфері планування сім'ї, профілактичних та гігієнічних засадах збереження репродуктивного здоров'я тощо. Навіть мінімальна біологічна та медична поінформованість конкретних споживачів щодо наявності методу ЕК або навіть «таблеток наступного ранку» може відігравати позитивну роль в актуалізації цього методу/засобу для цих споживачів і в мотивації до його використання у перші п'ять днів після незахищеного статевих контакту. Відсутність будь-яких знань щодо методу ЕК та можливостей його використання, а також низька інформаційна доступність, — значно зменшують шанси використання ЕК споживачами.

У цьому аспекті доцільно звернути увагу на зв'язок поінформованості щодо засобів РК та поінформованості щодо засобів ЕК на рівні окремих споживачів. Наприклад, у разі невикористання споживачами методів планової контрацепції внаслідок відсутності знань та навичок щодо їх застосування, ЕК також може не використовуватись внаслідок незнання цього методу та, відповідно, можливостей попередження небажаної вагітності у перші години/дні після незахищеного статевих контакту. Результати опитування жінок фертильного віку в Туреччині, проведеного у 2005 році засвідчили, що з 300 жінок 18,5 % ($n = 46$) вважали, що після незахищеного статевих контакту не існує жодних альтернатив, окрім абортів, і 40,6 % жінок ($n = 101$) не мали взагалі будь-яких міркувань з цього приводу [172]. Серед турецьких чоловіків (опитування студентів ВУЗів) також була відмічена низька поінформованість стосовно методів планування сім'ї та ЕК [200].

Розглянемо обізнаність (поінформованість) щодо сучасних методів планування сім'ї як динамічний та послідовний процес зміни поведінкового стереотипу. Власне обізнаність, як результат поінформованості, може розглядатися лише як перший стартовий крок на шляху до придбання та використання методу/засобу контрацепції. Наступними кроком є знання/вміння використовувати метод/засіб на практиці, але і вони не можуть гарантувати прихильності та систематичного використання. Визнання споживачами необхідності та важливості запобігання небажаній вагітності та інфе-

кцій, що передаються статевим шляхом, по відношенню до себе — важливий наступний крок, заснований передовсім на власній мотивації. Цей крок може розглядатися як пусковий до пробного використання методу/ засобу. У разі невдалої спроби споживачі можуть взагалі відмовитися від конкретного засобу/ методу контрацепції. Саме на цьому етапі важливою є роз'яснювальна робота фахівців, індивідуальний підхід та терпіння. Фінальним кроком є стійка прихильність та систематичне використання засобу/методу контрацепції, які засновані на власній мотивації та задовільному досвіді. Слід зауважити, що на кожному з вищезазначених етапів існують власні інформаційно-комунікативні бар'єри та методи їх подолання [27, 90, 109].

Рівні поведінки споживачів контрацептивних засобів в процесі динамічної зміни поведінкового стереотипу визначені нами [27], і представлені в табл. 13.

Таблиця 13. Поведінка споживачів контрацептивних засобів

Крок	Рівень	Поведінка
Крок 0	Не обізнаний	Не знає про існування методу/ засобу або взагалі про існування контрацепції
Крок 1	Обізнаний/ поінформований	Має уяву про методи/ засоби контрацепції
Крок 2	Знання та вміння використовувати	Знає про недоліки та переваги різних методів / засобів контрацепції, знає хто може і хто не може застосовувати, може пояснити іншим, як користуватися методами/ засобами
Крок 3	Актуалізація та визнання необхідності для себе	Екстраполює свої знання та навички до власних потреб, визнає необхідність для себе
Крок 4	Бажання самому спробувати застосувати метод/ засіб	Має мотивацію до використання засобу/методу, хоче придбати засіб/ метод
Крок 5	Пробне використання	Робить першу спробу використання засобу/методу контрацепції
Крок 6	Стійка прихильність до методу/ засобу	Систематично застосовує засіб / метод

Зміни поведінкового стереотипу споживачів засобів ЕК і, зокрема, ТЕК, мають особливість, пов'язану зі спорадичними випадками, а не періодами регулярного застосування. Ідеальною можна

вважати ситуацію, коли споживачі знаходяться на четвертому рівні поінформованості, використовуючи РК, в той час як пробне використання ТЕК може мати місце тільки у разі прямих показань, а стійка прихильність до методу ЕК або систематичне його застосування — взагалі не бажані [27].

Рівень поінформованості щодо наявності та можливостей придбання та застосування засобів ЕК (фактор фізичної, цінової та інформаційної доступності) також актуальний у визначенні поведінки споживачів ЕК. Фактори фізичної та цінової доступності були детально розглянуті у попередньому розділі. Натепер відсутня інформація, яка б свідчила про формування сексуально-небезпечної поведінки та зміни пріоритетів споживачів з планової на екстрену контрацепцію у разі розширення фізичного доступу до засобів ЕК та **завчасного створення їх запасу** [98, 114, 120, 121, 166, 177, 188, 190, 199, 201]. На нашу думку, зазначені заходи з розширення фізичного доступу до засобів ЕК за умов адекватного консультування споживачів з боку медичних та фармацевтичних фахівців можуть зменшувати нервові напруження, відчуття тривоги одразу після незахищених статевих контактів.

Інформаційна доступність передбачає вільний доступ споживачів до інформації, пов'язаної з методом ЕК. Така інформація може мати різні джерела, передаватися за допомогою різних комунікативних каналів і безпосередньо сприяти змінам поведінкового стереотипу споживачів.

На рис. 22 представлені найбільш важливі джерела інформації з питань контрацепції для споживачів фертильного віку в Україні (як чоловіків, так і жінок) [57, 59].

Звертає на себе увагу абсолютний пріоритет медичних працівників як джерела інформації з питань контрацепції для жінок фертильного віку в Україні. Разом з тим, лише у третині випадків жінки придбають засоби ЕК (в Україні — ЛНГ-ТЕК Постинор) за рекомендаціями лікарів (дослідження «Pharma-Q» компанії Comcon-Pharma, яке наводилось вище). Для чоловіків найважливішими джерелами інформації з питань репродуктивного здоров'я та контрацепції є засоби масової інформації, сім'я та друзі.



Рисунок 22. Найбільш важливі джерела інформації з питань контрацепції
(Джерело: Дослідження платоспроможності населення України, USAID, 2004)

У 2004 році Фондом народонаселення ООН в Україні спільно з Українською Асоціацією планування сім'ї було проведено дослідження репродуктивного та статевого здоров'я підлітків і молоді в Україні, в якому шляхом опитування були визначені бажані джерела отримання інформації про інтимне життя та планування сім'ї [72]. Розподіл бажаних джерел отримання інформації про інтимне життя та планування сім'ї для підлітків 15–18 років та молоді 19–20 років представлений в табл. 14.

Таблиця 14. Джерела інформації про інтимне життя та планування сім'ї за даними опитування

Джерела інформації за відповідями респондентів	Підлітки 15–18 років				Молодь 19–20 років			
	Хлопці		Дівчата		Хлопці		Дівчата	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Від друзів	63	22,83	47	18,73	84	31,58	69	21,63
Від батьків	66	23,91	95	37,85	51	19,17	81	25,39

Від педагогів	47	17,03	35	13,94	81	30,45	46	14,42
З книг, газет, журналів	53	19,20	41	16,33	80	30,08	102	31,97
Від братів/ сестер	17	6,16	8	3,19	21	7,89	8	2,51
По «телефону довіри»	26	9,42	18	7,17	31	11,65	34	10,66
З теле-/ радіо- програм	60	21,74	26	10,36	87	32,71	64	20,06
Від лікарів	97	35,14	124	49,40	117	43,98	178	55,80
Кількість опи- таних	276	—	251	—	266	—	319	—

Таким чином, для підлітків та молоді медичні спеціалісти є основним авторитетним джерелом отримання інформації щодо інтимного життя та планування сім'ї. В той же час інші джерела — батьки, педагоги, друковані та електронні засоби масової інформації — також актуальні в плані донесення інформації до підлітків та молоді. Слід зазначити, що у цьому дослідженні 2004 року, як і у попередньому (1998 рік) не фігурує Інтернет, який останнім часом набуває все більшого комунікативного значення, особливо серед молоді.

Фактор часу може суттєвим чином впливати на поведінку споживачів. Ефективність використання методу ЕК тим вища, чим менший інтервал часу між незахищеним статевим контактом та прийомом ТЕК. Таким чином, якщо партнерам це відомо, але вони не мають запасу упаковок ТЕК, з часом може наростати відчуття тривоги і вони будуть здійснювати пошук засобів ЕК. Наприклад, опитування провізорів аптек і аптечних пунктів в м. Києві, які працюють в цілодобовому режимі, засвідчило, що у нічний та ранковий час має місце достатньо високий попит на Постинор, що може бути пов'язане з занепокоєністю споживачів у перші години після незахищеного статевого акту і пошуком засобу ЕК.

Фактор доступності медичної допомоги для споживачів пов'язаний з необхідністю отримання кваліфікованої медичної та психологічної допомоги у ранній період після незахищеного статевого контакту. Споживачі можуть бути розгублені, відчувати страх, мати сумніви щодо необхідності застосування ЕК. Подібні ситуації виникають за низької поінформованості споживачів, незнання щодо

існування методу ЕК та його можливостей. Тому не тільки лікарі, але й середні медичні та фармацевтичні працівники, а також психологи та соціальні працівники повинні бути відповідним чином підготовлені та готові надати у будь-який час консультативну допомогу та психологічну підтримку споживачам з питань ЕК. Найкращим комунікативним каналом для надання консультацій у цілодобовому режимі за досвідом багатьох країн є «гарячі» телефонні лінії [27, 194].

Фактори, що спричиняють необхідність застосування засобів ЕК (або причини незахищеного статевого акту), також можуть визначати поведінку споживачів. Низка причин є передумовою безтурботності та відсутності усвідомлення того факту, що незахищений статевий акт може стати причиною небажаної вагітності. До таких причин можуть відноситись стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, використання природних методів планування сім'ї та помилки у визначенні фертильних та інфертильних днів оваріально-менструального циклу, безвідповідальність партнерів, а також низька обізнаність особливо серед підлітків в процесі набуття ними першого сексуального досвіду.

За інформацією, отриманою в ході консультування 1350 жінок віком від 16 до 35 років в м. Москва (Росія), 40% жінок мали одного статевого партнера, 12,2% — більше одного партнера, у 34,9% випадків причиною застосування засобів ЕК став перший статевий контакт, у 10% — випадкові статеві зв'язки, в 2,9% — зґвалтування. Обставини, що призвели до незахищеного статевого акту, розподілились наступним чином: контрацептивна невдача при користуванні презервативом — у 37,3%; контрацептивна невдача при перерваному статевому контакті (*coitus interruptus*) — у 40,8 %; статевий контакт без використання жодних методів запобігання небажаній вагітності — у 13%; неправильне застосування методів та засобів контрацепції (у цьому дослідженні — сперміцидів та КПК) — у 6%; і в 2,9% випадків — зґвалтування [66].

Деякі інші обставини, які спричинили застосування засобів ЕК були виділені у великому популяційному дослідженні I. Virjio та A. Virtala, проведеному в 2003 році [223]. Серед обставин застосування засобів ЕК були вказані: перший статевий контакт, переконання партнерів у «безпечному» періоді, пристрась, відсутність або невикористання презервативу, безвідповідальність, «пропущені» таблетки КПК, сп'яніння, контрацептивна невдача при викорис-

тання перерваного статевого контакту, відмова партнера від застосування презервативу.

Розподіл зазначених обставин, які спричинили застосування ЕК представлений на рис. 23.

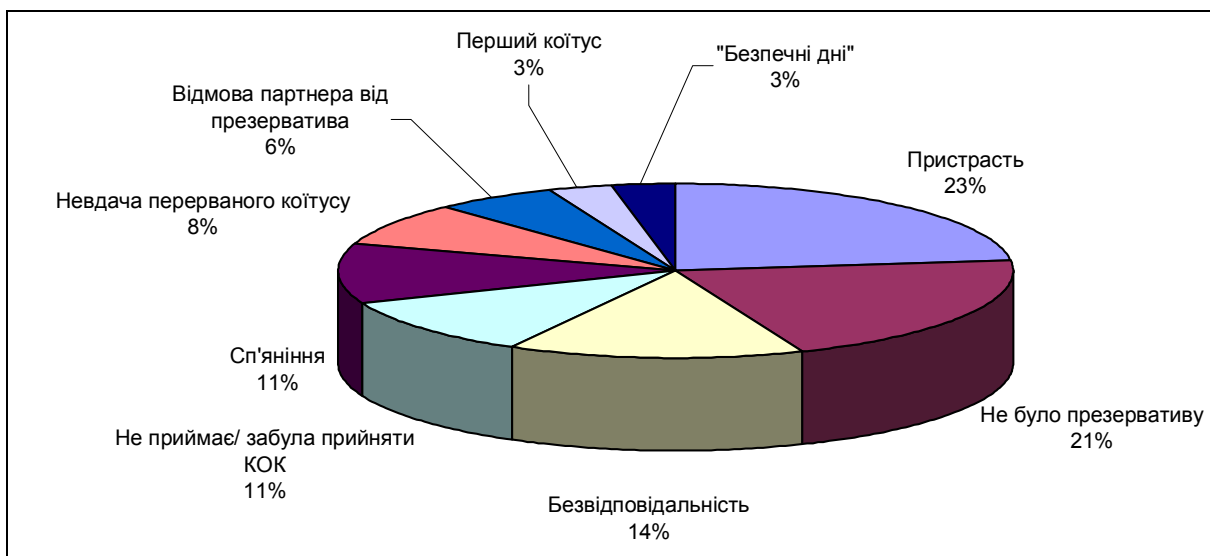


Рисунок 23. Розподіл обставин, що спричинили застосування засобів ЕК
(Джерело: I. Virjio and A. Virtala, *ESC Journal.*, Sept. 2003, p. 139)

В цілому, поведінкові стереотипи партнерів після незахищеного статевого акту обумовлені не однією групою зазначених факторів, а їх поєднанням. Тому основним завданням комплексу заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» (ІНК) в ході роботи зі споживачами є зміна їх поведінки та мінімалізація негативного впливу зазначених факторів.

За нашим визначенням, одним з найдійовіших інструментів впровадження комплексу заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» по відношенню до різних категорій населення можуть бути визнані суспільні комунікації (або більш уживаний термін — public relations — PR). За Г. Г. Почепцовим, суспільні комунікації вирішують наступні завдання у відношенні до поведінки людей [65, 84]:

- 1) мотивують людину до нової поведінки;
- 2) підтримують існуючу позитивну модель поведінки;
- 3) модифікують негативну поведінку.

Якщо екстраполювати цю концепцію по відношенню до використання засобів ЕК населенням, то відповідно можна навести такі приклади:

1) *Приклад 1:* Жінка 28 років, жителька сільської місцевості, яка має постійного статевого партнера, застосовувала Постинор тричі за останні півроку. Після консультації акушера-гінеколога в районному центрі розпочала прийом КПК (мотивація до нового поведінкового стереотипу);

2) *Приклад 2:* Жінка 35 років, заміжня, мати двох дітей після пропуску таблетки КПК, мала незахищений статевий контакт. Після телефонної консультації з власним лікарем застосувала Постинор. Після проведення експрес-тесту на вагітність і виключення останньої, продовжила застосування КПК, встановивши на власному мобільному телефоні сигнал нагадування у один і той самий час кожної доби (збереження існуючої позитивної моделі поведінки);

3) *Приклад 3:* Дівчина 17 років, студентка, на другий день після незахищеного статевого контакту (перший досвід) вирішила poradитись зі старшою подругою стосовно «таблеток, які слід приймати вже після того як...». Подруга порадила приймати дві таблетки Постинору одразу ж після кожного статевого контакту. При покупці Постинору в аптеці дівчина вирішила запитати про правила прийому цього препарату у провізора, який коротко виклав схему правильного застосування Постинору, при цьому дав телефон «гарячої» телефонної лінії в місті та порадив звернутися до центру планування сім'ї. Після отримання консультацій фахівців Центру, дівчина застосувала Постинор в правильному режимі, у подальшому почала використовувати методи планової контрацепції. Також, дівчина розповіла подрузі про консультації та правильне застосування Постинору як засобу ЕК (модифікація негативної поведінки).

Отже, у всіх наведених прикладах мали місце суспільні комунікації на рівні споживачів, фармацевтичних та медичних працівників, які відіграли ключову роль у зміні поведінкових стереотипів.

6.2. Інформаційно-комунікативні бар'єри, пов'язані з екстреною контрацепцією в Україні

Третє тисячоріччя справедливо вважається епохою інформації, коли саме інформаційні технології визначають існування та подальший розвиток суспільства. Від інтенсивності інформаційних потоків залежать поінформованість, механізми прийняття рішень, різноманітні зміни поведінки.

Сфера охорони здоров'я характеризується чи не найбільшою інтенсивністю інформаційних потоків. Разом з тим, вони мають досить хаотичний характер і не завжди сприяють коректному інформуванню населення з різних проблем. Не може бути виключенням і охорона репродуктивного здоров'я разом з питаннями планування сім'ї та контрацепції.

Найбільш наочним прикладом високої інтенсивності, але хаотичності інформаційних потоків є комунікативна сфера ЕК в Україні, для якої характерні наступні риси:

- Висока поінформованість споживачів щодо існування на ринку засобів ЕК (Постинору) для застосування після незахищеного статевого контакту;
- Висока популярність засобів ЕК серед жіночого населення України, пріоритети ЕК над РК;
- Порівняно низька роль медичних та фармацевтичних працівників у інформуванні споживачів стосовно ЕК та механізмах прийняття рішень споживачами стосовно використання ЕК;
- Висока інтенсивність обміну інформацією між споживачами щодо ЕК (основні джерела інформації: друзі, знайомі, партнери, співробітники, однокурсники);
- Хибне тлумачення споживачами можливостей методу ЕК, порушення режимів застосування, повторне застосування протягом короткого часу, ототожнення застосування ТЕК з абортom;
- Порівняно низька інтенсивність інформаційних потоків щодо ЕК через електронні/друковані засоби масової інформації.

Таким чином, має місце дисоціація інформаційних потоків з ЕК та розгрупування суб'єктів комунікативної сфери: проміжних і кінцевих споживачів, медичних і фармацевтичних працівників. Чинники, які сприяють цьому, можуть характеризуватися як інформаційно-комунікативні бар'єри, вони визначені нами [27, 28]. До інформаційно-комунікативних бар'єрів щодо засад ЕК в Україні можна віднести наступні:

1. Історично сформовані бар'єри, негативний досвід старших, стереотипи і упередженість до ЕК як методу і ТЕК зокрема;
2. Релігійні обмеження;

3. Низький рівень статевої культури, безвідповідальність партнерів;
4. Небажання чоловіків приймати активну участь у плануванні сім'ї разом із жінками на паритетних засадах — гендерні бар'єри;
5. Відсутність загальноприйнятих освітніх програм для підлітків — освітні бар'єри;
6. Небажання гінекологів займатись питаннями контрацепції. Акцент на лікувальній, а не профілактичній роботі;
7. Обмаль фахівців, які могли б проводити тренінги для медичного персоналу з питань контрацепції (співробітники кафедр, лікарі-гінекологи, сексопатологи, андрологи, сімейні лікарі);
8. Недостатня підготовка сімейних лікарів як альтернативних фахівців з питань планування сім'ї. Незалучення цих фахівців до надання послуг з планування сім'ї і ЕК зокрема;
9. Мінімальна роль фармацевтичних працівників у консультуванні споживачів з питань ЕК;
10. Відсутність системного підходу у висвітленні проблеми планування сім'ї у засобах масової інформації (електронних і друкованих);
11. Незначна роль недержавних організацій з просвітницької роботи у громадах (особливо у сільській місцевості);
12. Низький розвиток волонтерства та комунікацій на засадах рівний — рівному;
13. Регуляторні бар'єри, що чинять вплив на комунікативну сферу ЕК;
14. Технологічні бар'єри, що чинять вплив на комунікативну сферу ЕК.

Коротко зупинимось на кожному з бар'єрів.

Одними з найсерйозніших бар'єрів є **історично сформовані бар'єри** та негативні стереотипи, досвід старших та забобони по відношенню до певних видів контрацепції. В якості прикладу можуть виступати всі методи гормональної контрацепції та метод ЕК зокрема (Метод Юзпе, ТЕК). Перші таблетки КПК зразка 50–60-х років минулого сторіччя містили достатньо високі дози естрогенів та неселективні прогестини перших поколінь. Вони часто викликали побічні ефекти та ускладнення, такі як збільшення ваги тіла, по-

рушення ліпідного спектру крові, тромбоемболічні ускладнення, підвищення артеріального тиску. І хоча за декілька десятиріч в результаті серйозних наукових розробок у клінічну практику були впроваджені мінімально-доцільні дози естрогенів та високо селективні та безпечні прогестини, старі стереотипи по відношенню до всієї групи КПК мають місце і сьогодні, суттєво обмежуючи застосування цих високо надійних та безпечних засобів. Впровадження в клінічну практику методу Юзпе та ЛНГ-ТЕК також стало приводом для формування великої кількості стереотипів щодо шкідливості цих режимів, ототожнення їх з абортom та додатковим фактором розвитку жіночого безпліддя. Слід зазначити, що в колишньому СРСР поява Постинору не була належним чином інформаційно підкріплена, перша форма випуску (Постинор №10) не завжди адекватно сприймалась споживачами і неправильно застосовувалась. Це, в свою чергу, призводило до збільшення частоти побічних ефектів, рідше — до контрацептивних невдач. В той же час, споживачі відмітили ефективність ЕК як альтернативи абортu і дедалі частіше стали використовувати цей метод. Протягом багатьох років (80-ті, 90-ті роки ХХ сторіччя) поширення методу ЕК знову ж таки не супроводжувалось належним інформуванням споживачів, в той час як медичні працівники залишались фактично осторонь цієї проблеми, що остаточно сформувало негативні поведінкові стереотипи і стійкі споживчі пріоритети щодо ЕК.

Релігійні обмеження відіграють також важливу роль. Цей фактор актуальний для всієї України, де церква була і залишається провідним суспільним інститутом. Слід зазначити, що Православна та Греко-Католицька конфесії, котрі найбільше представлені в Україні, закликаючи до загальнолюдських цінностей, стриманості та вірності, забороняють контрацепцію як таку. Найбільш наочним у цьому плані є Західний регіон України (Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська області), де спостерігається тенденція використання натуральних і бар'єрних методів запобігання небажаній вагітності [69]. Разом з тим, як зазначалось раніше, в Західній Україні набула широкого розповсюдження і ЕК.

Численні релігійні угруповання, що наразі діють в Україні, вдаються до популяризації натурального методу запобігання небажаній вагітності та агресивно виступають проти сучасних засобів/методів контрацепції. Прикладом можуть бути листівки, які розповсюджувались протягом 2006 року по жіночих консультаціях вели-

ких міст України. В них був оприлюднений відкритий лист товариства православних лікарів «..в связи с широким распространением рекламы гормональных противозачаточных средств», в якому зазначалось, що гормональні протизаплідні засоби мають негативний вплив на здоров'я, стають причиною багатьох побічних ефектів та ускладнень, стають причиною важких та невиліковних захворювань [146, 153].

Провідне місце у створенні **гендерних бар'єрів** за останні 10 років відіграють факти збільшення кількості розлучень, трансформація соціальних ролей чоловіка та жінки, ріст кількості позашлюбних стосунків і зменшення середньої кількості дітей у родині, коли вагітність у більшості випадків стає небажаною. Низька сексуальна культура та відсутність паритетних засад у взаємній відповідальності партнерів, продовжують мати місце в Україні. Чоловіки у достатній мірі не долучаються до питань планування сім'ї, часто мають низьку поінформованість у цих питаннях [23, 32, 52]. Слід зазначити, що за нашими спостереженнями чоловіки долучаються до вирішення питань застосування засобів ЕК активніше, ніж питань застосування засобів планової контрацепції.

Категорія підлітків і молоді посідає особливе місце у інформуванні з питань репродуктивного здоров'я та ЕК зокрема. З одного боку, ця інформація є особливо актуальною і в цілому можна визнати готовність молоді та підлітків до її сприйняття, а з іншого — реальна ситуація свідчить про низьку поінформованість щодо сучасних засобів контрацепції та їх використання серед підлітків та молоді, що може свідчити про наявність **освітніх комунікативних бар'єрів**. З падінням завіси сексуальних заборон, послабленням зовнішнього соціального контролю за статевою поведінкою підлітків та молоді, «реабілітацією сексу» та розширенням свободи прийняття рішень у цій сфері, очевидною стала необхідність навчити молодь управляти власною сексуальністю і виявилось, що старше покоління (як батьки, так значною мірою — і педагоги) у достатній мірі до цього не підготовлене [72]. Введення у навчальні плани шкіл предмету «основи безпеки життєдіяльності» та елективних курсів у ВУЗАх України лише частково вирішує означену проблему, оскільки за важливістю джерел інформації стосовно інтимного життя та планування сім'ї система освіти займає останнє місце (Рис.22), а новітні інформаційні технології за принципом «Інформація — Навчання — Комунікація» наразі не набули достатнього

розвитку в Україні. В той же час, в Україні вже існують розроблені для студентської молоді програми, побудовані на вказаному принципі [46, 47, 68, 81, 88, 89].

За результатами опитування, проведеного нами у 2004 році серед студенток 12 київських ВУЗів віком від 15 до 23 років, 45% опитаних студенток вказують на пріоритет у використанні ними або їх партнерами ненадійних методів або взагалі на невикористання жодного з методів попередження небажаної вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом [25]. Враховуючи той факт, що використання ненадійних методів запобігання небажаний вагітності, як, наприклад, *coitus interruptus*, або відсутність будь-якого контрацептивного захисту є основними причинами використання споживачами методу ЕК, можна припустити, що в цій категорії опитаних студенток мала місце висока частота застосування ЕК, зокрема ЛНГ-ТЕК (Постинор). Слід зазначити, що окремих досліджень, які б вивчали поінформованість цієї категорії населення стосовно існування засобів ЕК та рівень їх застосування, в Україні не проводилось.

У цьому дослідженні 92% респонденток визнали для себе актуальність інформації з охорони репродуктивного здоров'я і побажали отримувати таку інформацію на регулярній основі [25]. У будь-якому разі слід визнати стратегічну перспективність цієї категорії населення в аспекті прихильності до сучасних методів контрацепції, оскільки подолання серед неї інформаційно-комунікативних бар'єрів може мати далекосяжні демографічні результати. Наразі інформаційні програми для підлітків і молоді в Україні знаходяться на стадії розробки, або мають епізодичний характер [30, 57, 72, 180].

Існуючий розподіл обов'язків серед **медичних спеціалістів** та їх тактика з інформування населення також може розглядатись як бар'єрний фактор. Єдиним фахівцем, який може надавати послуги з планування сім'ї в Україні є лікар акушер-гінеколог. На жаль, діяльність цих фахівців сконцентрована більше на веденні вагітності та лікуванні гінекологічної патології, в той час як профілактичній роботі та питанням планування сім'ї приділяється мало уваги. Слід зазначити, що тут спрацьовує і поведінковий стереотип серед населення, коли звертаються тільки з наявними розладами у стані здоров'я [84].

Відповідно до результатів дослідження Medi-Q («Думка практикуючих лікарів»), яке було проведене в Україні аналітичною компанією Comson Pharma наприкінці 2005 року, 38% практикуючих акушерів-гінекологів призначають в своїй практиці жінкам засіб ЕК — Постинор, причому 4% з них призначає Постинор на регулярній основі, в середньому, 2-3 рази на тиждень. Лише 16,1% серед опитаних лікарів вважають Постинор високоефективним препаратом [104]. Схожі результати були отримані цією компанією у квітні 2006 року в ході опитування 648 фармацевтичних працівників (дослідження Pharma-Q «Думка практикуючих провізорів»), біля третини (31%) яких відмітили призначення Постинору акуше-рами-гінекологами [105].

Достатньо активна робота проводиться створеною в Україні Службою планування сім'ї, але вона охоплює консультативними послугами поки що обмежену кількість населення. Значно у цьому плані обмежене сільське населення [82, 164]. Досвід інших країн свідчить про надання права консультувати з питань планування сім'ї не тільки лікарям акушерам-гінекологам, але й лікарям загальної практики, підготовленому середньому медичному персоналу та фармацевтичним працівникам. З огляду на це, кількість можливих інформаційних контактів медичних фахівців з населенням збільшується [27, 62].

Інформаційним бар'єром також є **недостатня підготовка** фахівців з питань планування сім'ї, а також відсутність спеціальних тренінгових програм для широкого кола медичних фахівців. Тренінги характеризуються не тільки процесом навчання, але й процесом комунікації, за рахунок якого засвоюється 50–60 % викладеної інформації, причому окрім знань засвоюються і навички [64].

Комунікативними перешкодами **в середовищі медичних спеціалістів**, окрім недостатньої підготовки з питань планування сім'ї та методу ЕК зокрема, є недостатнє дотримання або повне недотримання прийнятих в Україні (Клінічний Протокол «Планування сім'ї») та міжнародних (Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції ВООЗ) стандартів з планування сім'ї, упереджене та стереотипне ставлення до ЕК. Нижче наводяться типові судження практикуючих акушерів-гінекологів з різних регіонів України щодо методу ЕК і препарату Постинор, які були почуті нами в ході спілкування з цими спеціалістами у період з 2004 по 2007 роки:

- A. Метод дуже небезпечний, викликає сильні кровотечі. Я ніколи не призначаю його своїм пацієнткам;
- B. Вони (жінки) самі його п'ють скільки завгодно, а потім приходять до мене зі скаргами;
- C. Якщо правильно користуватись плановими методами, то Постинор не потрібний;
- D. Це достатньо «важкий» засіб, але він необхідний;
- E. Коли вони (жінки) його використовують, нас (лікарів) не питають.

Таким чином, має місце низький рівень лояльності медичних спеціалістів до засобів ЕК. На нашу думку, причиною цього може бути існування комунікативних бар'єрів щодо методу ЕК на трьох рівнях: лікар — лікар, лікар — пацієнт і пацієнт — пацієнт. На рівні лікар — лікар реалізується механізм передачі негативного досвіду застосування засобів ЕК від одного спеціаліста — іншому та нашарування негативних стереотипів в медичному середовищі. На рівні лікар — пацієнт, який в аспекті ЕК виражений незначним чином, реалізується односторонній механізм передачі інформації негативного характеру від пацієнток — лікарю. Негативний характер цієї інформації, на нашу думку, пов'язаний з виникненням побічних ефектів, а іноді — і ускладнень внаслідок самостійного зловживання та неправильного застосування засобів ЕК, що має місце в середовищі пацієнтів. При цьому пацієнти внаслідок фізичної та цінової доступності засобів ЕК в Україні безперешкодно придбають ці засоби за власними міркуваннями або за порадою друзів, партнерів, знайомих, співробітників та однокурсників. Навчання та комунікація кінцевих / проміжних споживачів за принципом «**Рівний — Рівному**», поетапний розвиток **волонтерського руху**, особливо серед студентської молоді, могли б значним чином прискорити подолання комунікативних бар'єрів на рівні «пацієнт — пацієнт». Першим прикладом впровадження зазначеного принципу серед української молоді є діяльність клінік, дружніх до молоді в різних регіонах [31].

Незалучення **фармацевтичних працівників** у сферу планування сім'ї також являє собою значний комунікативний бар'єр. За результатами опитування 648 фармацевтичних працівників (дослідження Pharma-Q «Думка практикуючих провізорів») лише кожний п'ятий провізор «першого столу» рекомендував споживачам у разі потреби Постинор (рис.11), в той час як стосовно КПК, ПТП, ВМК

провізори взагалі не надавали будь-якої інформації споживачам [105].

На нашу думку, ЕК може виступати тим напрямком контрацептивної безпеки, де роль підготовленого відповідним чином фармацевтичного працівника повинна бути чи не найбільшою. На початку 2007 року в 4 областях України Проектом JSI «Разом до здоров'я» була впроваджена Програма сертифікації аптек, яка визначила наступні ролі фармацевтичних працівників у сфері планування сім'ї та репродуктивного здоров'я:

- Важливе джерело інформації про контрацептивні засоби;
- Консультує з питань контрацепції, за необхідності — скеровує жінку до лікаря;
- Забезпечує наявність в асортименті мінімального переліку доступних контрацептивів.

У рамках зазначеної Програми фармацевтичні працівники проходили одноденний тренінг, а також давали згоду на створення МПДК в своїх аптеках і участь у конкурсі сертифікованих аптек. Аптеки, які мали повний асортимент контрацептивних засобів (в тому числі — засоби ЕК), отримували логотип-наклейку дружніх послуг «Разом до здоров'я» [42, 57].

Відсутність системного підходу у висвітленні проблеми планування сім'ї у засобах масової інформації (електронних і друкованих) характеризує практичний аспект комунікативних бар'єрів. В Україні проблема ЕК висвітлювалася протягом 2001–2007 років зусиллями представництва заводу «Ріхтер Гедеон» у вигляді публікацій в друкованих засобах масової інформації. Також, завдяки співпраці представництва з РАТН та Українською Мережею репродуктивного здоров'я були видані інформаційні матеріали у вигляді міні-буклетів та бюлетенів за ЕК для споживачів (додаток 3).

Оскільки соціальної реклами, присвяченої проблемі ЕК, на телебаченні, радіо, в Інтернеті в Україні не виходило, зазначених заходів є недостатньо для подолання комунікативних бар'єрів.

Діяльність **недержавних організацій** з популяризації засад планування сім'ї та ЕК, зокрема, сьогодні знаходиться в Україні тільки на початковому етапі, що також затримує подолання комунікативних перешкод, в той час як можна відзначити достатньо активні позиції суспільних організацій в ряді регіонів. На рівні держави за активної участі Української Мережі репродуктивного здоров'я

була здійснена адвокація Національної та ряду регіональних програм з репродуктивного здоров'я, а результатом роботи Мережі в цілому стало створення суспільної координаційної ради з репродуктивного здоров'я при МОЗ України.

Варто зазначити, що в діяльності суспільних організацій та громадян дуже важливою є роль інформаційних потоків. Інформація, що стосується охорони здоров'я та технологій участі громадян у процесах прийняття рішень повинна бути широко розповсюджена та висвітлена у засобах масової інформації [16, 22, 65].

Регуляторні бар'єри, що чинять негативний вплив на комунікативну сферу ЕК в Україні відіграють, на нашу думку, другорядне значення. Такими бар'єрами є заборона прямого рекламування споживачам засобів ЕК як таких, що повинні відпускатися за рецептом лікаря, невідповідність регуляторних документів реальному стану справ, коли споживачі мають безперешкодний доступ до засобів ЕК в аптеках України (споживча колізія), недостатньо детальна інформація, що міститься у інструкції з медичного застосування та листку-вкладиші для споживачів.

Технологічні бар'єри у комунікативній сфері ЕК пов'язані з каналами розповсюдження інформації стосовно ЕК. Вони також можуть розглядатися як другорядні, в той час як відсутність або недостатність таких каналів, як Інтернет та «гарячі» телефонні лінії, можуть значним чином погіршувати інформаційну доступність та комунікацію з питань ЕК для певних категорій споживачів, наприклад, для сільської молоді.

Подолання інформаційно-комунікативних бар'єрів повинно здійснюватись комплексно і передбачати зміни поведінкових стереотипів як серед споживачів, так і серед медичних та фармацевтичних працівників. У наступних підрозділах будуть послідовно розглянуті цільові групи для впровадження засад ЕК, канали комунікації та повідомлення/ інформація для різних цільових груп. На нашу думку, правильне виділення цільових груп, підбір та розширення оптимальних каналів комунікації і, головне, — підготовка інформаційно змістовних повідомлень та дієвих образів, пов'язаних з ЕК, — здатні у повній мірі подолати означені інформаційно — комунікативних бар'єрів.

6.3. Цільові групи для впровадження інформаційних засад екстреної контрацепції та їх комунікативні особливості

При визначенні цільових груп для впровадження засад ЕК, необхідно відповісти на наступні запитання [194, 226]:

1. Хто буде найбільш зацікавлений у інформації щодо методу ЕК?
2. Хто найбільше потребує цього методу?
3. Чи є визначені категорії організованими групами людей, для яких можна буде віднайти ефективні канали комунікації?
4. Які з груп будуть чинити найбільший вплив на процес поширення інформації серед споживачів щодо методу ЕК?

Кампанії з впровадження засад ЕК в різних країнах світу, які мали в різні часи успіх, в якості цільових груп виділяли наступні категорії людей [134, 194, 220]:

- Жінки (споживачі);
- Професійні медичні асоціації;
- Клієнти амбулаторій / клінік загальної практики — сімейної медицини;
- Організації та служби, дружні до молоді (громадські, суспільні, державні організації, засоби масової інформації, журналісти).

На нашу думку, для впровадження інформаційних засад ЕК в Україні слід виділити наступні категорії:

1. Категорії споживачів:

а. Недиференційовані категорії:

- Всі жінки репродуктивного віку (15-48 років);
- Всі чоловіки репродуктивного віку;

б. Диференційовані категорії:

- Підлітки та молодь;
- Жертви згвалтування;
- Жінки, які часто вдаються до абортів;

с. Інші категорії споживачів з особливими контрацептивними потребами:

- Багатодітні жінки;
- Жінки з екстрагенітальною патологією, яким вагітність протипоказана;

- Жінки з гінекологічною патологією;
- Жінки-наркоманки;
- Жінки, хворі на алкоголізм;
- Жінки, які мають ПСШ;
- ВІЛ-позитивні жінки;
- Психічно хворі жінки;
- Жінки секс-бізнесу;
- Жінки, які мають часті статеві стосунки з більше ніж одним партнером;
- Жінки, які зі статевими партнерами не використовують взагалі або використовують ненадійні методи контрацепції — coitus interruptus, метод лактаційної аменореї, натуральні методи тощо;
- Соціально незахищені жінки;
- Жінки без місця проживання;
- Жінки, які мають нечасті/нерегулярні статеві стосунки.

2. Категорії медичних працівників та професійні медичні спілки/ асоціації:

а. Лікарі:

- Акушери-гінекологи;
- Педіатри;
- Лікарі загальної практики/ сімейні лікарі;
- Судово-медичні експерти відділів експертизи живих осіб;

б. Середній медичний персонал:

- Медичні сестри;
- Акушерки;
- Фельдшери сільських фельдшерсько-акушерських пунктів;

с. Медичні психологи;

3. Категорії фармацевтичних працівників:

а. Провізори/ фармацевти аптек:

- Провізори/фармацевти «першого столу»;
- Провізори-інформатори;

б. Менеджери аптечних мереж та дистриб'юторських компаній, що займаються гуртовою/ роздрібною реалізацією лікарських засобів;

4. **Категорії decision makers (тих, хто приймає рішення або визначає політику):**
 - a. Організатори охорони здоров'я;
 - b. Організатори освіти;
 - c. Топ-менеджмент компаній, які займаються гуртовою/роздрібною реалізацією лікарських засобів;
 - d. Керівники міжнародних проектів та програм, що діють в Україні у рамках охорони репродуктивного здоров'я;
 - e. Керівники благодійних фондів та організацій;
 - f. Керівники різних засобів масової інформації;
 - g. Посадові особи Державного Фармакологічного Центру та Державної Служби лікарських засобів;
 - h. Топ-менеджмент компаній, що представляють на українському фармацевтичному ринку контрацептивні засоби;
5. **Категорії соціальних та педагогічних працівників:**
 - a. Співробітники державних служб соціальної допомоги;
 - b. Співробітники українських недержавних служб соціальної допомоги;
 - c. Співробітники міжнародних проектів та програм соціального та гуманітарного спрямування, які займаються питаннями охорони репродуктивного здоров'я;
 - d. Соціальні працівники клінік, дружніх до молоді;
 - e. Вчителі та викладачі курсів «Основ безпеки життєдіяльності» та інших програмних дисциплін, які навчають безпечній поведінці та впроваджують засади планування сім'ї;
6. **Категорії працівників засобів масової інформації:**
 - a. Журналісти друкованих та електронних засобів масової інформації;
 - b. Працівники рекламних агенцій, дизайнери та копірайтери;
 - c. Модератори Інтернет-сторінок;
 - d. Менеджери по зв'язках з громадськістю (PR-менеджери).

Така детальна ідентифікація категорій для забезпечення інформації щодо ЕК дозволяє сформулювати відповідні повідомлення для кожної з категорій, віднайти оптимальні канали комунікацій та впорядкувати інформаційні потоки, які наразі в Україні мають хаотичний характер. В ідеальних умовах для цього необхідні результа-

ти дослідження фокус-груп, що відповідають кожній цільовій категорії [43, 63, 226].

Виділення недиференційованих категорій споживачів має значення для аналізу та планування, розрахунку відносних показників та коефіцієнтів співвідношення, про які йшла мова у попередньому розділі. Слід зазначити, що в аспекті комунікативної активності виділення цієї категорії не має особливого значення, оскільки не враховується низка додаткових факторів, які характеризують поведінкові стереотипи та комунікативні особливості категорії в цілому (соціальний стан, освітній рівень, наявність дітей та їх кількість в родині, наявність соматичної/гінекологічної патології, релігійні переконання та конфесійна приналежність, рівень доходу та інші фактори).

Диференційована категорія споживачів представлена трьома цільовими групами, робота з якими, на нашу думку, повинна мати першочерговий характер для впровадження інформаційних засад з ЕК.

Надзвичайно складним завданням є поширення інформації щодо методу ЕК та пов'язаних з нею послугах серед **підлітків та молоді**. Юні жінки можуть зустрічатися з труднощами у пошуку та отриманні необхідної інформації стосовно ЕК та пов'язаних з нею послуг у силу таких причин [85, 122, 180]:

- Недостатньої поінформованості щодо існування методу ЕК і ТЕК зокрема;
- Невпевненості, розгубленості або сором'язливості, які вони можуть відчувати в ході візиту до закладів охорони здоров'я з питань планування сім'ї;
- Відсутності знань про існування такого закладу охорони здоров'я;
- Відсутності знань щодо можливостей придбання засобів ЕК в центрі планування сім'ї або аптеці;
- Незручного графіку роботи клініки;
- Страху перед обстеженням тазових органів;
- Страху осудження з боку медичних працівників, родичів та друзів.

Серед цієї категорії споживачів незахищені або недостатньо захищені статеві контакти — скоріше закономірність, аніж випадок внаслідок особливостей статевої поведінки: недостатньої поінформованості щодо сучасних засобів/методів контрацепції, малого до-

свіду застосування цих засобів/ методів або повної їх відсутності, невикористання цих засобів у ході перших сексуальних контактів, спорадичного та нерегулярного характеру статевого життя, відносної популярності ненадійних методів, як, наприклад, *coitus interruptus*, схильності до перебільшення можливостей різних засобів/ методів контрацепції та хибного їх тлумачення.

Питання фізичної та інформаційної доступності засобів ЕК для категорії підлітків та молоді були, є і залишатимуться предметом дебатів у різних країнах світу. До кола цих питань відносяться наступні: чи може покращення доступності до засобів ЕК знижувати відчуття ризику у підлітків та молоді; чи може це збільшувати сексуальну активність та бути причиною формування сексуально небезпечної поведінки; чи зможуть юні жінки правильно сприйняти роль засобів ЕК у плануванні сім'ї; чи зрозуміють вони маркування упаковки та інформацію на листку-вкладиші у разі ОТС-статусу продуктів ЕК, тощо [134].

Як вже зазначалось, у ряді країн світу регуляторні органи в процесі надання засобам ЕК ОТС-статусу, для категорії підлітків та молоді визначають відпуск цих засобів тільки за рецептом від медичних працівників. В різних країнах вік, з якого засоби ЕК можуть відпускатися без рецепту, визначається 16 або 18 роками. Такий підхід виправданий з огляду на безпеку для здоров'я підлітків та молоді, не дивлячись на те, що ряд впливових світових організацій (AAP, SAM, WHO) не відмітили жодних особливостей стосовно медичного застосування засобів ЕК серед цієї категорії споживачів [134].

Найоптимальнішою моделлю інформування та надання послуг з ЕК підліткам та молоді, що показала свою ефективність в різних країнах світу, є діяльність клінік, дружніх до молоді. Робота таких закладів не обмежується тільки медико-профілактичною допомогою, велика увага приділяється психологічній та соціальній допомозі. В Україні накопичений неабиякий досвід діяльності клінік (центрів), дружніх до молоді, хоча слід зазначити, що в своїй інформаційній роботі ці заклади основну увагу приділяють профілактиці ПСШ та ВІЛ-інфекції, роблячи наголос на використанні презервативів, в той час як застосуванню методів гормональної контрацепції приділяється менше уваги [31, 68, 66, 89]. Наразі нам невідомі окремі освітні програми з ЕК для молоді, які б мали місце в Україні.

На думку експертів МКНК, стратегії щодо поліпшення доступу до ЕК для категорії підлітків та молоді повинні ґрунтуватися на таких підходах [134] :

- Покращення обізнаності підлітків та молоді щодо ЕК шляхом проведення широких медіа — кампаній та використання різних каналів комунікації («гарячих» телефонних ліній, інформаційних сторінок (сайтів) в Інтернеті, друкована реклама у засобах масової інформації, орієнтованих на цільову групу підлітків та молоді, проведення молодіжних акцій тощо);
- Широке залучення професіоналів охорони здоров'я в процес консультування категорії підлітків та молоді;
- Впровадження засад СМ в процесі дистрибуції та забезпечення підлітків та молоді засобами ЕК через аптеки;
- Впровадження політик, спрямованих на захист прав підлітків та молоді на вільний доступ до інформації та послуг, пов'язаних з ЕК.

На користь останнього підходу свідчить позиція Міжнародної Ради населення та розвитку, в програмі дій якої говориться, що «...Інформація та послуги повинні бути доступними для підлітків, сприяти розумінню ними власної сексуальності та захищати їх від небажаної вагітності, інфекцій, які передаються статевим шляхом та пов'язаного з цим ризиком безпліддя...» [165].

Важливою цільовою групою для поширення інформації щодо ЕК є **жертви зґвалтування** [85, 116, 134] . Організації та особи, які надають допомогу таким жінкам, повинні усвідомлювати, що:

- ці жінки можуть не знати про існування методів / засобів запобігання небажаної вагітності після зґвалтування;
- ці жінки можуть знаходитися в стані важкої психологічної травми та пропустити період часу, коли засоби ЕК можуть бути застосовані;
- ці жінки можуть потребувати обстеження та лікування ПСШ;
- ці жінки можуть приховувати факт зґвалтування, не повідомляючи про нього відповідним організаціям (зкладам охорони здоров'я, міліції, центра психологічної допомоги тощо), тим самим не отримувати інформацію та послуги щодо ЕК.

Ця проблема має комплексний характер, оскільки вимагає залучення різних фахівців: медичних та фармацевтичних працівників, працівників правоохоронних органів та судово-медичної експертизи, психологів, педагогів та соціальних працівників. Всі вони повинні володіти вичерпною інформацією з використання методу ЕК та вміти консультувати жінок, які зазнали сексуального насильства. Найоптимальнішими каналами комунікації, окрім індивідуальних бесід, можуть бути «гарячі» телефонні лінії («телефони довіри»), а також Інтернет-сторінки, які забезпечують швидкий та оперативний доступ до інформації.

Визначаючи шляхи забезпечення жертв зґвалтування засобами ЕК, слід наголосити на впровадженні безоплатного або пільгового шляху (СМ-шляху) надання цих засобів. Такий досвід має місце у ряді країн світу, коли в ході консультування медичний, фармацевтичний працівник, поліцейський, судово-медичний експерт або психолог забезпечує жінку ТЕК на безоплатній основі або з частковим відшкодуванням їх вартості [116, 134]. В Україні наразі такий механізм не впроваджений, ТЕК придбаються через комерційний сектор.

Жінки, які часто вдаються до абортів також повинні отримувати вичерпну інформацію щодо існування та можливостей методу ЕК. Цей метод не може бути викреслений з переліку всіх можливостей для запобігання нових небажаних вагітностей і, відповідно, нових випадків їх штучного переривання. Всі повторні аборти серед жінок репродуктивного віку, коли операція штучного переривання вагітності у таких жінок стає провідним методом регулювання фертильності, свідчать про незадовільну консультаційну роботу медичних працівників після виконання попереднього абортів. Рівень повторних абортів — важливий, але не завжди реальний з позицій обчислення та оприлюднення показник для служб планування сім'ї.

На нашу думку, розрахунок співвідношення показників реалізації упаковок ТЕК та рівня абортів разом із загальноприйнятим у багатьох країнах показником співвідношення рівня застосування засобів РК та рівня абортів на 1000 жінок фертильного віку, — дає можливість оцінити поведінкові стереотипи та контрацептивні пріоритети як споживачів, так і медичних працівників.

В 2006 році в Україні вперше побачило світ клініко-організаційне керівництво «Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортів», затверджене до використання Наказом МОЗ

України від 25.07.2006 р. №518. В ньому визначена пріоритетність післяабортного консультування жінок з питань планування сім'ї та запропонована відповідна модель для такого консультування [35]. Вибір методу контрацепції в подальшому повинен ґрунтуватися на засадах вільного поінформованого вибору жінки, яка має бути обізнана в тому числі з методу ЕК.

В цьому підрозділі не ставилося за мету характеризувати кожну з категорій для інформування з ЕК, за виключенням диференційованої категорії, про яку вище йшла мова. Ці категорії у відношенні комунікативних джерел та каналів поширення інформації щодо ЕК не мають певних особливостей. Комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» щодо всіх без виключення методів планування сім'ї повинен здійснюватись для цих категорій на загальноприйнятих засадах [57, 64].

6.4. Канали, методи та засоби комунікації з питань екстреної контрацепції

За рахунок комунікативних каналів, методів та засобів інформація передається від джерела до цільових категорій. Комунікативні бар'єри, які були розглянуті вище, можуть обумовлювати повну відсутність каналів поширення інформації, обмеження їх кількості та можливостей у передачі інформаційних потоків, або бути причиною передачі викривленої та некоректної інформації. Розвиток ефективних комунікативних каналів, особливо в сфері охорони репродуктивного здоров'я, потребує тривалого часу та значних фінансових витрат.

Для визначення ефективних каналів комунікації та вибору оптимальних методів (засобів) передачі інформації з певної проблеми, слід насамперед відповісти на такі запитання [194]:

- Де проживають основні цільові групи — в міській чи сільській місцевості?
- Який рівень грамотності та вихідної поінформованості цільових груп?
- Чи достатнім є доступ до джерел поширення інформації?
- Чи поширюється інформація з певної проблеми серед споживачів і як на це можна впливати?

Для відповіді на ці запитання важливо мати результати дослідження фокус-груп. В цілому, слід зазначити, що вибір каналів, методів та засобів комунікації може здійснюватись на основі чіткого визначення цільових груп, фінансових можливостей та ресурсів для проведення медіа-кампаній, ситуативних завдань на центральному або місцевому рівнях.

Які канали, методи та засоби поширення інформації щодо ЕК можуть використовуватись на засадах суспільних комунікацій? Сюди можна віднести наступні:

I. Електронні:

- 1) Телебачення
- 2) Радіо
- 3) Інтернет
- 4) SMS-повідомлення від провайдерів мобільного зв'язку
- 5) «Гарячі» телефонні лінії

II. Друковані (на різних носіях):

- 6) Інформація на зовнішніх носіях (outdoor)
- 7) Інформація на внутрішніх носіях (indoor)
- 8) Інформація в друкованих ЗМІ
- 9) Друкована інформація (інформаційні матеріали)
- 10) Символічні предмети, або ремайндери (brand/ event-reminders)

III. Акції та події:

- 11) Акції із залученням знаменитостей
- 12) Акції масової культури
- 13) BTL-заходи для споживачів

IV. Комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація»:

- 14) Науково-практичні конференції
- 15) Конгреси та симпозіуми
- 16) Семінари
- 17) Лекції
- 18) Тренінги
- 19) Волонтерство, або комунікація за принципом рівний-рівному

Як видно, завдяки розвитку сучасних інформаційних технологій комунікативні можливості в сучасному світі невичерпні. Розглянемо канали, методи та засоби комунікацій по групах в фокусі можливості поширення інформації з ЕК.

Останнім часом **електронні канали комунікації** набувають домінуючих позицій у світовому медійному просторі. Для них характерні швидкість, масовість, зручність комунікації, широкий вибір опцій та можливостей.

Телебачення дозволяє інформувати широкі верстви населення з певної проблеми. Комунікативні формати телевізійної комунікації наступні:

- трансляція роликів з соціальною рекламою;
- трансляція роликів з прямою рекламою ОТС-засобів (якщо є відповідний статус для засобів ЕК);
- трансляція роликів з непрямую (прихованою) рекламою рецептурних засобів ЕК (якщо засоби ЕК мають статус рецептурних засобів);
- Репортажі та сюжети;
- Відеофільми та відеотренінги;
- Інтерв'ю з фахівцями, опція «дзвінок в студію»;
- Ток-шоу, обговорення проблеми з аудиторією;
- Трансляція прес-конференцій.

Телевізійна комунікація дозволяє охопити широку аудиторію глядачів, але абсолютно різну за категоріями, які можуть бути як потрібні, так і не потрібні для передачі інформації з ЕК. Планувати контакти з цільовими категоріями глядачів можна тільки з припущенням, виходячи з показників денного охоплення цих цільових аудиторій та індексів афінності (affinity index) — ефективності «попадання» в цільову групу. Ці показники змінюються протягом доби, залежно від тематики та рейтингу різних програм, орієнтації програми на певну цільову категорію, а також загальної спрямованості телевізійного каналу та його загальної аудиторії. Трансляція телевізійних роликів, які висвітлюють застосування методу ЕК, повинна бути пов'язана з рейтинговими програмами, розрахованими переважно на загальну аудиторію жінок репродуктивного віку.

До недоліків телевізійної комунікації, окрім неспецифічності у охопленні цільових категорій глядачів, можна також віднести високу вартість, обмеження у повторі інформації, високий рівень інформаційного навантаження.

Радіо, як і телебачення, може охопити широку аудиторію, що включає різні категорії. Разом з тим, цільові категорії для інформування з питань ЕК, виділити у радіокомунікації досить важко. Формати радіотрансляції наступні:

- трансляція аудіороликів з соціальною рекламою;
- трансляція аудіороликів з прямою рекламою ОТС-засобів (якщо є відповідний статус для засобів ЕК);
- трансляція аудіороликів з непрямую (прихованою) рекламою рецептурних засобів ЕК (якщо засоби ЕК мають статус рецептурних засобів);
- Репортажі та сюжети;
- Інтерв'ю з фахівцями, опція «дзвінок в студію».

Популярність радіо як каналу комунікацій достатньо висока серед мешканців сільської місцевості, що слід враховувати в ході вибору ефективних каналів для цієї категорії. У містах вибір радіочастот з трансляцією різних програм достатньо великий, тому має місце висока сегментація слухачів та порівняно мала вірогідність «попадання» інформації до цільової категорії слухачів.

Цікавим та перспективним, на нашу думку, каналом комунікації є *Інтернет*. Його роль в суспільстві зростає дуже швидкими темпами. За інформацією аналітичної компанії «Gemius», яка за самостійно розробленою методикою вивчає аудиторії користувачів мережі Інтернет в європейських країнах, число користувачів зростає з кожним роком, причому максимальний приріст демонструють країни СНД та Східної Європи [142]. В табл. 15 представлена чисельність користувачів мережі Інтернет в деяких країнах Європи та їх доля серед всього населення країн.

Таблиця 15. Чисельність користувачів мережі Інтернет в деяких країнах Європи та їх доля серед всього населення (Джерело: Gemius Audience, August 2006)

Країна	Населення, млн.	Кількість користувачів, млн.	Доля користувачів серед населення, %
Польща	38,00	10,60	27%
Чеська Республіка	10,00	4,80	48%
Австрія	8,20	4,70	57%
Угорщина	10,00	3,70	30%
Словаччина	5,40	2,30	42%
Литва	3,40	1,00	29%
Латвія	2,30	0,80	34%

Естонія	1,30	0,70	54%
Україна	46,70	3,90	8,35%
Словенія	2,00	0,90	48%
Хорватія	4,50	1,30	29%
Росія	143,00	23,70	16.5%
Данія	5,50	3,80	69%

В Україні кількість користувачів мережі Інтернет збільшується повільними темпами. За результатами вивчення аудиторії користувачів мережі Інтернет в Україні, які були отримані аналітичною компанією «Gemius» в серпні 2007 року, кількість користувачів в серпні 2007 року досягла 4 200 882 осіб, що перевищило аналогічний показник 2006 року на 7,71 %. Найбільша доля серед українських користувачів припадає на жителів великих міст (Київ, Одеса, Дніпропетровськ, Донецьк, Харків, Львів) та АР Крим. Жінки становлять 45 % від всіх користувачів мережі Інтернет. За прогнозами спеціалістів компанії «Gemius», до кінця 2007 року кількість користувачів мережі Інтернет в Україні може зрости до 6,5 мільйонів осіб [142].

На рисунку 24 представлений розподіл користувачів мережі Інтернет в Україні за віковими категоріями станом на серпень 2007 року.

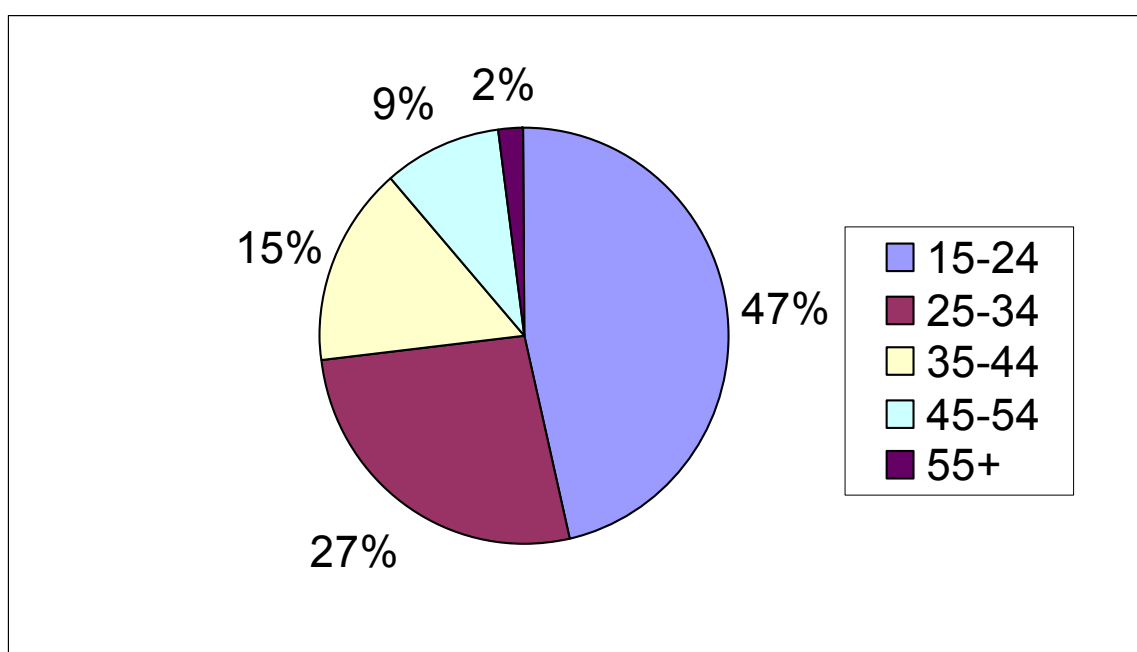


Рисунок 24. Розподіл користувачів мережі Інтернет в Україні за віковими категоріями (Джерело: Gemius Audience, August 2007)

Як показує рис. 24, основними користувачами мережі Інтернет в Україні є підлітки та молодь, тому, на нашу думку, розвиток цього комунікативного каналу в аспекті поширення інформації щодо охорони репродуктивного здоров'я, планування сім'ї і ЕК зокрема, — здатне відіграти провідну роль у впровадженні засад ЕК та попередження небажаної вагітності саме серед цієї дуже важливої категорії. Цьому сприяють такі характеристики Інтернет-комунікації, як швидкість, конфіденційність, можливості пошуку, он лайн спілкування та інші важливі опції.

Основними форматами Інтернет-комунікації є:

- Соціальна реклама у вигляді банерів з посиланням на профільну Інтернет-сторінку чи без нього;
- Реклама (образ) засобів ЕК з посиланням на профільну Інтернет-сторінку чи без нього;
- Інтернет-сторінки, присвячені проблемі ЕК або конкретним засобам ЕК;
- Інтернет-сайти, присвячені проблемі ЕК або конкретним засобам ЕК;
- Інтернет-форуми та консультації;
- Інтернет-конференції за участю спеціалістів.

В світі накопичений певний досвід використання Інтернет-комунікацій з метою популяризації методу ЕК та допомоги жінкам, які потребують застосування цього методу. Нижче наводяться Інтернет-ресурси, які присвячені проблемі ЕК:

- 1) www.secinfor.org — Інтернет-ресурс МКНК, який висвітлює всі питання, пов'язані із використанням методу ЕК в різних країнах світу, надає необхідні консультації споживачам та фахівцям, висвітлює діяльність МКНК та організаційні питання. Основна інформація доступна на чотирьох мовах (англійська, французька, іспанська та російська);
- 2) www.globalhealth.org — Інтернет-ресурс Світової Ради з охорони здоров'я, що висвітлює загальносвітову та регіональну статистику щодо кількості небажаних вагітностей, абортів та випадків материнської смертності. Інформація представлена англійською мовою;
- 3) www.crlp.org — Інтернет-ресурс Центру з репродуктивних прав, що містить корисну для споживачів та фахівців інформацію стосовно репродуктивних прав людини, пов'я-

заних з вагітністю, аборт, плануванням сім'ї, ЕК, статевої поведінки, охорони репродуктивного здоров'я підлітків тощо. Інформація представлена англійською мовою;

- 4) www.path.org — Інтернет-ресурс Програми належних технологій у охороні здоров'я, одним з провідних напрямків діяльності якої є впровадження засад ЕК на світовому рівні. Інформація представлена англійською мовою;
- 5) www.priwh.org — Інтернет-ресурс Тихоокеанського Інституту здоров'я жінки, що висвітлює діяльність цієї міжнародної організації з охорони репродуктивного здоров'я жінок у всьому світі. Інформація представлена англійською мовою [151];
- 6) www.love4life.ru — російський Інтернет-сайт, присвячений проблемі планування сім'ї, висвітлює питання охорони здоров'я сучасної жінки, всі методи контрацепції, в тому числі — ЕК, а також здійснює он лайн-консультування. Інформація представлена російською мовою;
- 7) www.escapel.ru — російський Інтернет-сайт, ресурс представництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон Нрт.» в Російській Федерації, присвячений застосуванню методу ЕК та особливостям застосування препарату Ескапел — ЛНГ-ТЕК для моно-режиму використання. Інформація представлена російською мовою;

В Україні наразі не існує окремого Інтернет-ресурсу, що вичерпно висвітлює питання застосування методу ЕК. Інформація стосовно зареєстрованих в Україні засобів ЕК виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» представлена на корпоративному сайті українського представництва заводу www.richter.com.ua (російською мовою) та на корпоративному сайті заводу www.richter.hu (англійською та угорською мовами) [156].

Слід зазначити, що для отримання інформації щодо методу та засобів ЕК споживачі нерідко використовують російсько- та україномовні пошукові системи в мережі Інтернет, які в більшості випадків спрямовують їх на різноманітні форуми, присвячені здоров'ю та статевим стосункам. На цих форумах, де має місце обмін думок між споживачами, можна бачити не завжди коректну з медичної точки зору інформацію, яка може бути причиною неправильного тлумачення методу ЕК і, відповідно, неправильного застосування засобів ЕК.

За нашими спостереженнями, протягом 2006–2007 рр., на інформаційному порталі компанії «Моріон» www.compendium.com.ua, що являє собою електронну версію відомого в Україні довідника лікарських засобів «Компендіум», щотижня інформація стосовно препарату Постинор входить в топ-20 всіх результатів пошуку, причому більшість часу незалежно від сезонних факторів ця позиція займає перше або друге місце [137]. Це може свідчити про активність споживачів, а не тільки медичних та фармацевтичних фахівців — основних користувачів порталу, що спрямована на пошук в мережі Інтернет необхідної інформації стосовно доступності та правильного застосування Постинору. Це вкотре свідчить про недостатню поінформованість проміжних та кінцевих споживачів з питань застосування засобів ЕК.

Враховуючи невідповідність фізичної та інформаційної доступності щодо засобів ЕК в Україні, важливим є створення українського Інтернет-порталу, присвяченого ЕК та спрямованого на різні цільові категорії, а також долучення України до єдиної інформаційної світової мережі, створеної МКНК. При цьому буде забезпечена поінформованість провідної цільової категорії підлітків та молоді, які є ключовими користувачами мережі Інтернет в Україні.

SMS-повідомлення від провайдерів мобільного зв'язку — достатньо новий та перспективний канал електронної комунікації. Наразі широко розповсюджені програми SMS-розсилок стосовно різних товарів та послуг з метою формування лояльності споживачів. Накопичений позитивний досвід використання SMS-повідомлень для щоденного нагадування споживачам КПК щодо прийому таблетки у один і той самий час.

Формати SMS-комунікації з проблем ЕК:

- SMS-розсил (повідомлення щодо профільного Інтернет-сайта, «гарячої» телефонної лінії, тощо);
- Відправлення SMS-повідомлень споживачами на виділений номер для отримання інформації щодо правильного застосування засобів ЕК, а також необхідних телефонів та адрес, де надаються необхідні послуги.

«Гарячі» телефонні лінії («телефони довіри», «швидка психологічна допомога», телефонні консультації «Шлюб та сім'я») — один з найоптимальніших каналів комунікації для споживачів ЕК, який забезпечує зручність, оперативність, конфіденційність та професійну консультативну допомогу. «Гарячі» телефонні

лінії з питань репродуктивного здоров'я і ЕК зокрема успішно працюють у багатьох містах та країнах, охоплюючи широке коло питань, які задаються фахівцям-операторам у телефонному режимі. У ролі операторів можуть виступати лікарі та спеціально підготовлені середні медичні та фармацевтичні працівники, медичні психологи. «Гарячі» лінії, як правило працюють в цілодобовому режимі.

Формати «гарячих» телефонних ліній:

- Багатоканальний телефонний call-center, що передбачає дзвінки клієнтів та спілкування з оператором;
- Автоматичний call-center, що передбачає автоматично запрограмовані різні варіанти відповідей на стандартні запитання, які задаються клієнтам. При цьому варіанти відповідей передаються клієнтом при натисканні різних клавіш у тональному режимі телефону. Приклад: запитання (в голосовому режимі) — скільки годин минуло від незахищеного статевого контакту? Якщо менше 72 годин, натисніть 1; якщо більше 72 годин, натисніть 2; якщо не можете вказати час, натисніть 3, і т.п.

Для успішного запуску та функціонування «гарячих» телефонних ліній інформація про них повинна бути надана за допомогою різних засобів суспільних комунікацій (телебачення, радіо, Інтернет, SMS, газети, зовнішня реклама). Отже цей комунікативний канал в повній мірі залежить від роботи інших каналів та підтримується ними.

У разі ефективної організації «гарячі» телефонні лінії здатні вирішувати низку проблем у сфері комунікативних засад ЕК.

Друковані канали комунікації можуть бути представлені на різних носіях. Можливості цих каналів в аспекті впливу на цільові категорії за останні десять років значно розширились за рахунок впровадження нових рекламних технологій та носіїв. Сукупними перевагами друкованих каналів комунікації є висока інформативність, наочність, доступність, а недоліками — відносно висока вартість одного контакту, лімітована кількість контактів (тираж газет та журналів, кількість зовнішніх або внутрішніх носіїв тощо), неоперативність у наданні необхідної в конкретний час інформації (необхідність пошуку).

Інформація на зовнішніх носіях (outdoor), або зовнішня реклама, передбачає, як правило, розміщення великоформатних носіїв на вулицях, площах, уздовж автомагістралей та залізничних шляхів,

на різних будівлях і спорудах, на транспортних засобах тощо. Основними видами зовнішніх носіїв є:

- «Біг-борди» (big-boards) — великі носії розмірами 3 × 6 м або більші, що можуть мати стаціонарне або рухове зображення (змінюється через заданий час);
- «Сіті-лайти» або «лайт-бокси» (city-lights or light-boxes) — носії у вигляді конструкторів, що мають внутрішню підсвітку; звичайно розміщуються у людних місцях, на зупинках транспорту, на транспортних засобах, на площах, будівлях;
- Панорамні панно великих та надвеликих розмірів, розміщуються, як правило, на фасадах великих будівель;
- Рідкокристалічні екрани великих розмірів з динамічним зображенням;
- Зовнішня реклама на транспортних засобах: автомобілях, маршрутних таксі, міському транспорті;

На зовнішніх носіях можуть бути зображені макети і слогани, що популяризують та актуалізують метод ЕК на засадах соціальної реклами, а також, за наявності ОТС-статусу засобів ЕК, — пряма реклама цих засобів.

Інформація на внутрішніх носіях (indoor), або внутрішня реклама, передбачає розміщення носіїв у приміщеннях (аптеки, поліклініки, центри планування сім'ї, молодіжні центри, фармацевтичні супермаркети, великі магазини, дискотеки, нічні клуби, навчальні заклади, готелі, центри краси та інші), салонах транспорту і може бути наступних видів:

- Плакати (паперові, картонні, пластикові, дерев'яні, виготовлені за flex-технологіями);
- Інформаційні стенди;
- Підставки та міні-стенди для друкованих інформаційних матеріалів;
- Рідкокристалічні панелі та екрани;
- Навісні банери;
- Воблери;
- Прапорці;
- Вітрини (для аптек);
- «Шелф-токери» (shelf-talkers) — спеціально виготовлені таблички на полицях аптек, що вказують найменування лікарських засобів або їх призначення;

- Великі упаковки та фігури (з пластика, дерева, гіпсу або картону);
- Лайт-бокси (light-boxes);

Інформація в друкованих ЗМІ передбачає різні за форматами публікації в загальних та спеціалізованих виданнях, відповідно розрахованих на споживачів та фахівців. Такі видання активно використовуються у багатьох країнах світу. В Україні за роки незалежності значно зросла кількість видань, які пов'язані з тематикою здоров'я (для споживачів), це ж стосується і спеціалізованих видань для медичних та фармацевтичних працівників.

Основними форматами публікацій з ЕК для споживачів є наступні:

- Газетні та журнальні статті популярного характеру, що актуалізують проблему та пропонують шляхи для її вирішення;
- Прес-релізи;
- Публікація в форматі інтерв'ю фахівця;
- Рекламна інформація щодо засобів ЕК (пряма реклама — тільки за наявності у засобу ЕК ОТС-статусу);
- Інформація у форматі «публік рілейшнз» — PR, або «прихованої» реклами засобу ЕК, що має ВТС-статус;
- Публікації у форматі акцій для споживачів, спілкування на сторінках журналу або газети.

Основними форматами публікацій з ЕК для медичних та фармацевтичних фахівців є наступні:

- Публікації у наукових виданнях — аналітичні огляди та статті;
- Науково-популярні статті у газетах та журналах;
- Інформаційні листи про нововведення в системі охорони здоров'я;
- Прес-релізи;
- Рекламна інформація щодо засобів ЕК;
- Інформація у вигляді алгоритмів фармацевтичної опіки (для фармацевтичних працівників).

В Україні за період 2003–2007 років у загальних та спеціалізованих виданнях вийшло 18 публікацій, які були присвячені темі ЕК та розраховані як на споживачів, так і на спеціалістів охорони здоров'я. Слід зазначити, що для споживачів публікації мали переваж-

но науково-популярний формат і виходили у «глянцевих» журналах («Мир Семьи», «Единственная», «Лиза» та інші). Для фармацевтичних працівників публікації виходили у форматі фармацевтичної опіки, де висвітлювались алгоритми допомоги споживачам з ЕК (профільні видання: «Фармацевт-Практик», «Провізор») [48, 55, 86]. Для лікарів публікації мали переважно науковий та науково-популярний формат [44, 54]. Всі зазначені публікації виходили за підтримки представництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» в Україні.

Необхідність інтенсифікації процесу висвітлення проблеми ЕК у різних виданнях, розрахованих на всі цільові категорії, не викликає сумнівів. Враховуючи велику довіру серед населення України до друкованих засобів масової інформації, цей процес має носити комплексний і системний характер, охоплюючи максимальну кількість цільових категорій.

Друкована інформація (інформаційні матеріали) представлена широким спектром видань і друкованих матеріалів для розповсюдження серед цільових категорій. Сюди ж відносяться рекламно-інформаційні матеріали, які знайомлять із засобами ЕК, висвітлюють аспекти їх застосування (виготовляються, як правило, виробниками або їх представниками/ партнерами). Друковані інформаційні матеріали в залежності від цільової аудиторії можуть виходити в наступних форматах:

- Методичні рекомендації;
- Клінічні керівництва та посібники;
- Збірки наукових праць;
- Монографії;
- Клінічні протоколи та алгоритми;
- Нормативно-правова та регуляторна документація;
- Копії (репринти) публікацій в журналах;
- Інформаційні буклети (holders);
- Брошури та міні-брошури;
- Лефлети та листівки з короткою інформацією для споживачів;

Друковані інформаційні матеріали можуть розповсюджуватись серед медичних та фармацевтичних працівників різними шляхами: в ході проведення різноманітних заходів (акцій, конференцій, конгресів тощо), шляхом директ-мейлінгу (адресній розсилці ці-

льовим групам спеціалістів), в ході індивідуальних візитів представників компаній-виробників засобів ЕК або співробітників гуманітарних місій. Серед споживачів друковані інформаційні матеріали можуть розповсюджуватись через аптеки, заклади охорони здоров'я, учбові заклади, супермаркети, косметичні салони, оздоровчі центри, дискотеки, нічні клуби та інші установи. В цьому аспекті цікавим є позитивний досвід Казахстану, коли міні-листівки для споживачів з ЕК (рекламно-інформаційний матеріал з препарату Ескапел) розповсюджувались на автозаправних станціях, що працюють в цілодобовому режимі.

Символічні предмети, або ремайндери (brand/event-reminders) — це сувеніри, різні предмети широкого вжитку, зразки упаковок ЕК та інші речі, які нагадують про назву засобу ЕК, або про певну подію, наприклад, акцію. На ці речі (ручки, пакети, кружки, футболки тощо) можуть наноситися кольорові логотипи, назви, іміджеві блоки та слогани, які привертають увагу оточуючих до проблеми. Символічні предмети можуть розповсюджуватися в якості призів та подарунків в ході проведення акцій, конференцій та інших заходів.

Акції та події, пов'язані з популяризацією ЕК, є важливим комунікативним каналом для інформаційних потоків в силу таких характеристик, як швидкість, наочність, можливість «живого» спілкування та «зворотного» зв'язку. До недоліків такого комунікативного каналу відносяться висока вартість та коротка тривалість у часі.

Акції із залученням знаменитостей (відомих артистів, спортсменів, суспільних діячів) дозволяють привернути максимальну увагу громадськості до кола питань, які піднімаються в ході цієї акції та сформуванню поведінковий стереотип у споживачів на основі авторитетної думки або дії, які демонструє відома особа. Серед медичних або фармацевтичних спеціалістів дуже важливу роль відіграють опініон-лідери (opinion leaders) — ключові експерти галузі, думка яких є авторитетною в медичній або фармацевтичній практиці.

Окрім акцій, знаменитості та опініон-лідери можуть зніматися у телевізійних роликах, давати інтерв'ю у радіороликах та на сторінках друкованих засобів масової інформації, брати участь у фотосесіях для друку інформаційних матеріалів та виготовлення символічних предметів, проводити прес-конференції.

Масові культурні заходи на BTL-акції (below-the-line actions) проводяться головним чином для споживачів і мають за мету зміну попереднього поведінкового стереотипу та формування нових стереотипів (наприклад, у разі незахищеного статевого контакту одразу використовувати засоби ЕК, а надалі — використовувати РК). Ці заходи привертають максимальну увагу цільових категорій і в подальшому знаходять своє відображення в різних засобах масової інформації.

Необхідною передумовою проведення зазначених акцій є широке їх анонсування у електронних та друкованих засобах масової комунікації. Масові акції та BTL-заходи з популяризації методу ЕК повинні мати соціальну спрямованість із першочерговим залученням найважливіших цільових категорій (молоді, підлітків, жінок та чоловіків репродуктивного віку) та проводитись у комплексі з популяризацією методів РК та профілактики ПСШ.

Формати проведення акцій різноманітні: розповсюдження друкованих інформаційних матеріалів в людних місцях, проведення конкурсів та розіграшів із наступним отриманням призів, театралізоване шоу із залученням знаменитостей, спортивні змагання, освітні акції для учнів та студентів, соціальні та благодійні акції, акції за типом «запитай у фахівця», та інші. Для проведення подібних акцій потрібне залучення великих людських ресурсів (промоутерів, артистів, консультантів, музикантів, та інших).

Комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» спрямований на оволодіння знаннями та набуття необхідних навичок з питань охорони репродуктивного здоров'я різними цільовими категоріями, передовсім споживачами та спеціалістами. Це провідна складова роботи служб планування сім'ї у всіх країнах світу, в тому числі — і в Україні [64, 67, 80].

Під інформацією розуміють обмін відомостями. Інформація повинна бути лаконічною, зрозумілою, сучасною (оперативною) і такою, що передбачає зворотний зв'язок. Найдоступнішою моделлю надання інформації є спілкування споживача та спеціаліста. Слід зазначити, що рівень засвоєння та використання матеріалу з інформаційних джерел становить приблизно 10–15%.

Навчання — це процес оволодіння спеціальними знаннями, уміннями та навичками. Це складний процес аналізу отриманої інформації, формулювання проміжних та прикінцевих висновків,

прийняття рішень та моделей поведінки, розробки програм дій, тощо. Під час навчання засвоюється 25–40% отриманої інформації.

Комунікація — це передача інформації від людини до людини, що передбачає не тільки інформування та навчання, але й вироблення та закріплення практичних навичок в атмосфері, що сприяє найбільш позитивним поведінковим змінам. В ході комунікації, коли засвоюється 50–60% інформації, має місце самостійне набуття та відпрацювання необхідних навичок, формування поведінкових моделей та алгоритмів.

Комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» неможливий без залучення різних комунікативних каналів та засобів поширення інформації, про які йшла мова вище. Схематично комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» представлений на рис. 25.

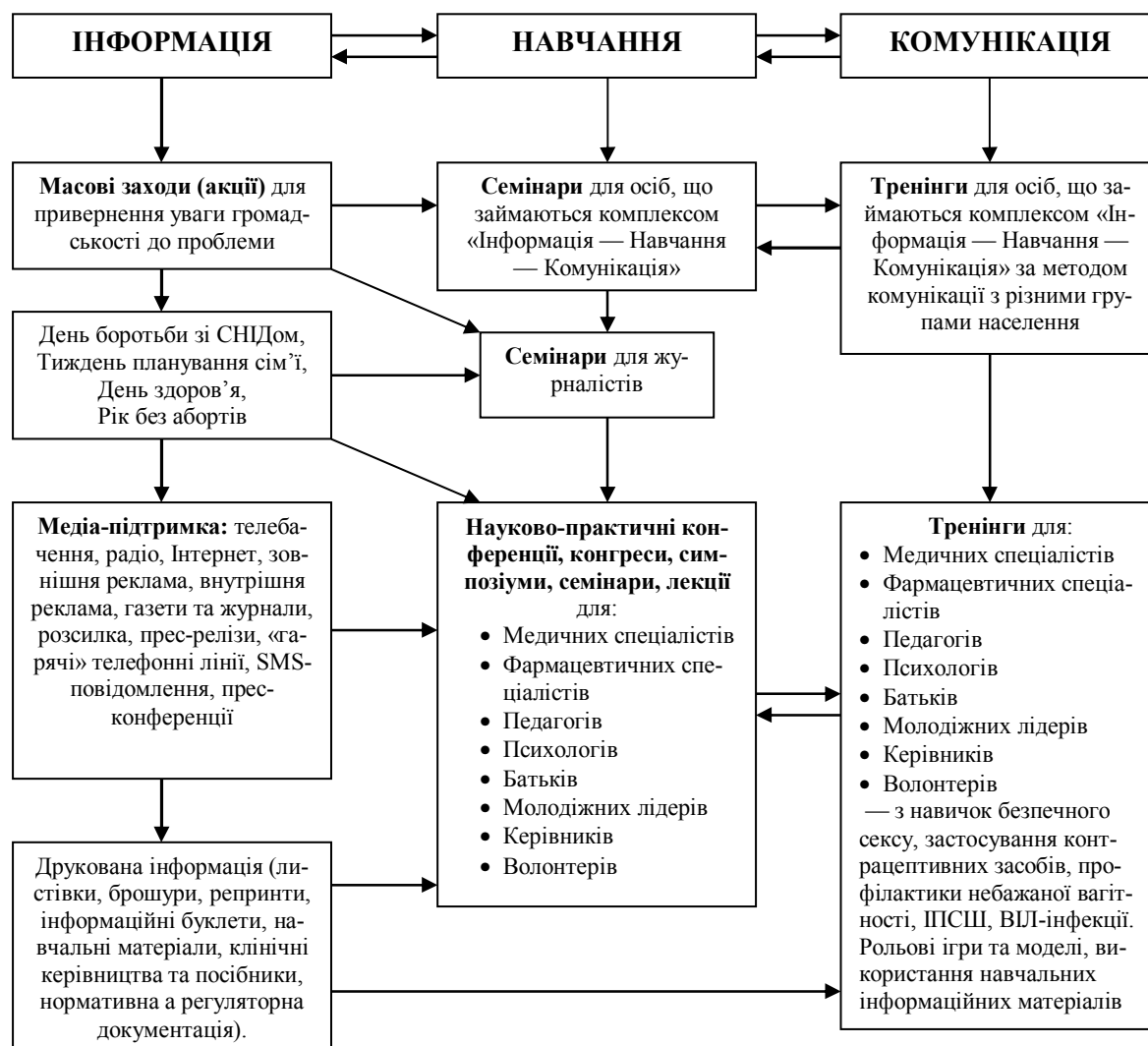


Рисунок 25. Комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» та його складові (Адаптовано нами з: *Планування сім'ї. Навчальний посібник // За редакцією Жилки Н.Я., Вовк І.Б. — Київ, 2006. — 296 с.)*

Науково-практичні конференції, семінари, конгреси, з'їзди та симпозиуми розраховані, як правило, на недиференційовані або диференційовані групи спеціалістів, висвітлюючи певну проблему під професійним кутом зору. Організаторами таких заходів можуть бути вищі навчальні заклади, професійні асоціації, товариства та угруповання, інші недержавні організації, міжнародні та державні проекти, представництва виробників контрацептивних засобів. У форматі цих заходів, які мають в собі переважно інформаційну або навчальну складові, можуть проводитись виставки лікарських засобів та медичного обладнання, поширюватись інформаційні матеріали.

Комунікативна складова найбільше представлена у форматах тренінга та волонтерства. Ці формати передбачають передачу інформації від людини до людини за принципом «рівний — рівному» і сприяють максимальному її засвоєнню та виробленню практичних навичок. В аспекті інформування проміжних та кінцевих споживачів з питань планування сім'ї і, зокрема, ЕК, формати тренінга та волонтерства мають ключове значення.

В Україні накопичений значний досвід проведення комплексу заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» у сфері охорони репродуктивного здоров'я. В той же час, заходів, окремо присвячених питанням ЕК, наразі не проводилось. На нашу думку, в аспекті поширення інформації з ЕК в Україні, особливо серед цільової категорії молоді та підлітків, провідну роль повинні відігравати тренінги та волонтерство. Така практика вже існує. Основним форматом роботи міжнародних проектів, які працювали і працюють в Україні в різні часи («Проект здоров'я матері та дитини», Проект «JUPEIGO», Проект «POLICY», Проект JSI «Разом до здоров'я»), є проведення тренінгів для медичних та фармацевтичних спеціалістів з планування сім'ї, в ході яких розглядаються питання ЕК [30]. На особливу увагу заслуговує Програма сертифікації аптек, яка впроваджена Проектом JSI «Разом до здоров'я» і полягає у проведенні ґрунтовних тренінгів з планування сім'ї для провізорів аптек, а також формуванні групи лояльних аптек, готових завжди мати в асортименті МПДК (до складу МПДК входять зареєстровані в Україні засоби ЕК — Постинор та Ескапел).

Молодіжні волонтерські програми у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в Україні наразі набувають все більшого поширення. В європейських країнах практика волон-

терства в цій сфері є загальноприйнятою та розповсюдженою. Осередками волонтерського руху можуть бути клініки, дружні до молоді, міжнародні організації та проекти, навчальні заклади, студентські угруповання тощо.

У 2006 році в Україні розпочав роботу Проект «Профілактика ВІЛ/СНІДу. Сексуальне виховання молоді», що під егідою IFMSA був спільно організований студентськими громадами Медичного Університета Віттена (Німеччина), Національного Медичного Університету ім. О.О.Богомольця, Івано-Франківської Державної медичної Академії, Донецького Державного медичного Університету ім. М. Горького, Львівського Національного медичного Університету ім. Д. Галицького, Одеського Державного медичного Університету, Харківського Національного університету ім. Каразіна. В рамках Проекту було проведено дві міжнародні конференції та ряд тренінгів для студентів медичних університетів та академій України, які працюють серед студентських аудиторій власних навчальних закладів на засадах волонтерства [143]. Окрім медичних питань, на цих заходах висвітлювались організаційні основи проведення тренінгів, засади волонтерського руху, психологічні та соціальні аспекти планування сім'ї та профілактики ПСШ і ВІЛ-інфекції серед молоді. Проектом передбачається залучення у волонтерський рух інших студентів-медиків та збільшення кількості вищих навчальних закладів, серед студентських аудиторій яких матиме місце волонтерський рух з пропаганди здорового способу життя у репродуктивній сфері. Допоміжним комунікативним каналом виступатиме Інтернет. На нашу думку, розвиток цього проекту дозволить в подальшому покращити обізнаність студентської молоді з питань планування сім'ї, в тому числі — і щодо застосування ЕК.

З ініціативи та за підтримки Представництва «Ріхтер Гедеон» в Україні в період з 2004 по 2007 рік у всіх регіонах України здійснювалась молодіжна програма «Ріхтер Гедеон», яка полягала у проведенні лекцій, семінарів та тренінгів для студентів молодших курсів вищих навчальних закладів всіх рівнів акредитації. Ці заходи проводили досвідчені лікарі акушери-гінекологи, які мали попередній досвід роботи з молодіжними аудиторіями. В рамках молодіжної програми «Ріхтер Гедеон» у 2004 році серед студенток дванадцяти київських вищих навчальних закладів було проведено анкетне опитування щодо відношення до різних методів планування сім'ї, користування ними та зацікавленості у отриманні інформації стосо-

вно застосування цих методів. З 2360 опитаних студенток віком від 15 до 23 років 90% побажали отримувати інформацію, пов'язану з плануванням сім'ї та профілактикою ПІСШ та ВІЛ/ СНІДу [25].

Таким чином, впровадження комплексу заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» є дуже важливим комунікативним каналом і суттєвою складовою інформаційного забезпечення ЕК, що спрямована на різні цільові категорії.

У 2007 році нами був розроблений інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я «Інформаційне забезпечення екстреної контрацепції в Україні», який розповсюджено в регіонах країни [8]. Суть нововведення полягає у запровадженні нового механізму інформування проміжних та кінцевих споживачів з питань ЕК, який полягає у запровадженні більшої кількості комунікативних каналів, що спрямовані безпосередньо на споживача, та залучення більшого числа спеціалістів для консультування з питань ЕК. З урахуванням сьогоденних реалій, коли більшість українських споживачів першочергово придбають засоби ЕК в аптечних закладах без звертання до лікарів, ключова роль в процесі консультування відводиться фармацевтичним працівникам, які мають пройти спеціальну підготовку з планування сім'ї. Окрім лікарів, до процесу консультування повинні долучатися середні медичні працівники (медичні сестри, фельдшери та акушерки), а також медичні психологи. В інформаційному листі регламентується процес безперервного навчання цільових категорій спеціалістів за принципом «Інформація — Навчання — Комунікація» (конференції, конгреси, симпозіуми, семінари та тренінги). На рис. 26 схематично представлені інформаційні засади ЕК в Україні, запропоновані нами в інформаційному листі № 3-2007.

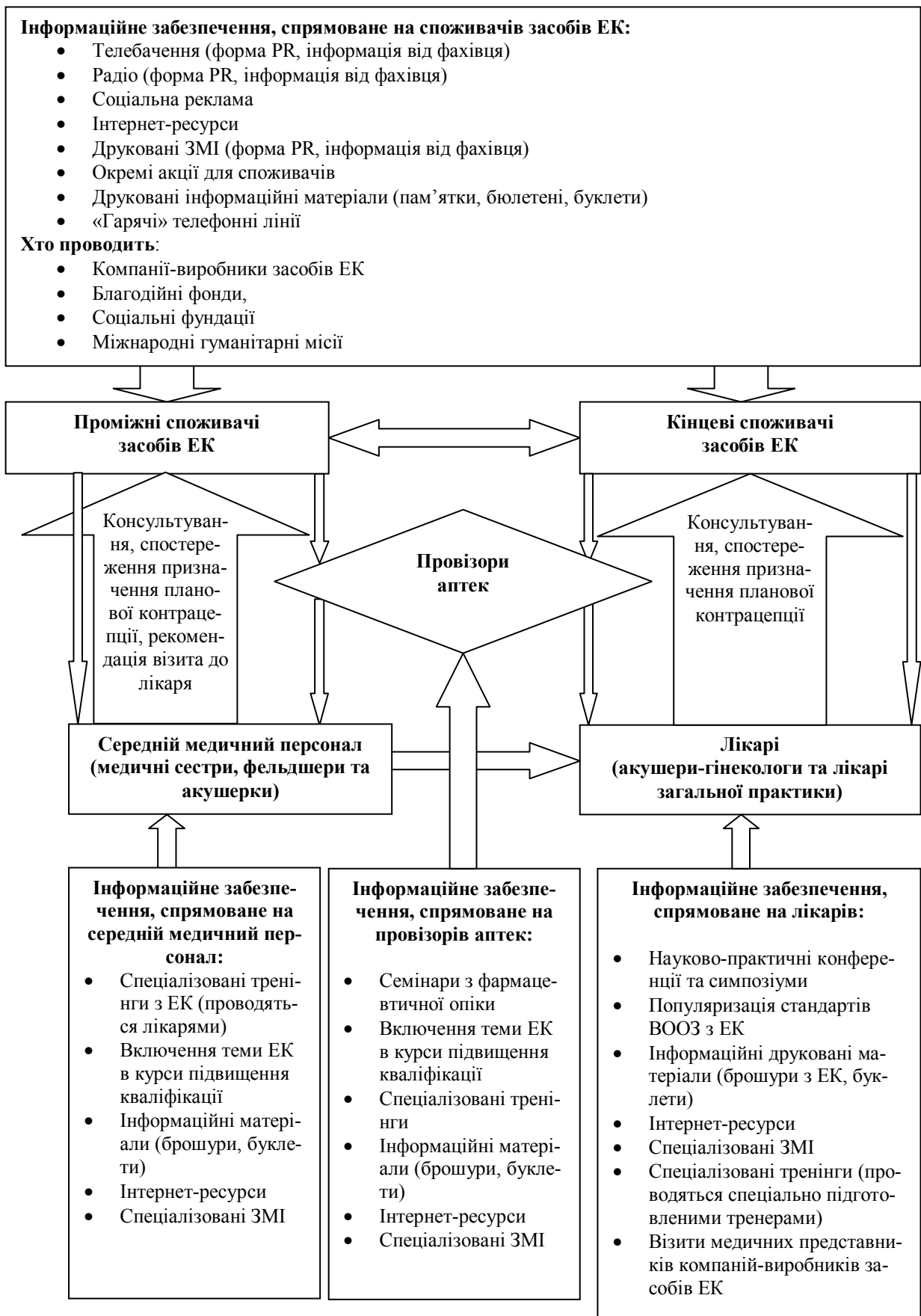


Рис. 26. Інформаційне забезпечення екстреної контрацепції в Україні
(джерело: Інформаційний лист про нововведення
в системі охорони здоров'я №3-2007)

Як висновок, слід зазначити, що можливості різних комунікативних каналів та сучасних технологій передачі інформації є невичерпними, що свідчить про існування величезного потенціалу в аспекті популяризації методу ЕК серед цільових категорій. Одночасне залучення багатьох каналів вимагає значних інвестицій, великих людських та технічних ресурсів. У кожному конкретному випадку, на рівні країни, регіону, області, району, міста або навіть одного учбового закладу, — для популяризації ЕК слід підбирати найбільш оптимальний канал комунікації, який міг би забезпечити поінформованість найбільшої кількості споживачів або спеціалістів, при цьому інформація повинна надаватися якісно, оперативно та з обов'язковою наявністю зворотного зв'язку. Досвід інших країн, де мали місце успішні кампанії з популяризації методу ЕК, доводить ефективність подібного підходу. В Україні наразі залишається актуальною необхідність розвитку комунікативних каналів не тільки для популяризації ЕК, але й для всієї системи планування сім'ї.

6.5. Зміст інформації з екстреної контрацепції

У попередніх підрозділах були розглянуті різні цільові категорії спеціалістів та споживачів ЕК, комунікативні канали, що забезпечують інформаційні потоки до цільових категорій, можливі та наявні комунікативні бар'єри, що перешкоджають або обмежують інформаційні потоки. Даний підрозділ висвітлює зміст інформації з ЕК, спрямованої як до споживачів, так і до спеціалістів.

В процесі навчання та комунікації людина аналізує головним чином побачену та почуту інформацію, оскільки зір та слух є провідними органами чуттів. Сприйняття кожного побаченого малюнка, логотипа, символу, образу; прочитаного або почутого тексту, слогану, куплету, — містить у собі дві принципові складові: **раціональну** та **емоційну**. **Раціональна** складова зорового або слухового сприйняття визначає, наскільки є побачена, прочитана або почута інформація корисною, якими є можливості щодо її застосування на практиці та можливий від цього результат. **Емоційна** складова зорового або слухового сприйняття визначає спектр почуттів, які викликає побачене, прочитане або почуте.

Сприйняття інформації щодо методу ЕК також містить комбінацію раціональної та емоційної складових. На відміну від інформації стосовно багатьох товарів та послуг, для якої характерна однонаправленість раціональної та емоційної складових сприйняття (позитив — позитив або негатив — негатив), для інформації стосовно ЕК характерною є різнонаправленість цих складових сприйняття (позитив — негатив), причому раціональна складова, як правило, має позитивне забарвлення, а емоційна — негативне. Розглянемо це на класичному прикладі, коли молода жінка репродуктивного віку після незахищеного статевого контакту вдається до застосування Постинору. Вона отримує інформацію про існування такого засобу ЕК та можливості його застосування від подруги, потім придбає Постинор в аптеці і перед прийомом таблеток ознайомлюється з інструкцією. Раціональна складова всієї отриманої жінкою інформації має позитивний характер: жінка використовує за схемою засіб ЕК і практично повністю попередить настання небажаної вагітності, метод дуже простий та зручний; в той час як емоційна складова буде мати негативний характер: жінка йде на вимушений крок, поспішаючи застосувати засіб ЕК, вона усвідомлює, що існує ризик неефективності засобу, можливий розвиток побічних ефектів, частота якого може збільшитися у разі повторного застосування засобу ЕК. Складові сприйняття інформації стосовно ЕК лікарями також здебільшого мають різнонаправлений характер: позитив — засоби ЕК потрібні, без них часто не можна обійтися; негатив — засоби ЕК є причиною важких порушень оваріально-менструального циклу, а жінки їх забагато приймають. На нашу думку, саме такі протиріччя у сприйнятті методу ЕК як спеціалістами, так і споживачами є причиною викладених вище інформаційно-комунікативних бар'єрів.

Корекція як раціональної, так і емоційної складової сприйняття може бути здійснена за допомогою наступних послідовних кроків:

1. Актуалізація проблеми;
2. Позичонування ЕК, тобто визначення місця ЕК в свідомості споживачів та спеціалістів;
3. Об'єктивне висвітлення ключових фактів щодо переваг та недоліків методу ЕК, правил застосування засобів ЕК (оптимальний формат: запитання — відповідь);
4. Адекватна психологічна допомога та підтримка.

Актуалізація проблеми є першим кроком у зміні відношення споживачів до ЕК, що базується на висвітленні масштабності проблеми небажаної вагітності, штучного її переривання та ускладнень, пов'язаних з вагітністю. Значення попередження небажаної вагітності для споживачів може бути висвітлене у наступних повідомленнях:

- ЕК здатна попередити небажану вагітність, тим самим зменшивши ризик ускладнень вагітності та пологів, що є особливо актуальним у бідних країнах;
- За даними Фонду народонаселення ООН, з 200 мільйонів вагітностей, які щорічно реєструються в світі, принаймні третина є небажаними;
- Щороку 8 з 30 мільйонів жінок стикаються з невдачами у користуванні контрацептивними засобами;

Краща обізнаність споживачів щодо ролі ЕК у попередженні абортів, також відіграє суттєву роль у актуалізації методу ЕК. В цьому аспекті можуть використовуватись наступні повідомлення:

- Аборт був і залишається однією з провідних причин материнської смертності (спричинює 14% всіх материнських смертей в світі);
- Частота абортів корелює з частотою небажаних вагітностей. Наприклад, з 60 мільйонів небажаних вагітностей, які щороку мають місце в світі, принаймні 43 мільйони закінчуються штучним абортom. Аборти щорічно забирають життя 75 000 жінок фертильного віку;
- За умов, коли жінки не мають достатнього доступу до контрацептивних засобів, у тому числі — ЕК, а також до послуг служби планування сім'ї, аборт стає провідним методом регулювання народжуваності і це, в свою чергу, підвищує показник материнської смертності.

Слід зазначити, що актуалізація проблеми несе, як правило, негативне забарвлення, тому повинна здійснюватись у якомога лояльній формі, особливо серед цільової категорії підлітків та молоді. Наступні кроки повинні будуватись на позитивному баченні можливостей методу ЕК та інших методів планування сім'ї щодо вирішення проблеми можливого виникнення небажаної вагітності та попередження штучного її переривання.

Позиціонування ЕК полягає у тому, що ЕК — це метод планування сім'ї, що попереджує небажану вагітність принаймні у пе-

рші 120 годин після незахищеного статевого контакту, отже, виступає єдиною альтернативою штучному перериванню вагітності. На нашу думку, у свідомості споживачів слід сформувані три категорії порівняння:

- I. Категорію найкращого і бажаного (РК);
- II. Проміжну категорію альтернативного (ЕК);
- III. Категорію найгіршого, чого не можна допускати за будь-яких обставин (штучне переривання вагітності).

При такому підході до позиціонування методу ЕК серед споживачів буде формуватись пріоритет регулярних, або планових методів попередження небажаної вагітності, а ЕК буде сприйматись як вимушена міра, яка, в свою чергу, дозволить попередити аборт. Логічний зв'язок трьох понять РК — ЕК — аборт у свідомості споживачів дозволить чітко уявити місце кожного з методів регулювання фертильності та зробити відповідні висновки. За допомогою яких слоганів або повідомлень для споживачів можна досягти такого сприйняття? Нижче наводяться повідомлення та слогани, які використовувалися раніше в різних інформаційних матеріалах або наразі пропонуються нами для використання у подальшому:

- «Ще один шанс!»
- «Екстрена контрацепція. Другий шанс!»
- «У Вас є 72 години, щоб діяти!» (застаріле повідомлення; на нашу думку, його слід залишити для якомога раннього і тим самим ефективного застосування ЕК)
- «У Вас є 120 годин, щоб діяти!» (нове повідомлення);
- «Допомагає у останню хвилину!»
- «Іноді в житті потрібен другий шанс. Використуйте його! Екстрена контрацепція.»
- «Екстрена контрацепція — щоб не допустити аборту!»
- «Що краще — екстрена контрацепція чи аборт? Краще планова контрацепція!»
- «Методи планування сім'ї: планові кращі за екстрені. Але знайте про планові та екстрені, користуйтеся, щоб не допустити аборту!»
- «Сучасні методи планування сім'ї: дитина повинна бути бажаною!»
- «Дізнайтесь про екстрену контрацепцію раніше, ніж виникне в ній потреба!»

- «Дізнатись більше треба, — і згадати, коли буде потреба!»
- «Твоє життя не передбачуване? Контролюй його!»
- «Нове покоління проти абортів!» (загальний слоган кампаній з популяризації методів планування сім'ї серед молоді та підлітків)
- «Молодість прекрасна. Не слід залежати від випадковостей!»
- «Краще правило, аніж випадок! Користуйтеся регулярними методами контрацепції! Але знайте, що у разі «випадків» на допомогу прийде екстрена контрацепція!»
- «Не робіть з випадків правило. Користуйтеся не екстреними, а плановими методами!»
- «У випадку «пожежі», — дзвоніть 272-72-72. Дізнайтеся більше про «пожежну» контрацепцію!» (популяризація «гарячої» телефонної лінії)
- «У Вас був секс. Але секс був незахищений. Ви не користувалися жодним з методів контрацепції? Або Ви маєте сумніви щодо їх ефективності? Можливо, Ви були необережні? Увага, ми Вам порадимо, як вийти з цього становища! Екстрена контрацепція, — дізнайтеся про неї більше: «гаряча» телефонна лінія, Інтернет-сайт: [http://:www.....](http://www.....);

Окремо слід зауважити, що серед категорії підлітків та молоді першочерговим завданням є формування безпечної статевої поведінки, а саме пропагування стриманості та вірності, розвитку стосунків з одним партнером, спонукання до отримання вичерпної інформації з питань планування сім'ї та використання сучасних методів контрацепції, в першу чергу — презервативів та КПК. Інформування цієї цільової категорії з питань ЕК повинно проводитись тільки після висвітлення вище зазначених аспектів охорони репродуктивного здоров'я молоді. У свідомості цільової категорії підлітків та молоді ЕК повинна позиціонуватися як другорядна опція, додаткова можливість попередити небажану вагітність у разі незахищеного статевого контакту, але ні за яких умов — як метод першого вибору.

Ключові факти стосовно ЕК для споживачів повинні подаватися в простій та доступній споживачам формі. Широкого поширення набула техніка висвітлення складного матеріалу за допомогою запитань — відповідей, що дозволяє об'єктивно висвітлити **переваги та недоліки методу ЕК**, викласти **правила застосування**

засобів ЕК та в певній мірі зменшити психологічну напругу серед споживачів. Нижче наводяться типові запитання та відповіді на них.

1) *Що собою являє метод екстреної контрацепції?* Екстрена контрацепція — це безпечний та ефективний метод попередження небажаної вагітності після незахищеного статевого контакту. Якщо Ви не плануєте вагітність, Ви маєте прийняти таблетки екстреної контрацепції протягом 120 годин після незахищеного статевого контакту;

2) *Наскільки ефективні таблетки екстреної контрацепції?* Ефективність таблеток екстреної контрацепції залежить від відрізка часу, який минув від незахищеного статевого контакту до прийому таблеток: чим він менший, тим ефективніше застосування методу. Застосування таблеток на основі чистого левоноргестрелу залежно від часу використання знаходиться в межах 60-95%;

3) *Коли слід застосовувати таблетки екстреної контрацепції?* У тих випадках, коли незахищений статевий контакт стався не більше ніж 120 годин тому, внаслідок невикористання жодного з методів попередження небажаної вагітності або невдалого використання цих методів: пропуску двох і більше таблеток комбінованих пероральних контрацептивів, пошкодження або зісковзування презервативу, випадіння діафрагми або вагінального кільця. Особливі випадки: пристрасть, безвідповідальність, згвалтування;

4) *Який механізм дії таблеток екстреної контрацепції?* Таблетки екстреної контрацепції діють по-різному залежно від фази оваріально-менструального циклу, коли вони були застосовані. По-перше, вони попереджують процес овуляції, тобто дозрівання та вихід яйцеклітини з яєчника; по-друге, якщо яйцеклітина вже вийшла з яєчника, таблетки екстреної контрацепції протидіють процесам взаємодії зі сперматозоїдами та заплідненню; по-третє, вони протидіють прикріпленню заплідненої яйцеклітини до внутрішньої оболонки матки. Якщо таке прикріплення (імплантація) відбулося, таблетки екстреної контрацепції не чинять впливу на розвиток ембріону;

5) *Чи є екстрена контрацепція абортom? Чи переривають засоби екстреної контрацепції вагітність?* Екстрена контрацепція попереджає вагітність до її виникнення і не чинить вплив, якщо жінка вже вагітна. Виникнення вагітності визначається моментом

прикріплення заплідненої яйцеклітини до стінки матки (імплантацією);

6) *Які побічні ефекти у таблеток екстреної контрацепції?* Прийом таблеток екстреної контрацепції може супроводжуватись запамороченням, нудотою, головним болем, нагрубанням молочних залоз, рідше — кров'янистими виділеннями. Ці побічні ефекти мають мінущий характер, проходять, як правило, за декілька днів. Чергові місячні настають в строк, або із запізненням в декілька днів;

7) *Якщо після застосування таблеток екстреної контрацепції чергові місячні не настають, що слід робити?* В цьому випадку слід звернутись до лікаря та обов'язково виключити вагітність;

8) *Чи може вплинути застосування засобів екстреної контрацепції на фертильність жінки в подальшому?* Ні. Наразі відсутня наукова інформація щодо негативного впливу засобів ЕК на стан фертильності;

9) *Які бувають таблетки екстреної контрацепції?* Таблетки екстреної контрацепції бувають двох типів: ті, що мають в складі тільки прогестини (гестагени), в якості якого, як правило, виступає левоноргестрел, і ті, що містять комбінацію прогестинів та естрогенів. Перші представлені в упаковках, що містять одну таблетку (1,5 мг левоноргестрелу), або дві таблетки (по 0,75 мг левоноргестрелу). В Україні ці засоби зареєстровані під торгівельними назвами Ескапел та Постинор відповідно. В ролі комбінованих засобів для екстреної контрацепції виступають різні види комбінованих пероральних контрацептивів, які застосовуються у відповідному режимі. Окрім цього, існують схеми застосування таблеток міфепрестону (RU-486) і даназолу в режимі екстреної контрацепції;

10) *Чи є відмінності в механізмі дії різних засобів екстреної контрацепції?* Так, засіб RU-486 (міфепрестон) суттєво відрізняється за дією від естроген-гестагенних комбінацій та таблеток екстреної контрацепції на основі левоноргестрелу, оскільки спричиняє переривання наявної вагітності;

11) *Як приймати таблетки екстреної контрацепції?* Для досягнення максимального ефекту жінка повинна прийняти першу таблетку екстреної контрацепції якомога раніше після незахищеного статевого контакту протягом 120 годин. Якщо наявна упаковка з двох таблеток, вони приймаються протягом 120 годин від незахищеного статевого контакту з інтервалом 12 годин, але не більше 16

годин. Аналогічно приймаються естроген-гестагенні комбінації: інтервал між прийомом двох доз повинен становити 12 годин;

12) *Чи безпечні таблетки екстреної контрацепції?* Так. Науково-доказова інформація свідчить про відсутність шкідливого впливу таблеток екстреної контрацепції на здоров'я жінок за умов їх правильного застосування;

13) *Чи захищають таблетки екстреної контрацепції від інфекцій, що передаються статевим шляхом?* Ні. Слід пам'ятати, що засоби ЕК здатні попереджувати небажану вагітність, але не захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу. Не можна виключати, що незахищений статевий акт, який став причиною застосування таблеток екстреної контрацепції, мав небезпеку відносно зараження цими інфекціями, тому необхідно пройти додаткове обстеження, особливо коли мова йде про згвалтування або випадкові статеві зв'язки;

14) *Чи можна регулярно користуватися методом екстреної контрацепції?* Ні, не можна. Для регулярного застосування існують сучасні методи планової контрацепції, які є безпечними та високо-ефективними. Таблетки екстреної контрацепції призначені тільки для окремих ситуацій, як можуть бути скоріше випадками, але не правилом.

15) *До кого звернутися у разі ситуації, коли мав місце незахищений статевий акт, а можлива вагітність є небажаною?* У цьому випадку існує декілька варіантів: можна зателефонувати за телефоном «гарячої» лінії (якщо така існує в країні або регіоні); отримати інформацію з тематичного Інтернет-сайту; звернутися до чергової аптеки та отримати консультацію провізора; звернутися до спеціалістів центру планування сім'ї або молодіжного центру; до лікарів жіночої консультації; свого сімейного лікаря; у разі згвалтування — до правоохоронних органів та бюро судово-медичної експертизи живих осіб. Слід пам'ятати, що в цій ситуації необхідно в якомога швидше отримати консультацію щодо правильного застосування таблеток екстреної контрацепції та придбати цей засіб у найближчій аптеці. Припустиме завчасне створення жінкою мінімального запасу таблеток екстреної контрацепції;

16) *Що слід робити після випадку застосування таблеток екстреної контрацепції?* Необхідно дочекатись чергових місячних, які, як правило, наступають в строк або із запізненням у 1-3 дні. При затримці місячних на більший термін, виникненні болі в чере-

вній порожнині або нерегулярної кровотечі, будь-якому занепокоєнні, слід негайно звернутись до лікаря. У цьому є необхідність для виключення вагітності, додаткового обстеження на предмет інфекцій, що передаються статевим шляхом, та консультування. Слід проконсультуватися зі спеціалістом стосовно поновлення використання або підбору найбільш оптимального методу/ засобу планової контрацепції;

17) *Як користуватися засобами планової контрацепції після випадку застосування таблеток екстреної контрацепції?* Бар'єрні методи (презерватив, сперміциди, діафрагма) можуть використовуватися безпосередньо після застосування таблеток екстреної контрацепції. Комбіновані пероральні контрацептиви, якщо жінка приймала перед випадком застосування таблеток екстреної контрацепції, можуть прийматися далі у двох режимах: продовження попередньо розпочатої упаковки (циклу) або початок нової упаковки від нового оваріально-менструального циклу. Аналогічний підхід для початку або продовження застосування гормонального пластиру або вагінального кільця. Ін'єкційні засоби або імплантати можуть бути застосовані протягом перших 7 днів від початку наступного оваріально-менструального циклу. Внутрішньоматковий контрацептив може бути введений після поновлення нормальної менструації, окрім випадків, коли лікар призначає ці засоби в якості екстреної контрацепції протягом перших 7 діб від незахищеного статевих контакту. У період від застосування таблеток екстреної контрацепції до застосування ін'єкційних засобів, комбінованих пероральних контрацептивів, встановлення імплантатів, внутрішньоматкових контрацептивів, — жінка повинна утриматися від статевих стосунків або використовувати бар'єрні методи.

Таким чином, зміст інформації з проблеми ЕК для споживачів містить декілька рівнів. Важливими принципами викладення цієї інформації є комплексність, послідовність, оперативність, простота викладення, можливість зворотного зв'язку.

Зміст інформації для медичних та фармацевтичних спеціалістів ґрунтується на послідовному висвітленні таких аспектів застосування методу ЕК:

1. Актуалізації проблеми ЕК та її складових;
2. Доказової медичної інформації;
3. Інформації стосовно методів консультативної роботи зі споживачами.

Актуалізація проблеми ЕК полягає у висвітленні таких її складових, як небажана вагітність, штучний аборт, ранні та пізні ускладнення абортів, материнська та малюкова смертність, екстрагенітальна патологія, тощо. Для лікарів актуальним залишається питання профілактики та лікування порушень оваріально-менструального циклу та інших розладів, які виникають внаслідок необґрунтовано частого самостійного застосування засобів ЕК. Більшість лікарів наголошують на якомога рідшому використанні методу ЕК. Важливо коригувати негативну емоційну складову сприйняття ЕК медичними працівниками, даючи їм можливість активно впливати на процес прийняття рішень споживачами у відношенні застосування засобів ЕК. Це може досягатися шляхом залучення лікарів до проведення тренінгів, семінарів, лекцій, участі у «гарячих» телефонних лініях, онлайн-консультаванні, тощо. Наш досвід свідчить, що українські лікарі визнають наявність інформаційно-комунікативних бар'єрів з ЕК між медичними працівниками та споживачами, та необхідність методу ЕК та пріоритет РК над ЕК.

Доказова медична інформація для спеціалістів щодо методу та засобів ЕК була детально висвітлена у третьому розділі.

Інформація стосовно **методів консультативної роботи** зі споживачами є обов'язковою для будь-яких спеціалістів, які надають послуги, пов'язані з ЕК. Консультавання, по-перше, повинно торкатися всіх питань стосовно використання таблеток екстреної контрацепції, і, по-друге, мотивувати споживачів до застосування планових методів попередження небажаної вагітності. Спеціаліст повинен надати вичерпну інформацію щодо поновлення використання методів РК після випадку ЕК, або допомогти жінці та її партнеру підібрати найоптимальніший для них метод/засіб РК відповідно до критеріїв прийнятності ВООЗ. Необхідно проаналізувати причину, яка спонукала жінку прийняти ТЕК, виявити помилки у режимах застосування методів/засобів РК (пропущення таблеток КПК, неправильне використання гормонального пластиру або вагінального кільця, запізнення у прийомі ПТП більше ніж на 3 години, порушення цілісності презервативів, випадіння діафрагми тощо), та запропонувати конкретні шляхи попередження таких помилок та невдач у наступному.

У зв'язку з тим, що провізор нерідко виступає єдиним спеціалістом, який контактує зі споживачами в процесі придбання засо-

бів ЕК, значення його консультативної допомоги важко переоцінити. Наразі для України це типова ситуація, яка може бути модифікована шляхом навчання провізорів навичкам первинного консультування споживачів з питань планування сім'ї. Слід відмітити, що існують певні обмеження в часі, тому фармацевтичний спеціаліст повинен в стислій, але зрозумілій формі викласти споживачам правила застосування таблеток ЕК, застерегти стосовно неприпустимості систематичного прийому ТЕК і спонукати до використання РК в подальшому. Всі споживачі, які придбають ТЕК в аптеці, повинні отримати інформацію про найближчий заклад охорони здоров'я, де вони можуть бути консультовані медичними спеціалістами. Ця інформація також може міститися на додатковому листку-вкладиші в упаковці ТЕК, на спеціальних стікерах для упаковок ТЕК, або на окремих листівках в прикасовій зоні, які споживачі можуть взяти самостійно або отримати з рук провізора разом з упаковкою ТЕК. На нашу думку, описана модель залучення фармацевтичних працівників України в процес консультування споживачів може бути найбільш прийнятною для реалій сьогодення.

Таким чином, важливими принципами викладення інформації стосовно ЕК для спеціалістів є актуалізація, деталізація, доказовість, вичерпність, та можливість зворотного зв'язку. Така інформація повинна мати практичний характер, допомагаючи спеціалістам надавати послуги в сфері ЕК.

У додатку 3 можна бачити графічні макети та іміджеві блоки з проблеми ЕК і рекламно-інформаційні матеріали, що популяризують засоби. Вони в різні часи використовувались і наразі використовуються в різних країнах світу.

7. ЗАКЛЮЧЕННЯ

За весь час свого існування людство намагалося знайти оптимальний спосіб попередження небажаної вагітності після незахищених статевих контактів. Більшість методів застосовувалася після того, як статевий контакт відбувся, що ставило під сумнів ефективність такої контрацепції.

Відкриття Г. Пінкусом та Хаберглантом механізмів фармакологічної дії екстракту яєчників створило нові можливості для розвитку методу гормональної контрацепції, заклавши теоретичні основи для подальшого виробництва та впровадження в медичну практику КПК, ПТП, КІК та засобів ЕК. Синтетичний прогестин левоноргестрел, відкритий на початку 70-х років ХХ століття і по сьогодні залишається основною субстанцією, яка входить до складу багатьох КПК і всіх без виключення прогестинових ТЕК.

Найбільшій популярності в світі набули режими ЕК з використанням естроген-гестагенних комбінацій (КПК) за методом Юзпе та із застосуванням чистого ЛНГ у один або два прийоми (ЛНГ-ТЕК). За більше ніж чверть століття ЛНГ-ТЕК продемонстрували високу ефективність у попередженні небажаної вагітності та задовільні параметри безпеки, які перевищували такі для методу Юзпе. Ці засоби були зареєстровані та набули широкого розповсюдження в більшості країн світу.

Значення ЕК в плануванні сім'ї полягає у тому, що це єдиний метод, який застосовується протягом перших 120 годин після незахищеного статевого контакту (раніше була доведена ефективність ЕК протягом 72 годин від незахищеного статевого контакту) і дозволяє попередити небажану вагітність та штучне її переривання у разі, коли жінка має стереотип застосування цього важкого методу регулювання фертильності. Наявність такої додаткової можливості має для жінки та її партнера виключне значення, оскільки попереджується не тільки небажана вагітність, але й пов'язана з цією вагітністю патологія; не тільки аборт, але й низка ранніх та пізніх його ускладнень. Все це відіграє дуже важливу роль в зниженні показників материнської смертності, провідними причинами якої в світі є екстрагенітальна патологія та ускладнення вагітності і пологів (гестози), аборти та акушерські кровотечі.

Отже, ЕК може розглядатися як дієвий чинник зниження материнської смертності, особливо в бідних країнах, та країнах, які розвиваються. Окрім медичних та соціальних аспектів, ЕК має й етичний аспект: цей метод не викликає абортів та не чинить впливу на ембріональний розвиток.

Зазначені факти роблять зрозумілою причину, з якої методу ЕК приділяється пильна увага з боку служб планування сім'ї, впливових міжнародних організацій та проектів, професійних медичних та фармацевтичних асоціацій та виробників контрацептивних засобів у всьому світі. Координацією всіх зусиль, спрямованих на популяризацію методу ЕК та покращення всіх видів доступності до засобів ЕК, займається МКНК, створений спільними зусиллями міжнародних організацій-членів. Активність Консорціуму представлена на регіональному рівні, при цьому кожна конкретна держава приймає рішення щодо добровільного членства в МКНК та запровадження на своїй території підходів з поширення методу ЕК, запропонованих Консорціумом. Діяльність МКНК та ряду міжнародних організацій протягом останнього десятиріччя дозволила суттєво знизити рівень абортів та частоту небажаної вагітності в багатьох країнах, особливо в бідних та тих, що розвиваються. Наразі не налагоджено продуктивного співробітництва між Україною та МКНК.

Одним з найважливіших факторів у поширенні засобів ЕК і ТЕК зокрема, є реєстраційний статус цих засобів у кожній конкретній країні, що визначає або не визначає можливість безрецептурного відпуску засобів ЕК споживачам. Ставлення до цього питання з боку регуляторних органів країн світу різне. Безрецептурний (ОТС-) статус засобів ЕК значно покращує фізичну доступність цих засобів для споживачів, розширює можливості інформування та рекламування, в той час як рецептурний статус визначає пріоритет медичних працівників у призначенні ТЕК. Проміжним варіантом є відпуск з аптек за рекомендаціями фармацевтичних працівників за умов залучення цих спеціалістів у процес надання консультативних послуг споживачам. Це має особливе значення за умов, коли споживачі не мають змоги відвідати медичного працівника або існують обмеження у часі. Накопичений неабиякий позитивний досвід поширення методу ЕК та зниження рівня абортів в розвинених країнах світу, де був запроваджений ОТС-статус засобів ЕК або регламентований їх відпуск з аптек за рекомендацією фар-

мацевтичних працівників. При цьому відсутні будь-які докази того, що покращення фізичної доступності різних цільових категорій споживачів до засобів ЕК може сприяти формуванню сексуально небезпечної поведінки, обумовити зменшення використання засобів РК (в першу чергу — методів гормональної контрацепції і презервативів), або вплинути на стан здоров'я цих категорій споживачів.

Детально були розглянуті шляхи та моделі забезпечення споживачів засобами ЕК в різних країнах світу та в Україні. На нашу думку, найбільшої уваги заслуговує забезпечення споживачів контрацептивними засобами на засадах СМ. У цьому випадку враховуються особливі контрацептивні потреби певних груп споживачів (підлітки та молодь, багатодітні жінки, малозабезпечені верстви населення, жінки, які часто вдаються до штучного переривання вагітності та інші). Шлях СМ передбачає часткове відшкодування вартості контрацептивних засобів для цих категорій споживачів за рахунок державного бюджету країни або бюджетів благодійних фондів та організацій. Окрім цього, споживачі за умов СМ-шляху забезпечення контрацептивними товарами можуть придбати їх не тільки в аптечних установах, але й закладах охорони здоров'я. Шлях забезпечення контрацептивними засобами у вигляді гуманітарної допомоги представлений головним чином у бідних країнах, та країнах, які розвиваються. Цей шлях може також розглядатися як перший крок у запровадженні засад планування сім'ї за забезпеченні населення контрацептивними засобами. Традиційним шляхом є придбання контрацептивних засобів у аптеках за повну вартість (комерційний, або приватний сектор). В різних країнах світу можуть мати місце комбіновані моделі забезпечення або мономоделі, коли запроваджений один з шляхів (комерційний, СМ або благодійний).

Був проаналізований досвід різних країн з впровадження засад ЕК. Беззаперечним можна вважати той факт, що метод ЕК потребує особливої уваги з боку національних систем охорони здоров'я, громадських організацій, міжнародних програм та проектів. На нашу думку, дуже важливими інтегральними показниками, які характеризують стан системи планування сім'ї у окремо взятій країні, є співвідношення рівнів застосування ЕК і РК та співвідношення рівня застосування ЕК і рівня абортів. Коефіцієнти цих співвідношень розраховуються на 1000 жінок репродуктивного віку. Нами

визначені чотири моделі співвідношення рівнів застосування ЕК та РК в різних країнах світу, які можуть характеризувати пріоритети споживачів у виборі методів планування сім'ї, їх поведінкові стереотипи та інші фактори.

Для України характерною є «екстрена» модель, що характеризується низьким рівнем застосування РК поряд із високим рівнем застосування ЕК. В середньому рівень використання ТЕК утримі перевищує рівень сукупного використання методів РК. З одного боку, можна бачити позитивний аспект цього явища: динаміка використання ЛНГ-ТЕК в Україні за останні п'ять років позитивна, в той час як динаміка рівня абортів має від'ємний характер. З іншого боку, споживачі віддають перевагу ЕК, не використовуючи в достатній мірі планову (РК). В цілому, можна зробити висновок про наявність в Україні величезного потенціалу для розвитку використання як планової контрацепції, так і ЕК, оскільки має місце достатньо високий рівень небажаних вагітностей, що в кількісному аспекті визначається рівнем штучного переривання вагітності серед популяції жінок репродуктивного віку.

В монографії наведені дані багатьох досліджень, що свідчать про поведінкові стереотипи українських споживачів, медичних та фармацевтичних працівників по відношенню до методу ЕК. Постинор (виробництва угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон») — єдиний доступний засіб ЕК в Україні — наразі залишається лідером серед всіх зареєстрованих гормональних контрацептивів за рівнем обізнаності та використання різними категоріями жінок репродуктивного віку. Натомість акушери-гінекологи та провізори аптечних установ приймають мінімальну участь в консультуванні з питань методу ЕК та призначенні ТЕК. Дві третини споживачів придбають Постинор в аптеках самостійно, в той час як цей лікарський засіб має в Україні рецептурний статус; отже, мова йде про споживчу колізію у відношенні ТЕК.

Окремий розділ присвячений інформаційно-комунікативним засадам у сфері охорони репродуктивного здоров'я, в якому ми проаналізували основні поведінкові стереотипи споживачів та спеціалістів, визначили інформаційно-комунікативні бар'єри, які чинять перешкоди в поширенні ЕК та планування сім'ї в Україні, визначили цільові категорії щодо ЕК в Україні, охарактеризували всі можливі канали комунікації та комплекс заходів «Інформація — Навчання — Комунікація», та сформулювали зміст інформації з

ЕК, адресованої як споживачам, так і спеціалістам. На нашу думку, інформаційна робота та комунікація є наріжними каменями в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення, які визначають обізнаність та зміну поведінкових стереотипів серед цільових категорій. Недостатність інформації та низький рівень комунікації з питань ЕК та планування сім'ї поряд із бурхливим розвитком засобів масової інформації, — ще одна, інформаційна колізія, що має місце в Україні.

Сприйняття ЕК як споживачами, так і спеціалістами в Україні несе в собі протиріччя між емоційною та раціональною складовими, що не характерно для більшості лікарських засобів та інших контрацептивних продуктів. Раціональна складова ЕК сприймається позитивно, оскільки визнається необхідність методу ЕК та його ефективність у попередженні небажаної вагітності. Натомість емоційна складова, як правило, несе в собі негатив, оскільки застосування ТЕК пов'язане з незахищеним статевим контактом і супроводжується страхом завагітніти у разі неефективності засобів ЕК, а також загрозою виникнення побічних ефектів. Медичні спеціалісти негативно сприймають наслідки систематичного застосування ТЕК — переважно у вигляді різноманітних порушень оваріально-менструального циклу, і факти такого застосування без консультацій з ними. Таким чином, модифікація сприйняття ЕК як спеціалістами, так і споживачами є одним з провідних завдань інформаційно-комунікативних політики з ЕК.

В Україні багато зроблено для запровадження засад планування сім'ї, попередження абортів та боротьби з материнською та малюковою смертністю. Наша країна знаходиться на перехідному етапі, коли досягнуто перших позитивних зрушень у сфері охорони репродуктивного здоров'я, в той час як необхідне нарощування зусиль, залучення матеріальних та людських ресурсів для подальшого зниження рівня абортів, в тому числі — серед підлітків та молоді, покращення обізнаності, доступності та рівня використання сучасних засобів запобігання небажаним вагітності, профілактики ПСШ та ВІЛ/СНІДу.

В кінці 2006 року Кабінетом Міністрів України була затверджена Державна Програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, яка передбачає низку заходів у сфері планування сім'ї:

- удосконалення нормативно-правової бази з питань охорони репродуктивного здоров'я сім'ї;
- пропагування сімейних цінностей, забезпечення медико-соціальної підтримки молоді сім'ї;
- розробка та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства;
- інформування населення з питань відповідального ставлення до охорони особистого здоров'я;
- забезпечення посилення профілактичної спрямованості медичних послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я для кожної цільової групи;
- впровадження стратегії надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики та сімейними лікарями;
- забезпечення надання високоякісної медичної допомоги у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї відповідно до протоколів її надання;
- забезпечення рівних для чоловіків та жінок умов надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я;
- розширення доступу до медичних послуг підлітків, а також сільського населення;
- розроблення та впровадження новітніх технологій у сфері репродуктивного здоров'я на основі висновків науково-доказової медицини;
- удосконалення та оптимізація системи планування сім'ї;
- розроблення стратегії з питань забезпечення населення засобами запобігання небажаній вагітності;
- створення системи підготовки сімейних лікарів і лікарів загальної практики з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї;
- включення до навчальних програм переддипломної та післядипломної підготовки фахівців розділів з питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї;
- підвищення рівня професійної підготовки фахівців, які надають медичну допомогу у сфері репродуктивного здоров'я;

За рахунок запровадження цих заходів планується знизити рівень материнської смертності на 20 %, частоту підліткової вагітності — на 20 %, рівня абортів серед підлітків 15–17 років — на 20 %, рівня абортів серед жінок фертильного віку — на 20 %, довести рівень впровадження в амбулаторно-поліклінічних педіатричних закладах системи надання послуг «Клініка дружня до молоді» до 90 %, збільшити рівень використання сучасних засобів запобігання небажаній вагітності на 20 %. Слід зазначити, що це конкретизовані цілі, які є абсолютно реальними для України.

В рамках вище зазначених підходів ми пропонуємо здійснити заходи, пов'язані із покращенням засад ЕК в Україні: інформаційно-комунікативними, науково-доказовими, нормативно-регуляторними, фінансовими та дистрибуційними. На нашу думку, заходи у сфері інформації та комунікацій щодо ЕК відіграватимуть провідну роль, в той час як вони нерозривно пов'язані з іншими обов'язковими заходами в цій сфері, отже, мають здійснюватись комплексно.

Інформаційно-комунікативні заходи:

1. Проведення масштабних координованих досліджень з метою визначення поведінкових стереотипів споживачів, ставлення до проблеми та засобів ЕК, доступності, платоспроможності щодо ТЕК, джерел на каналів отримання інформації щодо ЕК, незадоволених потреб у інформації з ЕК, шляхів отримання ТЕК, частоти використання ТЕК, рівня авторитетності думок різних фахівців з питань ЕК, причин використання ЕК, думки практикуючих лікарів, провізорів та інших фахівців, рівня рекомендацій ними ТЕК, та інших показників кількісного та якісного характеру. Методи досліджень: фокус-групи, метод формалізованого інтерв'ювання, електронне опитування за методикою touch poll, анкетування тощо;

2. Чітке визначення цільових категорій для інформування щодо ЕК як серед споживачів, так і серед фахівців;

3. Диференціація наявних інформаційно-комунікативних бар'єрів щодо ЕК та можливості впливу на них;

4. Розробка стратегій та оперативних політик з інформування споживачів та фахівців стосовно методу ЕК, підготовка та здійснення всеукраїнської інформаційної кампанії з методу ЕК;

5. Розробка інформаційних повідомлень з ЕК для споживачів та аналіз їх впливу на емоційну та раціональну складові сприйняття (фокус-групи);

6. Визначення найбільш оптимальних комунікативних каналів, розрахованих на основні цільові категорії;

7. Використання інноваційних технологій для здійснення інформаційно-комунікативних заходів з ЕК (Інтернет, «гарячі телефонні лінії» тощо).

Науково-доказові заходи:

1. Якомога швидке впровадження в практичну діяльність медичних та фармацевтичних працівників клінічних протоколів з планування сім'ї, затверджених до використання МОЗ України та контроль за дотриманням цих протоколів;

2. Проведення комплексу заходів «Інформація — Навчання — Комунікація» для спеціалістів різного профілю, викладення матеріалу з ЕК на основі наявних даних доказової медицини (критерії прийнятності ВООЗ, методичні рекомендації МКНК та інших науково-доказових документів);

3. Розробка та створення нових навчальних програм з планування сім'ї для фармацевтичних працівників, психологів, соціальних працівників та студентів різних спеціальностей;

4. Розробка нових програм навчання з ЕК для медичних працівників, що передбачені не тільки для акушерів-гінекологів, але і для лікарів загальної практики, акушерок, медичних сестер та фельдшерів;

5. Підготовка друкованих інформаційних матеріалів з ЕК на основі науково-доказової інформації (методичні рекомендації, брошури, буклети тощо);

6. Проведення в Україні постмаркетингових клінічних досліджень з оцінки ефективності різних режимів ЕК, публікація результатів у спеціалізованих виданнях, підготовка та тиражування інформаційних листів.

Нормативно-регуляторні заходи:

1. Перегляд існуючого рецептурного статусу засобів ЕК на користь ОТС;

2. Запровадження спеціальних умов відпуску ТЕК споживачам у аптеках з обов'язковим роз'ясненням правил застосування ТЕК та рекомендаціями підібрати найбільш оптимальний метод планової контрацепції, запровадження спеціальних упаковок, стікерів або інформаційних міні-буклетів для споживачів, які придбають ТЕК;

3. Внесення змін та доповнень до існуючих інструкцій та листків-вкладишів;

4. Надання повноважень щодо консультування з питань планування сім'ї відповідно підготовленим фармацевтичним працівниками, фельдшерам, акушеркам та медичним сестрам. Підстава: сертифікат встановленого зразку про проходження навчання;

5. Запровадження співпраці України з МКНК, визначення основних її складових, інформаційна та методологічна адвокація з боку МКНК та впливових міжнародних організацій;

6. Сприяння у наданні фінансової незалежності центрам планування сім'ї, центрам здоров'я, «Клінікам дружнім до молоді»;

7. Розробка, обговорення на різних рівнях, затвердження та впровадження регуляторних засад СМ в Україні: визначення провідних категорій споживачів з особливими контрацептивними потребами, пошук ресурсів та розробка механізмів повного або часткового відшкодування вартості контрацептивних засобів цим категоріям споживачів, впровадження механізмів забезпечення через аптечні установи або заклади охорони здоров'я, та інші умови функціонування СМ-шляху забезпечення контрацептивними засобами;

8. Розробка, обговорення на різних рівнях, затвердження та впровадження регуляторних засад соціальної реклами в Україні як доповнення до законодавства «Про рекламу»;

9. Співпраця державних установ з міжнародними програмами та проектами, що працюють в Україні, активне залучення громадських організацій та приватного сектору у процес розробки оперативних політик та стратегій щодо поширення методу ЕК в Україні.

Фінансові заходи:

1. Виділення спеціального бюджету для повного або часткового відшкодування вартості контрацептивних засобів на засадах СМ;

2. Визначення шляхів фінансування всеукраїнської інформаційної кампанії з ЕК та комплексу заходів « Інформація — Навчання — Комунікація», визначення долів державного, недержавного та приватного секторів у загальному фінансуванні цих заходів;

3. Запровадження динамічної оцінки та аналізу фінансових витрат в Україні, пов'язаних з випадками небажаної вагітності та її ускладнень, штучного переривання вагітності та його ускладнень у порівнянні з витратами на екстрені та планові методи контрацепції;

4. Повторна оцінка платоспроможності українського населення по відношенню до засобів попередження небажаної вагітності;
5. Цінова політика за принципом більшої доступності РК ніж ЕК.

Дистрибуційні заходи:

1. Розробка альтернативних механізмів забезпечення контрацептивними засобами через заклади охорони здоров'я, клініки дружні до молоді, центри здоров'я, навчальні заклади;

Таким чином, наразі Україна потребує нових кроків задля покращення ситуації з профілактикою небажаної вагітності, абортів та ПСШ. Мета даної роботи — всебічне висвітлення методу ЕК як важливого інструменту в системі охорони репродуктивного здоров'я України, що здатен забезпечити поступовий перехід від небезпечних методів регулювання фертильності до прийнятних планових методів, знизивши частоту небажаної вагітності та рівень абортів.

Чи вдалося це авторам — судити спеціалістам.

8. ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1. Невідкладна контрацепція. Клінічний протокол «Планування сім'ї», затверджений Наказом МОЗ України від 27.12.2006 р. № 905

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

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

Типи невідкладної контрацепції:

- Комбіновані естроген-гестагенні (КПК);
- Гестагени;
- Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК);
- Антипрогестини.

Показання до застосування невідкладної контрацепції:

- «незахищений» (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у випадку виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- при порушенні регулярності в прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 1 і більше таблеток);
- після останньої ін'єкції ДМПА (депо медроксипрогестерону ацетат) минуло більше 16 тижнів;

- партнери, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було незаплановано;
- у випадку зґвалтування, особливо у підлітків.

Жінки, які можуть використовувати невідкладну контрацепцію:

- пацієнтки, яким потрібен негайний захист від вагітності (наприклад, після незапланованого, незахищеного статевого акту; якщо виявлений дефект презервативу; після зґвалтування)

Інструкції для пацієнтки

КПК:	<ul style="list-style-type: none"> – Приймається 4 таблетки низькодозованого КПК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. – Приймається ще 4 таблетки через 12 годин. Всього 8 таблеток.
------	---

АБО

	<ul style="list-style-type: none"> – Приймається 2 таблетки високодозованого КПК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту. – Приймається ще 2 таблетки через 12 годин. Всього 4 таблетки.
ПТП:	<ul style="list-style-type: none"> – Приймається одна таблетка постинору (750 мкг левоноргестрелу кожна) орально протягом 48 годин після незахищеного статевого акту. – Приймається ще 1 таблетка через 12 годин. Всього 2 таблетки.

АБО

	– Приймається доза ПТП еквівалентна 1,5 мг левоноргестрелу (2 таблетки) за один прийом.
ВМК:	– Необхідно звернутися для введення ВМЗ протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.
Антипрогестин:	– Приймається 600 мг протягом 72 годин.

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

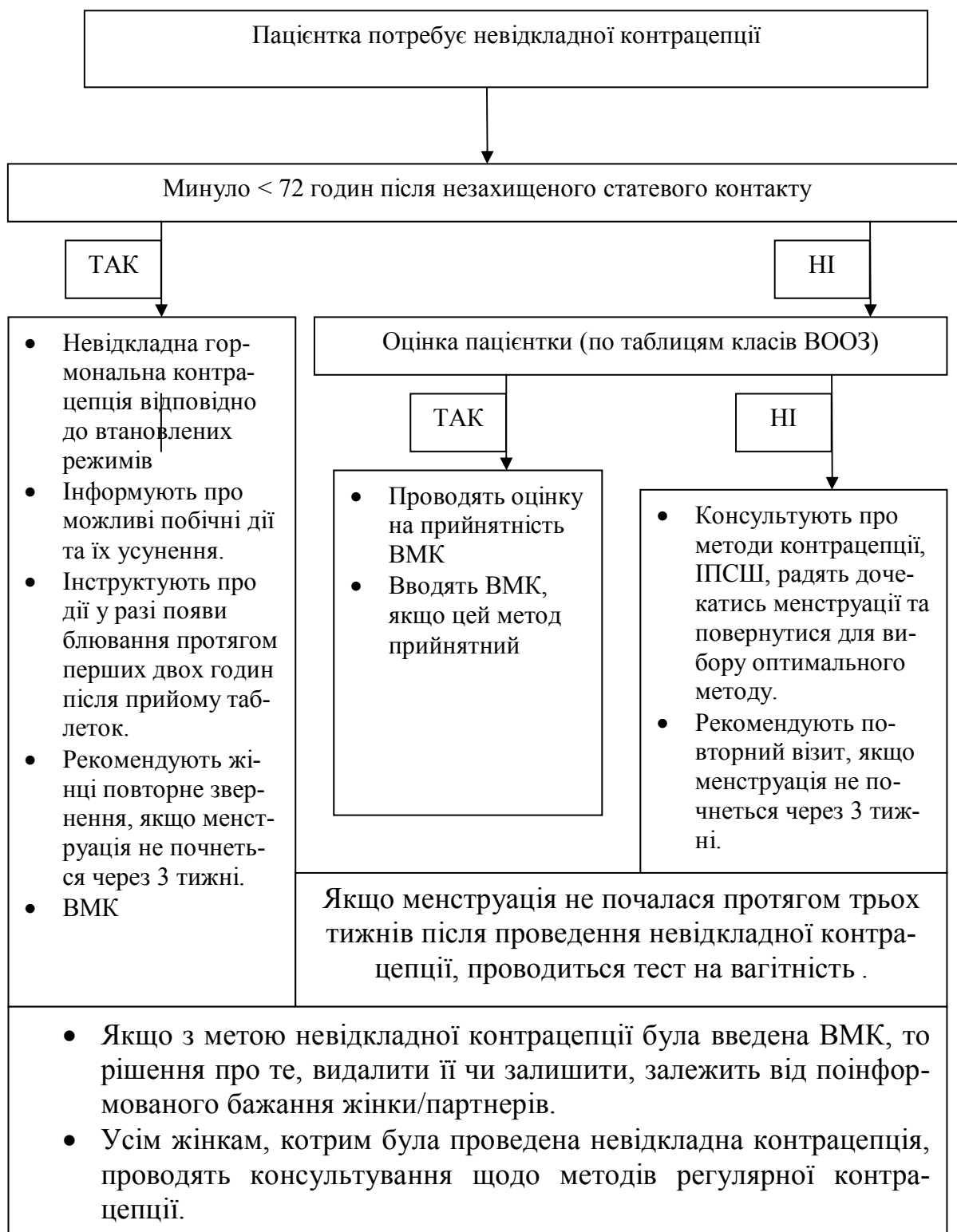
Жінки, які не повинні використовувати невідкладну контрацепцію:

- вагітні жінки або у випадку, коли підозрюється наявна вагітність

Надання допомоги у разі побічних ефектів та інших проблем

Побічний ефект	Рекомендації
КПК і ПТП: Нудота, блювання	Жінка консультиється щодо можливих побічних ефектів. Якщо блювання відбувається протягом 2 годин після прийому першої чи другої дози, пацієнтка може повторно прийняти цю дозу або препарат у тій же дозі може бути введений вагінально.
Кровотеча / мажучі виділення	Близько 8 % жінок, які використовують КПК як метод невідкладної контрацепції, мають мажучі виділення під час лікувального циклу. Приблизно у 50 % жінок менструація починається вчасно, а для більшості інших можливий більш ранній початок менструації, ніж очікувалось.
ВМК:	Ті, що й під час інтервального введення.

Алгоритм призначення невідкладної контрацепції



Використання контрацептивних методів після невідкладної контрацепції:

- використання презервативів та сперміцидів може розпочатися відразу після невідкладної контрацепції;
- КПК — перша таблетка приймається наступного дня після припинення невідкладної контрацепції; поряд з цим, протягом наступних 7 днів використовують бар'єрні методи;
- ПТП — приймаються після менструальноподібної кровотечі;
- ін'єкції та імпланти — можна розпочинати їх застосування протягом 7 днів з початку менструального циклу. До того часу мають використовуватись презервативи;
- жінка, яка у якості довготривалого методу контрацепції обирає ВМК, може ввести її протягом 5 днів від часу незахищеного статевого контакту замість використання інших засобів невідкладної контрацепції.

ДОДАТОК 2. Реєстраційні посвідчення, упаковки та інструкції до медичного застосування зареєстрованих в Україні засобів екстреної контрацепції

Підписи до малюнків у такій послідовності

- 1) Реєстраційне посвідчення, видане на лікарських засіб Ескапел таблетки по 1,5 мг (реєстрація)
- 2) Реєстраційне посвідчення, видане на лікарських засіб Постинор таблетки по 0,75 мг (перереєстрація)
- 3) Упаковка лікарського засобу Ескапел таблетки по 1,5 мг, зареєстрованого в Україні
- 4) Упаковка лікарського засобу Постинор таблетки по 0,75 мг, зареєстрованого в Україні
- 5) Інструкція для медичного застосування препарат Ескапел

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
від 20.07.06 № 499
Реєстраційне посвідчення
№UA/4789/01/01

ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування препарату ЕСКАПЕЛ (ESCAPELLE)

Загальна характеристика:

міжнародна та хімічна назви: левоноргестрел;

Д-13β-етил-17β-етиніл-17-гідрокси-4-гонен-3-он;

основні фізико-хімічні властивості: плоскі таблетки білого або майже білого кольору, з фаскою та з маркуванням «GOO» на одному боці;

склад: одна таблетка містить 1,5 мг левоноргестрелу;

допоміжні речовини: кремній колоїдний безводний, магнію стеарат, тальк, крохмаль кукурудзяний, крохмаль картопляний, лактози моногідрат.

Форма випуску. Таблетки.

Фармакотерапевтична група. Гормональні контрацептиви для системного застосування. Гестагени. G03A C03.

Фармакологічні властивості. *Фармакодинаміка.* У вказаній дозі левоноргестрел діє, в основному, шляхом гальмування овуляції та перешкоджає за-

плідненню, якщо статевий акт має місце в передовуляторній фазі менструального циклу, тобто в момент, коли ймовірність запліднення найбільша.

Крім цього, зміни ендометрія, що виникають під дією таблеток, перешкоджають зануренню заплідненої яйцеклітини. При імплантації, що вже розпочалася, препарат неефективний.

Запобігає вагітності у 82% випадків. Ефективність препарату істотно нижча при прийомі його в період між 96-ю і 120-ю годиною після статевого акту, ніж при прийомі в період до 96 годин. Рекомендовані дози левоноргестрелу істотно не впливають на фактори згортання крові, обмін жирів і вуглеводів.

Фармакокінетика. Левоноргестрел усмоктується швидко і практично повністю. Після прийому однієї таблетки *Ескапел* максимальна концентрація левоноргестрелу в сироватці крові (у середньому 18,5 нг/мл) досягається через 2 години. Після цього відбувається зниження концентрації левоноргестрелу, час напіввиведення становить приблизно 26 годин.

Левоноргестрел виділяється з організму тільки у формі метаболітів, із сечею і з калом, у рівних співвідношеннях. Біотрансформація левоноргестрелу подібна метаболізму стероїдів. Левоноргестрел гідроксилується в печінці, а метаболіти виділяються у формі глюкуронідних кон'югатів. Левоноргестрел не має відомих фармакологічно активних метаболітів.

Левоноргестрел зв'язується з білками плазми крові, в основному з альбумінами і з глобуліном, що зв'язує статеві гормони. Тільки 1,5 % усїєї введеної дози знаходиться у формі вільного стероїду в сироватці, а 65 % специфічно зв'язано з глобуліном, що зв'язує статеві гормони. Абсолютна біологічна доступність становить практично 100 %.

Близько 0,1 % дози проникає з материнським молоком в організм дитини.

Показання для застосування. Таблетки *Ескапел* призначені для термінової пероральної контрацепції в перші 96 годин після статевого акту, під час якого жодних методів контрацепції не застосовувалося або застосований метод контрацепції не був досить надійним.

Спосіб застосування та дози. Застосовується внутрішньо, в перші 96 годин після статевих зносин.

Якщо протягом трьох годин після прийому таблетки виникло блювання, необхідно прийняти ще одну таблетку.

Таблетки *Ескапел* можна приймати в будь-який день менструального циклу, за умови, що попередня менструація пройшла нормально.

Після застосування «термінового» протизаплідного засобу слід застосовувати місцеві бар'єрні протизаплідні засоби, наприклад презерватив, аж до наступної менструації.

Побічна дія. Нудота, болі в нижній частині живота, головний біль, стомлюваність, запаморочення, напруженість молочних залоз, блювання, пронос, порушення менструації, затримка менструації більше 7 днів. Характер місячних може тимчасово змінюватися, але в більшості жінок наступна менструація з'являється в очікуваний час.

Протипоказання. Не можна застосовувати при надмірній чутливості до компонентів препарату. Застосування дітьми таблеток *Ескапел* не рекомендується, оскільки клінічний досвід щодо застосування препарату дітьми молодше 16 років недостатній.

Передозування. Тяжких небажаних ефектів після введення великих доз протизаплідного засобу не описано. Передозування може спричинювати нудоту, порушення менструації. Препарат не має специфічного антидоту, лікування — симптоматичне.

Особливості застосування. Екстрений протизаплідний засіб можна застосовувати тільки в екстремальних випадках.

Застосування таблетки *Ескапел* не є протипоказанням для продовження регулярного прийому перорального гормонального протизаплідного засобу.

Препарат не заміняє протизаплідні засоби, що застосовуються регулярно.

Екстрений протизаплідний засіб не в усіх випадках перешкоджає виникненню вагітності. Якщо менструація затримується більше, ніж на 5 днів, необхідно виключити можливість вагітності.

У випадку, коли час статевого акту точно не відомий або коли під час того самого менструального циклу з моменту незахищеного контрацепцією статевого акту пройшло більш 96 годин, імовірність запліднення велика. У такому випадку застосування таблетки *Ескапел* після другого статевого акту не приводить до бажаного ефекту. При затримці менструації більше, ніж на 5 днів, а також у випадку, коли менструація, що настала вчасно, перебігає незвично або має місце підозра на вагітність за будь-яких інших ознак, слід провести гінекологічне обстеження для виключення вагітності. На фоні застосування таблеток *Ескапел* можливий розвиток позаматкової вагітності. За наявності болю у нижній частині живота, появи непритомності, наявності в анамнезі ектопічної вагітності, операційного втручання на органах малого тазу або їхнього запалення слід виключити позаматкову вагітність.

Застосування таблеток *Ескапел* не рекомендується при тяжких порушеннях функції печінки.

Тяжкі порушення всмоктування (наприклад, хвороба Крона) можуть знизити ефективність застосування таблеток *Ескапел*.

Після застосування препарату місячні, як правило, з'являються в звичайний час і проходять нормально. У поодиноких випадках місячні можуть з'явитися кількома днями раніше або пізніше. Після застосування препарату рекомендується провести медичний огляд для вирішення питання про застосування регулярного методу контрацепції. У випадку, коли препарат *Ескапел* застосовувався через помилку в регулярній гормональній контрацепції і в наступну семиденну перерву менструація відсутня, слід виключити наявність вагітності.

Повторне застосування *Ескапелу* протягом одного менструального циклу не рекомендується через можливість порушення місячного циклу.

Якщо в жінки часто виникає необхідність застосовувати екстрений протизаплідний метод, їй слід порадити застосування регулярного методу контрацепції. У порівнянні зі звичайними регулярними протизаплідними засобами таблетки *Ескапел* менш ефективні.

Застосування екстрених протизаплідних засобів не виключає необхідність захисту від венеричних захворювань.

Застосування препарату під час вагітності і годування груддю.

Вагітність.

Таблетки *Ескапел* не можна застосовувати під час вагітності; препарат не перериває вагітність, що вже має місце. У випадку виникнення вагітності при застосуванні прогестагенів епідеміологічні дослідження не виявили тератогенного ефекту.

Годування груддю.

Левоноргестрел проникає в материнське молоко. Потенційний вплив левоноргестрелу на дитину можна зменшити, якщо жінка прийме таблетку відразу після годування груддю і після прийому таблетки від годування утримається.

Вплив препарату на здатність керувати автомобілем і виконувати роботу з механізмами підвищеного ризику травматизму.

Дослідження на виявлення можливого впливу *Ескапелу* на здатність керувати автомобілем або небезпечними механізмами не проводилися.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами. При одночасному застосуванні препаратів — індукторів печінкового метаболізму відбувається прискорення метаболізму левоноргестрелу.

Такі препарати можуть знизити ефективність левоноргестрелу: барбітурати (включаючи примідон), фенітоїн, карбамазепін, препарати, що містять звіробій (*Nuregicum perforatum*), рифампіцин, ритонавір, рифабутин, гризеофульвін.

Препарати, що містять левоноргестрел, можуть підвищувати ризик токсичності циклоспорину внаслідок пригнічення метаболізму циклоспорину.

Умови та термін зберігання. Зберігати при температурі 15-25 °С.

Термін придатності — 2 роки.

Умови відпуску. За рецептом.

Упаковка. 1 таблетка в блістері, один блістер у картонній упаковці.

Виробник. АТ Гедеон Ріхтер,
Будапешт — Угорщина.

Адреса. Угорщина, Н-1103 Будапешт, вул. Демреї, 19-21.

**Заступник директора Державного
фармакологічного центру
МОЗ України, д.м.н. Т.А. Бухтіарова**

6) Інструкція для медичного застосування препарату Постинор

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
від 19.03.07 № 127
Реєстраційне посвідчення
№ UA/6112/01/01

ІНСТРУКЦІЯ **для медичного застосування препарату** **ПОСТИНОР** **(POSTINOR)**

Загальна характеристика:

міжнародна та хімічна назви: левоноргестрел;

D-13 β -етил-17 β -етиніл-17-гідрокси-4-гонен-3-он;

основні фізико-хімічні властивості: круглі, плоскі таблетки білого або майже білого кольору з фаскою, з маркуванням «INOR» на одному боці;

склад: 1 таблетка містить левоноргестрелу 0,75 мг;

допоміжні речовини: кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат, тальк, крохмаль кукурудзяний, крохмаль картопляний, лактози моногідрат.

Форма випуску. Таблетки.

Фармакотерапевтична група. Гормональні контрацептиви для системного застосування. Гестагени. Код АТС G03A C03.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Точний механізм дії не відомий.

Левоноргестрел у дозі, що рекомендується, запобігає овуляції і заплідненню у тому випадку, якщо статевий акт відбувся перед овуляцією (в цей час можливість запліднення більша). Крім цього, обумовлені левоноргестрелом зміни ендометрію, перешкоджають імплантації заплідненої яйцеклітини. Якщо процес імплантації вже почався, то препарат буде неефективний.

Прийом таблеток рекомендується почати якомога швидше (але не пізніше 72 годин) після статевого акту, якщо не застосовувалися ніякі міри захисту. У дозі, що рекомендується, левоноргестрел не проявляє значимого впливу на систему коагуляції і на обмін ліпідів і вуглеводів.

Фармакокінетика.

При пероральному прийомі левоноргестрел всмоктується швидко і практично повністю. Після прийому левоноргестрелу в дозі 0,75 мг, максимальна концентрація препарату в сироватці досягає 14,1 нг/мл через 1,6 години. Піс-

ля цього відбувається двоетапне зниження концентрації препарату, час напіввиведення коливається в межах від 9 до 14,5 години.

Левоноргестрел видаляється приблизно однаково із сечею і калом винятково у формі метаболітів. Біотрансформація левоноргестрелу подібна до метаболізму стероїдів. Левоноргестрел гідроксилується в печінці і метаболіти виводяться у формі кон'югованих глюкуронатів. Фармакологічно активні метаболіти левоноргестрелу невідомі. Левоноргестрел зв'язується з альбуміном сироватки крові і з глобуліном, що зв'язує статеві гормони (SHBG). Лише 1,5 % усієї дози знаходиться у вільній формі, а 65 % зв'язано з SHBG. Абсолютна біодоступність становить практично 100 % усієї дози.

Близько 0,1 % дози проникає з материнським молоком в організм дитини.

Показання для застосування.

Екстрене застосування з метою попередження вагітності протягом 72 годин після статевого акту, під час якого жодних методів контрацепції не застосовувалося, або застосований метод не був досить надійним.

Спосіб застосування та дози.

Препарат застосовується перорально. Необхідно прийняти 2 таблетки.

Для досягнення більш надійного ефекту першу таблетку необхідно прийняти якомога раніше після статевого акту (не пізніше, ніж через 72 години).

Другу таблетку необхідно прийняти через 12 годин (але не пізніше, ніж через 16 годин) після прийому першої таблетки.

Якщо після прийому будь-якої таблетки протягом трьох годин відбулося блювання, тоді слід прийняти ще одну таблетку.

Таблетки Постинор можна застосовувати в будь-який день менструального циклу, але тільки за умови, що попередня менструація була нормальною.

Після застосування екстреного протизаплідного засобу до наступної менструації необхідно застосовувати місцеві бар'єрні протизаплідні засоби (наприклад, презерватив). В подальшому, постійне застосування пероральних протизаплідних засобів не протипоказано.

Побічна дія.

Нудота є найбільш частим побічним ефектом.

З боку ендокринної системи: кровотеча, що не залежить від менструації, запізнювання менструації більш ніж на 7 днів, нерегулярна кровотеча, що мажеться.

З боку нервової системи: запаморочення, головний біль.

З боку шлунково-кишкової системи: пронос, біль у нижній частині живота, нудота, блювання.

З боку репродуктивної системи і молочних залоз: напруженість молочних залоз.

Ефекти загального характеру: втомлюваність.

Протипоказання.

Препарат не можна приймати при наявності підвищеної чутливості до його компонентів.

Передозування.

Немає даних про розвиток тяжких небажаних ефектів після прийому великих доз перорального протизаплідного препарату. Передозування може викликати нудоту та кровотечу. Препарат не має специфічного антидоту, лікування симптоматичне.

Особливості застосування.

Не рекомендується повторне застосування препарату Постинор протягом одного менструального циклу через можливість порушення місячного циклу.

Екстрений протизаплідний засіб необхідно застосовувати винятково в «екстрених» випадках. Препарат не заміняє протизаплідні засоби, що застосовуються регулярно.

Екстрений протизаплідний засіб не завжди може запобігти вагітності.

Ефективність таблеток Постинор після статевого акту, при якому не застосовувалися протизаплідні засоби, з часом знижується:

Час між статевим актом і прийомом таблеток <i>Постинор:</i>	Ефективність
24 години або менше	95 %
25–48 годин	85 %
49–72 години	58 %

Характер менструації може тимчасово змінюватися, але у більшості жінок наступні місячні приходять вчасно. Якщо менструація затримується більше, ніж на 5 днів, то необхідно виключити можливість вагітності.

Запліднення могло відбутися, якщо жінка під час візиту до лікаря не впевнена в часі, коли відбувся статевий акт, або в тому ж менструальному циклі раніше, ніж за 72 години вже відбувся незахищений статевий акт. Застосування препарату в такому випадку після другого статевого акту не призводить до бажаного ефекту. Якщо менструація затримується більше, ніж на 5 діб або з'являється вчасно, але її перебіг відрізняється від нормального, або з якогось приводу є підозра на вагітність, можливість вагітності потрібно виключити.

Якщо, незважаючи на застосування препарату Постинор, виникло запліднення, необхідно враховувати можливість розвитку позаматкової вагітності, особливо при скаргах на біль у нижній частині живота, непритомностях, а також при наявності в анамнезі ектопічної вагітності, операцій або запальних процесів органів тазу.

Таблетки Постинор не рекомендуються при тяжких порушеннях функції печінки.

При серйозних порушеннях усмоктування, наприклад, при хворобі Крона, може понизитися ефективність препарату Постинор. Жінкам, що страждають такими захворюваннями, варто звертатися до лікаря при необхідності екстреної контрацепції.

Після застосування препарату, нормальна менструація приходить у звичайний час. Інколи менструація може з'являтися раніше або запізнюватися на кілька днів. Після застосування препарату пацієнтам рекомендується провести медичний огляд для вирішення питання про застосування регулярного методу контрацепції. Якщо жінка прийняла таблетки Постинор через помилку в прийомі регулярного гормонального протизаплідного засобу і протягом наступної 7-денної перерви прийому регулярних таблеток кровотечі не було, то необхідно виключити можливість вагітності.

Ефективність таблеток Постинор нижча, у порівнянні з регулярними контрацептивними методами. При частій необхідності в екстреній контрацепції, рекомендується перейти на метод довгострокової контрацепції.

Застосування екстрених протизаплідних засобів не заміняє необхідності захисту від венеричних захворювань.

Застосування таблеток Постинор не рекомендується підліткам до 16-річного віку без медичного контролю. Немає достатнього досвіду застосування препарату у віці молодше 16 років.

Застосування в період вагітності та годування груддю.

Вагітність.

Таблетки Постинор не можна застосовувати під час вагітності, оскільки препарат не перериває вагітність, яка вже має місце. У випадку виникнення вагітності при застосуванні екстреного методу контрацепції, епідеміологічні дослідження не виявили несприятливого ефекту прогестагенів на плід.

Годування груддю.

Левоноргестрел проникає в материнське молоко. Вплив препарату, що потрапив у грудне молоко, на дитину можна різко знизити, якщо мати обидві таблетки прийме безпосередньо після годування, а після прийому таблеток від годування утримається.

Вплив препарату на здатність керувати автомобілем та працювати з механізмами з підвищеним ризиком травматизму.

Ефект препарату на здатність керувати автомобілем та іншими машинами і механізмами не досліджувався.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами.

При одночасному застосуванні препаратів-індукторів ферментів печінки відбувається прискорення метаболізму левоноргестрелу.

Наступні препарати можуть знизити ефективність левоноргестрелу: барбітурати, включаючи примідон, фенітоїн і карбамазепін та препарати, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), а також рифампіцин, ритонавір, рифабутин, гризеофульвін.

Препарати, які містять левоноргестрел, можуть підвищувати ризик токсичності циклоспорину, внаслідок пригнічення його метаболізму.

Умови і термін зберігання.

Зберігати при температурі 15–25 °С. Термін придатності — 5 років.

Умови відпуску. За рецептом.

Упаковка. 2 таблетки в блістері, один блістер в картонній упаковці.

Виробник. ВАТ «Гедеон Ріхтер».

Адреса. Угорщина, Н-1103 Будапешт, вул. Демреї, 19-21.

Перший заступник директора

ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ України,

д.м.н. Т. А. Бухтіарова

7) Постинор. Листок-вкладиш. Інформація для пацієнта

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 19.03.07 № 127
Реєстраційне посвідчення
№ UA/6112/01/01

ПОСТИНОР
levonorgestrelum
таблетки

ЛИСТОК-ВКЛАДИШ. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

*Прочитайте уважно цей листок-вкладиш перед тим,
як розпочати застосування препарату!*

*Якщо у Вас виникнуть додаткові питання, будь ласка,
проконсультуйтеся з Вашим лікарем.*

Склад лікарського засобу:

діюча речовина: левоноргестрел;

1 таблетка містить левоноргестрелу 0,75 мг;

допоміжні речовини: кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат, тальк, крохмаль кукурудзяний, крохмаль картопляний, лактози моногідрат.

Лікарська форма. Таблетки.

Фармакотерапевтична група. Препарат для негайної контрацепції.

Показання.

Екстрене застосування з метою попередження вагітності протягом 72 годин після статевого акту, під час якого жодних методів контрацепції не застосовувалося або застосований метод не був досить надійним.

Протипоказання. Постинор не можна застосовувати при підвищеній чутливості (алергії) до компонентів препарату. Застосування таблеток Постинор не рекомендується підліткам до 16-річного віку без медичного контролю. Немає достатнього досвіду застосування препарату у віці молодше 16 років.

Застереження при застосуванні. Екстрений протизаплідний засіб необхідно застосовувати винятково в «екстрених» випадках. Препарат не заміняє протизаплідні засоби, що застосовуються регулярно.

Екстрений протизаплідний засіб не завжди може запобігти вагітності.

Ефективність таблеток Постинор після статевого акту, при якому не застосовувалися протизаплідні засоби, з часом знижується:

Час між статевим актом і прийомом таблеток <i>Постинор:</i>	Ефективність
24 години або менше	95 %
25–48 годин	85 %
49–72 години	58 %

Характер менструації може тимчасово змінюватися, але у більшості жінок наступні місячні приходять вчасно. Якщо менструація затримується більше ніж на 5 днів, то необхідно виключити можливість вагітності.

Запліднення могло відбутися, якщо жінка під час візиту до лікаря не впевнена в часі, коли відбувся статевий акт, або в тому ж менструальному циклі раніше ніж за 72 години вже відбувся незахищений статевий акт. Застосування препарату в такому випадку після другого статевого акту не призводить до бажаного ефекту. Якщо менструація затримується більше ніж на 5 днів або з'являється вчасно, але її перебіг відрізняється від нормального, або з якогось приводу є підозра на вагітність, та можливість вагітності.

Якщо, незважаючи на застосування препарату Постинор, виникло запліднення, необхідно враховувати можливість розвитку позаматкової вагітності, особливо при скаргах на біль у нижній частині живота, непритомностях, а також при наявності в анамнезі ектопічної вагітності, операцій або запальних процесів органів тазу.

Таблетки Постинор не рекомендуються при тяжких порушеннях функції печінки.

При серйозних порушеннях усмоктування, наприклад, при хворобі Крона, може понизитися ефективність препарату Постинор. Жінкам, що страждають такими захворюваннями, варто звертатися до лікаря при необхідності екстреної контрацепції.

Після застосування препарату нормальна менструація приходить у звичайний час. Інколи менструація може з'являтися раніше або запізнюватися на кілька днів. Після застосування препарату пацієнтам рекомендується провести медичний огляд для вирішення питання про застосування регулярного методу контрацепції. Якщо жінка прийняла таблетки Постинор через помилку в прийомі регулярного гормонального протизаплідного засобу, і протягом наступної 7-денної перерви прийому регулярних таблеток кровотечі не було, то необхідно виключити можливість вагітності.

Ефективність таблеток Постинор нижча, у порівнянні з регулярними контрацептивними методами. При частій необхідності в екстреній контрацепції, рекомендується перейти на метод довгострокової контрацепції.

Застосування екстрених протизаплідних засобів не замінює необхідності захисту від венеричних захворювань.

Застосування в період вагітності та годування груддю.

Вагітність.

Таблетки Постинор не можна застосовувати під час вагітності, оскільки препарат не перериває вагітність, яка вже має місце. У випадку виникнення ва-

гітності при застосуванні екстреного методу контрацепції, епідеміологічні дослідження не виявили несприятливого ефекту прогестагенів на плід.

Годування груддю.

Левоноргестрел проникає в материнське молоко. Вплив препарату, що потрапив у грудне молоко, на дитину можна різко знизити, якщо мати обидві таблетки прийме безпосередньо після годування, а після прийому таблеток від годування утримається.

Вплив препарату на здатність керувати автомобілем та працювати з механізмами з підвищеним ризиком травматизму.

Ефект препарату на здатність керувати автомобілем та іншими машинами і механізмами не досліджувався.

Взаємодія з лікарськими засобами.

Якщо Ви приймаєте будь-які лікарські препарати, обов'язково проконсультуйтеся з лікарем

або фармацевтом, чи можна комбінувати ці препарати з Постинором.

Наступні препарати можуть знизити ефективність левоноргестрелу: барбітурати, включаючи примідон, фенітоїн і карбамазепін та препарати, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), а також рифампіцин, ритонавір, рифабутин, гризеофульвін. Жінкам, що приймають ці препарати, необхідно звернутися до лікаря.

Препарати, які містять левоноргестрел, можуть підвищувати ризик токсичності циклоспорину, внаслідок пригнічення його метаболізму.

Особливі вказівки.

Як невідкладний протизаплідний засіб — Постинор може застосовуватись в таких випадках:

- ✓ якщо відбувся незахищений статевий акт;
- ✓ якщо метод контрацепції, що застосовувався, не можна вважати надійним, наприклад:
 - розрив, зісковзування, неправильне використання презерватива;
 - зсув, розрив або передчасне видалення діафрагми або цервікальної пластинки (пессарія);
 - невдача при застосуванні способу перерваного статевого акту;
 - у випадку застосування календарного методу, помилка в розрахунку днів овуляції;
 - втрата або видалення внутрішньоматкового протизаплідного засобу;
 - пропуск 3-х або більше таблеток при прийомі гормонального протизаплідного препарату постійного застосування;
- ✓ згвалтування.

Не рекомендується повторне застосування Постинору протягом одного менструального циклу. Якщо у Вас часто виникає необхідність у використанні екстреного протизаплідного методу, Вам потрібно проконсультуватися з лікарем про застосування регулярного методу контрацепції.

Характер менструації може тимчасово змінюватися, але у більшості жінок наступні місячні приходять вчасно. Якщо менструація затримується більше ніж на 5 днів, то необхідно виключити можливість вагітності.

Спосіб застосування та дози.

Для запобігання вагітності необхідно застосовувати 2 таблетки Постинору за такою схемою:

- першу таблетку слід прийняти якомога раніше після статевого акту, але не пізніше, ніж через 72 години.
- другу таблетку слід прийняти через 12 годин (але не пізніше, ніж через 16 годин) після прийому першої таблетки.

Якщо після прийому будь-якої таблетки протягом трьох годин відбулося блювання, тоді слід прийняти ще одну таблетку.

Таблетки Постинор можна застосовувати в будь-який день менструального циклу, але тільки за умови, що попередня менструація була нормальною.

Після застосування екстреного протизаплідного засобу до наступної менструації необхідно застосовувати місцеві бар'єрні протизаплідні засоби (наприклад, презерватив). В подальшому, постійне застосування пероральних протизаплідних засобів не протипоказано.

Передозування може викликати нудоту або кровотечу. В цьому випадку рекомендується звернутися до лікаря. Препарат не має специфічного антидоту, лікування симптоматичне.

Побічні ефекти.

Іноді таблетки негальної контрацепції можуть викликати нудоту та блювання. У деяких жінок можуть спостерігатися пронос, біль в нижній частині живота, запаморочення, головний біль, втомлюваність, напруженість молочних залоз, кровотеча, що не залежить від менструації, запізнювання менструації більше ніж на 7 днів, нерегулярна кровотеча, що мажеться, кровотеча.

Термін придатності. 5 років. Препарат не можна застосовувати після закінчення терміну придатності, вказаного на упаковці.

Умови зберігання. Зберігати при температурі 15 — 25°C.

Препарат зберігати в недоступному для дітей місці!

Правила відпуску. За рецептом.

Назва та адреса виробника.

ВАТ «Гедеон Ріхтер»

Будапешт, Угорщина, 1103 вул. Демреї, 19-21.

**Перший заступник директора ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ України,
д.м.н. Т. А. Бухтіарова**

ДОДАТОК 3. Рекламно-інформаційні матеріали та іміджеві блоки з екстреної контрацепції (зображення та коментарі до них)

Підпис (коментар) під кожним з малюнків. Номер підпису відповідає номеру сторінки з зображенням.

- 1) Міні-брошура для споживачів щодо застосування засобу ЕК «Ригесофт» (Угорщина). Формат близький до А6. Призначена для консультативної роботи медичних працівників з споживачами, після чого міні-брошура залишається у споживачів;
- 2) Бюлетень екстреної контрацепції (Україна). Формат А5 (горизонтальний). Бюлетень розроблено на заводі «Ріхтер Гедеон» у корпоративному стилі на англійській та угорській мовах, після чого він був перекладений на російську, українську та інші мови для поширення серед медичних та фармацевтичних працівників. В Україні протягом 2006–2007 років надавався акушерам-гінекологам, лікарям загальної практики, а також провізорам аптечних установ;
- 3) Інформаційний бюлетень для споживачів щодо застосування засобу ЕК «Постинор» (Росія). Формат близький до А6. Використовується фахівцями служби планування сім'ї для консультативної роботи зі споживачами. Розповсюджується в жіночих консультаціях, центрах планування сім'ї, молодіжних центрах та інших установах.
- 4) Міні-лефлет зі стислою інструкцією щодо застосування препарату Постинор (російська мова, призначений для країн СНД). Формат А65 ($\frac{1}{3}$ А4). Використовувався у 90-ті роки ХХ сторіччя;
- 5) Перший корпоративний фолдер для медичних спеціалістів щодо застосування препарату «Escapelle» (англійська мова). Формат близький до А5 (вертикаль). Слоган: «Допомагає в останню хвилину!». Варто зазначити, що перші рекомендації щодо застосування Ескапелу вказували граничний час 72 години від незахищеного статевого контакту, надалі цей період був визначений у 96 годин;
- 6) Перший корпоративний фолдер для медичних спеціалістів щодо застосування препарату «Escapelle» (англійська мова), внутрішня частина. Основні положення для медичних спеціалістів: Escapelle — засіб для ЕК; Escapelle легкий у застосуванні; Escapelle добре переноситься і безпечний для жінок; Розкажіть своїм пацієнткам про Escapelle до того, як вони його потребуватимуть;
- 7) Міні-буклети для споживачів щодо застосування препарату «Постинор» (Україна, 2001–2004 рр.). Формат А8, міні-буклети вигото-

- влені у вигляді «гармошки» ($1/2$ A4). Розробники: Проект належних технологій у охороні здоров'я в Україні (РАТН), Українська Асоціація планування сім'ї та представництво угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» в Україні. Видрукувані великим накладом та призначені для розповсюдження серед споживачів в аптечних установах та закладах охорони здоров'я. Розміщувались у спеціальних кишнях на стендах в жіночих консультаціях, центрах планування сім'ї, стаціонарних відділеннях, поліклініках тощо;
- 8) Буклети з методів планування сім'ї для споживачів (Україна). Формат А65 (1/3А4). Розробник — Українська Асоціація планування сім'ї. У буклеті стисло викладена інформація стосовно кожного з методів планування сім'ї, у тому числі — ЕК;
- 9) Буклети з методів планування сім'ї для споживачів (Україна). Формат А65 (1/3А4). Розробник — Українська Асоціація планування сім'ї. У буклеті стисло викладена інформація стосовно кожного з методів планування сім'ї, у тому числі — ЕК;
- 10) Буклети для споживачів щодо застосування ТЕК (Естонія). Формат А65 (1/3А4). Звертає на себе увагу жартівлива форма викладення інформації стосовно SOS — таблеток. Буклети призначені для широкого розповсюдження не тільки в закладах охорони здоров'я та аптеках, але й у нічних клубах, дискотеках, тощо;
- 11) Міні-буклети для споживачів щодо застосування препарату «Postinor -2» (Чехія). Формат А8 (книжечка);
- 12) Брошура для ведення жінкою менструального календаря (Угорщина). Формат близький до А6 (книжечка). Брошура надається споживачам медичними працівниками, в ній стисло викладений кожен з методів планування сім'ї;
- 13) Настільний стенд-підставка з міні-буклетами формату А8 (книжечки) для споживачів (Латвія). Привертає увагу стилізований трикутний знак попередження з терміном 72 години, а також інформація стосовно «гарячої телефонної лінії» та Інтернет-сайту для споживачів з «аварійної контрацепції». Стенди-підставки розміщуються в закладах охорони здоров'я, аптеках, учбових закладах, молодіжних центрах, барах, дискотеках тощо;
- 14) Аналогічний стенд-підставка (див. попереднє зображення) з брошурами для споживачів (Латвія);
- 15) Стилізована листівка для споживачів щодо застосування препарату «NorLevo» (Латвія). В Латвії цей засіб має ОТС-статус. В листівці наводиться типова ситуація, що спричинює застосування ТЕК

— невдача при застосуванні презервативу, і вихід з такої ситуації. Листівка більшою мірою розрахована на аудиторію підлітків та молоді і широко розповсюджується;

16) Рекламний блок щодо застосування препарату «NorLevo» (Латвія), розрахований на споживачів. Публікується в друкованих засобах масової інформації (газети, журнали) без обмежень, оскільки в Латвії цей засіб має ОТС-статус;

17) Інший рекламний блок щодо застосування препарату «NorLevo» (Латвія). Наводиться аналогія зі стоп-краном в поїзді. На нашу думку, цей образ, окрім інформаційної, відіграє ще й повчальну роль (не можна користуватися стоп-краном в поїздах без крайньої потреби — не можна систематично використовувати ТЕК);

18) Рекламний блок щодо застосування препарату «Postinor-2» (Латвія), що асоційований зі знаком попередження та «аварійної контрацепції» протягом перших 72 годин від незахищеного статевого контакту. Публікується в друкованих засобах масової інформації (газети, журнали) без обмежень, оскільки в Латвії цей засіб має ОТС-статус;

19) Аналогічні рекламні блоки (див. попереднє зображення) щодо застосування препарату «Postinor-2» (Латвія);

20) Аналогічні рекламні блоки (див. зображення 18) щодо застосування препарату «Postinor-2» (Латвія);

21) Міні-буклети для споживачів щодо застосування препарату «Постинор» (Україна, 2004-2007 рр.). Формат А8. Міні-буклети виготовлені у вигляді «гармошки» ($1/2$ А4). Розробники: Українська Асоціація планування сім'ї та представництво угорського хімічного заводу «Ріхтер Гедеон» в Україні. Використовується образ «пожежної контрацепції». Видрукувані великим накладом. Розміщувались у спеціальних кишенях на стендах в жіночих консультаціях, центрах планування сім'ї, стаціонарних відділеннях, поліклініках тощо. Окремо розповсюджувались лікарями в ході проведення лекцій та семінарів серед студентських аудиторій (всі регіони України) в рамках «Молодіжної програми «Ріхтер Гедеон».

Примітка: Інші рекламно-інформаційні матеріали та іміджеві блоки з екстреної контрацепції, що використовуються в різних країнах світу, можна побачити на Інтернет-сайті МКНК www.cecinfo.org

9. ЛІТЕРАТУРА

I. Закони України та Укази Президента України

1. Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»
2. Закон України від 03.07.1996 № 270-96-ВР «Про рекламу»
3. Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ-ВР «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення»
4. Указ Президента України №91/2003 від 7 лютого 2003 р. «Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління в цій сфері»
5. Указ Президента України № 203/2001 від 26 березня 2001 року «Про ухвалення Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» (Урядовий кур'єр від 04.04.2001, № 60; Офіційний вісник України від 13.04.2001 р., № 13, стор. 8, стаття 531).

II. Постанови Кабінету Міністрів України

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849. «Про ухвалення Національної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року». (Урядовий кур'єр від 31.01.2007, № 18)
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»

III. Нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України

8. Інформаційний лист МОЗ України №3-2007 (Автори: Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Горбенко О.В., Валієв О.А., Подоляка Д.В.; протокол № 1 від 05.01.2007 р.) «Інформаційне забезпечення екстреної контрацепції в Україні».
9. Меморандум про партнерство між Міністерством охорони здоров'я України, проектом «Разом до Здоров'я» (РдЗ)/ Аге-

нтством США з міжнародного розвитку регіональною місією в Україні, Білорусії та Молдові (USAID), Підтримкою розвитку ринку (СМД) та наступними партнерами «приватного сектору»: «Янссен-Сілаг» АГ представництво в Україні, «Органон» Б.В. представництво в Україні, Pfizer Н.С.Р. Corporation представництво в Україні, «Ріхтер Гедеон Рт» представництво в Україні, «Шерінг АГ» представництво в Україні та «Теспро». Укладений в м. Києві 7 грудня 2006 р.

10. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги «Планування сім'ї»; Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 905.
11. «Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту лікарських засобів для аптек»; Наказ МОЗ від 25 листопада 2004 р. №569
12. «Про затвердження переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 897.

Джерела наукової інформації

13. Арманд Ф., Кьюллар К., О'Ханлон Б. Оценка перспектив частного сектора по предложению продуктов и услуг для репродуктивного здоровья и планирования семьи в Украине // Отчет экспертов PSP-One для USAID, декабрь 2004. — 41 с.
14. Аптека № 41(612) від 22.10.07 (пропозиції операторів фармацевтичного ринку України).
15. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. — ВОЗ. — Женева, 2003. — 138 с.
16. Борисов Б.Л. Реклама и публик рилейшнз. Алхимия власти. — Рига, 1997. — 150 с.
17. Боссерт Т.Дж., Маузер Д.М., А-М. Кенней, Стан Л., Хаджинс Т. Обґрунтування запровадження планування сім'ї в Україні. — USAID, Гарвардська школа громадського здоров'я, Інститут досліджень та тренінгів JSI, Проект «Разом до здоров'я». — К, 2007. — 37 с.
18. Бюлетень з екстреної контрацепції. Корпоративні інформаційні матеріали «Ріхтер Гедеон» RGD: 66208/UA/2006.

19. Венцовский Б.М., Жегулович В.Г., Демьяненко С.С., Казак А.В. Отчет о проведении клинического исследования. — К., 2006. — 11 с.
20. Вихляева Е.М., Николаева Е.И. Основные детерминанты репродуктивного поведения женщин: роды и индуцированный аборт // Планирование семьи. — 2001. — № 1. — С. 15–18
21. Внутриматочные спирали и другие средства контрацепции // Журнал «Здоровье». — № 8. — 1988.
22. Глуховский В.В., Гук А.П., Слабкий Г.А., Фролов Ю.А., Цолова С. Влияние граждан и их организаций на систему здравоохранения: международный опыт. — К.: ООО «Дизайн и полиграфия», 2006. — 100 с.
23. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я., Єнікеєва М.Є. Репродуктивне здоров'я: стратегія, принципи, український досвід // Репродуктивне здоров'я жінки. — 2004. — № 4(20). — С. 31–34.
24. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я., Соціально — медичні та економічні аспекти планування сім'ї (соціологічне дослідження)// Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2004. — №3. — С.71–74.
25. Горбенко О.В. Аспекти прихильності сучасної молоді до контрацепції. Медико-соціальні аспекти сім'ї. — Донецьк: Альматео, 2006. — С. 112–114.
26. Горбенко О.В. До питання забезпечення населення України засобами контрацепції // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2005. — № 4. — С. 27–30.
27. Горбенко О.В. Інформаційно-комунікативні перешкоди у використанні контрацепції та шляхи їх подолання в Україні (за даними наукової літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2006. — № 4. — С. 32–35.
28. Горбенко О.В. Контрацепція як проблема репродуктивного здоров'я: ситуаційний аналіз // Здоров'я жінки. — 2005. — № 2 (22) — С. 174–180.
29. Горбенко О.В. Методичні підходи до визначення потреби населення у забезпеченні сучасними засобами контрацепції // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2006. — № 2. — С. 45–48.
30. Довідник з питань репродуктивного здоров'я // Під редакцією проф. Гойди Н.Г. — К.: Вид-во Раєвського, 2004. — 128 с.

31. Досвід реалізації проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді» 2003–2005 / укл. О.М. Балакірева, Р.Я. Левін, Т.І. Сосідко. — К.: Український інститут соціальних досліджень/ UNISEF, 2006. — 129 с.
32. «Дослідження стану репродуктивного та статевого здоров'я чоловіків в Україні» (Ситуаційний аналіз). Укладачі: Банніков В. та ін. К., 2003; — 35 с.
33. Жилка Н.Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні. — К.: Видавництво Раєвського, 2005. — 96 с.
34. Жилка Н.Я. Деякі аспекти соціально-економічної ефективності застосування контрацепції, як альтернативи переривання небажаної вагітності в Україні // Укр. Мед. Альманах. — 2004. — №1 (додаток). — С. 5–7.
35. Жилка Н.Я., Камінський В.В., Слабкий Г.О., Горбенко О.В. та ін. Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom: клініко-організаційне керівництво. — К., 2006. — 76 с.
36. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (Медико-демографічний огляд) // МОЗ України, НАН України, І-т економіки. — Київ, 2001. — 68 с.
37. Жилка Н.Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України. — К.: Видавництво Раєвського, 2005. — 56 с.
38. Жилка Н.Я. Сучасні аспекти профілактики абортів в Україні/ Збірка наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ: Інтермед, 2003. — С. 117–121.
39. Зельцер Д., Брайан П., Сенлет П., О'Хенли К. Оцінка репродуктивного и материнского здоров'я в Украине // Отчет експертів РОРТЕСН для Агенства США по міжнародному розвитку. — Декабрь 2003. — 42 с.
40. Зупанец І.А., Черных В.П., Попов С.Б., Бездетко Н.В., Зайченко А.В., Налетов С.В., Усенко В.А., Усенко Г.Д. Фармацевтическая опека: курс лекцій. — Харьков: Мегаліс, 2003. — 608 с.
41. Клінічний протокол «Планування сім'ї» // Затверджено до використання Наказом МОЗ України від 27.12.2006 № 905. — С. 54–58.
42. Контрацептивні засоби в Україні. Інформаційна брошура. // Проект «Разом до здоров'я»; USAID. — К., 2007.

43. Крюгер Ричард, Кейси Мэри Энн. Фокус-группы. Практическое руководство. // Перевод с английского. — М.: ИД «Вильямс», 2003. — 256 с.
44. Лахно И.В. Экстренная контрацепция // *Medicus Amicus*. — № 1. — 2007.
45. Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор / Редакторы-составители В.А. Усенко, А.Л. Спасокукоцкий. — К.: МОРИОН Лтд, 1998. — 384 с.
46. Лукашук-Федик С.В. Репродуктивна культура особистості: Навчальний посібник. — Тернопіль: Астон, 2004. — 176 с.
47. Лукашук-Федик С.В., Горбенко О.В., Захарчук І.В. Проблеми сексуальної та репродуктивної поведінки молоді. // Методичні вказівки для самостійної роботи та самоконтролю знань з дисциплін ПСРПМ. — Тернопіль: СМТ «Тайп», 2006. — 104 с.
48. Майоров М.В. Что необходимо знать провизору об экстренной контрацепции. // *Провизор*. — № 23. — Декабрь 2004. — С. 24–26.
49. Марстон С., Клиланд Д. Зависимость между контрацепцией и абортom: обзор фактических данных // Доклад подготовлен по заказу Департамента по репродуктивному здоровью и научным исследованиям ВОЗ. Февраль 2001 г. Русский перевод. В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». — США, 2001. — С. 93–112.
50. Материалы семинара по моделям обеспечения населения средствами контрацепции СПАРКС. — Киев, февраль 2005.
51. Матюха Л.Ф., Горбенко А.В. Планирование семьи и гормональная контрацепция — новый взгляд на изученные вопросы. Роль семейного врача // *Семейная медицина*. — 2005. — № 1. — С. 21–29.
52. Матюха Л.Ф., Хіміон Л.В., Банніков В.І., Горбенко О.В. та ін. Репродуктивне здоров'я чоловіків. // *Бібліотека сімейного лікаря*. — Київ, 2004. — 87 с.
53. Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції. Видання третє, 2004 р.// Всесвітня організація охорони здоров'я. Пер. з англ.-К.:МОРИОН, 2006. — С.144-148.
54. «Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції» — один з наріжних каменів серії доказових настанов ВООЗ щодо планування сім'ї. Інформація «Українського

- медичного часопису» // Український медичний часопис. — № 4 (54). — VII/VIII 2006. — С. 5–14.
55. МЗ України — USAID — виробителі: партнерство в захисту репродуктивного здоров'я. // Еженедельник «Аптека». — № 49 (570). — 2006. — С. 100.
56. Моніторинг за станом здоров'я матері та дитини. Аналітично-статистичний довідник на колегію МОЗ України за 2006 рік. // МОЗ України, Центр медичної статистики. — К., 2007. — 40 с.
57. Навчальний курс з планування сім'ї. Проект «Разом до здоров'я». Програма сертифікації аптек. — К., 2007.
58. Огилви Д. Огилви о рекламе. — М.: Эксмо, 2006. — С. 25–30.
59. Опитування щодо готовності та спроможності платити за засоби контрацепції в Україні, 2004 р. Аналітичний звіт. // Проект «ПОЛІСІ» за участю МОЗ України, Аналітичного центру «Статінформконсалтінг» та «Сенсус Бюро», США. — К., USAID. — Лютий 2007. — 149 с.
60. Основы контрацепции. Руководство для медицинского персонала. // Программа по демографической информации Университета им. Джонса Хопкинса. — 2002.
61. ОТСTM: ответственное самолечение / Под редакцией И.А. Зупанца, И.С. Чекмана. — 4-е издание, переработанное и дополненное. — К.: «Фармацевт-Практик», 2007. — 368 с.
62. Отчет о стратегической оценке: Аборты и контрацепция в Румынии. // ВООЗ, Специальная программа исследований. Развитие и исследовательская подготовка в вопросах репродукции человека. — Бухарест, март 2004. — 72 с.
63. Паніна Н.В. Технологія соціологічного дослідження. — Київ, 1996. — 112 с.
64. Планування сім'ї. Навчальний посібник // За редакцією Жилки Н.Я., Вовк І.Б. — Київ, 2006. — 296 с.
65. Почепцов Г.Г. Паблік рилейшнз для професіоналов. — М., 2005. — С. 78–87.
66. Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Бебнева Т.Н.. Пятилетний опыт работы Центра по экстренной контрацепции // Consilium Medicum. — Том 06. — №6. — 2004.
67. Прилепская В.Н., Савельева И.С., Межевитинова В.Б. Сохранение репродуктивного здоровья женщин через образова-

- ние // Контрацепция и здоровье женщины. — 2000. — № 2. — С. 3–7.
68. Проект «Школа проти СНІДу»: Інформаційний буклет для директорів шкіл, методистів, учителів і адміністраторів системи шкільної освіти. — К.: Алатон, 2004. — 16 с.
69. Пушак К.И., Заліська О.Н. Аналіз динаміки арсеналу гормональних контрацептивів та вивчення фармацевтичних аспектів контрацепції в Україні. // Фармацевтичний журнал. — 2005. — № 5. — С.22-26.
70. Регуляторная коллизия в США /Аптека. — №48(519). — 12.12.2005.
71. Репродуктивное здоровье населения Украины — 1999. Итоговый отчет. / Киевский международный и-т социологии. Центры контроля и профилактики заболеваемости США. Агентство международного развития США. — Киев, 2001. — 209 с.
72. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (Ситуаційний аналіз). Н. Березіна, Б. Ворник, Ю. Галустян, Н. Жилка, В. Коломієць, І. Курило. // ФНООН, МОЗ України, УАПС. — К., 2004. — С. 54–59.
73. «Ріхтер Гедеон Рт.» — 50 років в Україні та 10 років Представництву в Україні. Корпоративна брошура. — К., 2005. — 12 с.
74. «Рихтер Гедеон»: социальная ответственность перед пациентом, профессиональная — перед специалистом. Еженедельник «Аптека». — №1 (572). — 2007. — С. 5.
75. Руководство по контрацепции. // Под редакцией д.мед.н., профессора Прилепской В.Н. — М.: Медпресс, 2006. — 618 с.
76. Савельева И.С. Комбинированная оральная контрацепция как профилактика аборта и лечение его осложнений / Здоровье женщины. — №1 (17). — 2004. — С. 95–101.
77. Савельева И.С. Планирование семьи. Клинико-демографический обзор. — М.: Планирование семьи. — Т.1. — 2000.
78. Слабкий Г.О., Горбенко О.В. Обґрунтування засад екстреної контрацепції. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2007. — № 4.
79. Слабкий Г.О., Горбенко О.В. Політичні аспекти використання контрацептивів в Україні. Матеріали Міжнародної науково-

- практичної конференції «Наукові дослідження — теорія та експеримент — 2005». — Медичні науки / 12. Теоретична організація охорони здоров'я (1). — Полтава, 2005. — С. 73–75.
80. Слабкий Г.О., Мельник Ю.В. Удосконалення інформаційної служби охорони здоров'я великого міста // Вісник Вінницького Державного медичного університету. — 2001. — № 1. — С. 260–261.
81. Слабкий Г.О., Подоляка В.Л. Спосіб життя підлітків як фактор збереження репродуктивного потенціалу нації: проблеми та перспективи його формування. // В збірці: Національні громадські слухання з питань виконання Національної Програми «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», 25 березня 2005 року, м. Київ. — К.: Видавництво Раєвського. — С. 64–72.
82. Слабкий Г.О., Подоляка В.Л. Шляхи удосконалення інформаційної системи охорони здоров'я населення на регіональному рівні // Український журнал телемедицини та медичної телематики. — 2003. — № 1. — Т.1. — С. 21–27.
83. Срочная контрацепция. Выдержки из технической документации ВОЗ. // В сборнике работ «Оказание помощи женщинам после аборта». — США, 2001. — С. 61-69.
84. Статт Д. Психология потребителя. — С-Пб, 2003. — С.15-43.
85. Таблетки экстренной контрацепции. Методические рекомендации по медицинским аспектам и практическому применению. — Второе издание, 2004 г. Международный консорциум по экстренной контрацепции. — 33 с.
86. Чрезвычайная ситуация: «незащищенная» близость// Фармацевт-Практик. — 2006. — № 12.
87. Шарма С., Джогерсен Е., Алкенбрак С., Соннельведт Е., Гук А., Трухан Е., Заглада Н., Галайда В. Звіт про роботу семінару-тренінгу з питань забезпечення населення засобами контрацепції за допомогою SPARHCS — керівництва стратегічних підходів до виконання та плану реалізації // Проект ПОЛІСІ в Україні. — Київ, 2005. — 30 с.
88. Школа проти СНІДу. Профілактика ризикованої поведінки: завдання для учнів 8–9 класів. / Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. — К.: Алатон, 2004. — 72 с.
89. Школа проти СНІДу. Профілактика ризикованої поведінки: Посібник для вчителя / Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. — К.: Алатон, 2004. — 256 с.

90. Энджел Дж.Ф. и др. Поведение потребителя. — С-Пб., 2003. — С. 87–102.
91. A holistic approach to Sexual health. Is it needed, appropriate and possible? Final Programme of 8th congress of the European Society of contraception — Edinburgh, Scotland. — UK, 2004. — P. 1–2.
92. All India Institute of Medical Sciences (AIIMS) and WHO. Consortium on National Consensus for Emergency Contraception — Report and Recommendations. — New Delhi: AIMS and SHO. — January 2001.
93. Alvarez F, Faundes A, Johansson E, Coutinho E. Blood levels of levonorgestrel in women following vaginal placement of contraceptive pills. *Fertil Steril.* — 1983; 40:120-3.
94. Armand, F. 2003. «Social Marketing Models for Product-based Reproductive Health Programs: A Comparative Analysis.» Occasional Paper Series. — Washington, DC: Commercial Market Strategies Project.
95. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception.* — 2002; 66:269-73.
96. Bacic M, Wesselius de Casparis A, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Am J Obstet Gynecol.* — 1970; 107:531-4.
97. Back DJ, Grimmer SF, Rogers S, Stevenson PJ, Orme ML. Comparative pharmacokinetics of levonorgestrel and ethinyloestradiol following intravenous, oral and vaginal administration. *Contraception.* — 1987; 36:471-9.
98. Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health.* — 2003, 32:122-123.
99. Black K., C.H. Mercer, Kubba A., Wellings K. Access to EHC through pharmacy and community clinics women's experiences and outcomes. Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. — V.11. — Supp.1. — 114 p.

100. Breckenridge AM, Back DJ, Orme M. Interactions between oral contraceptives and other drugs. *Pharmacol Ther* 1979;7:617-26.
101. Bulatao, R 2002. «What Influences the Private Provision of Contraceptives?» Technical Paper Series No.2. Washington, DC: Commercial Market Strategies Project.
102. Cheng L, Gülmezoglu AM, Van Oel CJ, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PFA. Interventions for emergency contraception. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD001324. DOI: 10.1002/14651858.CD001324
103. Cheng C.L.N., Wang Y.S.W., Tong C.L.T., Levy D.P.L. Pregnancy outcome after levonorgestrel — only emergency contraception — a pilot comparative cohort study. *Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. V.11, Supp.1, P112., P. 113-114*
104. Comcon Pharma Ukraine/ Report Medi Q (all waves)
105. Comcon Pharma Ukraine/ Report Pharma Q (all waves)
106. Comcon Pharma Ukraine/ U-TGI Report (Ukrainian Target-Groups Index), 2005
107. Conteh, L. And K. Hanson. 2003. «Methods of Studying Private Sector Supply of Public Health Products in Developing Countries: A Conceptual Framework and Review.» *Social Science and Medicine* 57:1147 — 1161.
108. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception.* — 2001; 63:111-21.
109. Cutlip S.M. *Effective Public Relations.* — Englewood Cliffs, 1994. — P. 115-118.
110. *Database IMS Europe, 2003.*
111. Dickinson BD, Altman RD, Nielsen NH, Sterling ML. Drug interactions between oral contraceptives and antibiotics. *Obstet Gynecol* 2001;98:853-60.
112. Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception.* — 2001; 64:227-34.
113. Ellertson C, Evans M, Ferden S, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. — *Obstet Gynecol.* — 2003; 101:1168-71

114. Ellertson C et al. Emergency contraception: randomised comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology*. — 2001, 98:570-575.
115. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. — 2003; 101:1160-7.
116. Emergency contraception for conflict — affected settings. A Reproductive Health Response in Conflict Consortium Distance Learning Module. — 2004; 36 p.
117. Futures Group. 2000, 2002, and 2003. Corporate Agreements and Memorandums of Understanding with Pharmaceutical Companies. Washington, DC: Futures Group.
118. Food and Drug Administration. «Prescription drug products: certain combined oral contraceptives for use as post-coital emergency contraception.» Notice. *Federal Register*. — February 25, 1997; 62:8610-8612
119. Gainer E. 2003. 9th Annual EC Jamboree Notes. American Society for Emergency Contraception.
120. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med*. — 1998; 339:1-4.
121. Gold M.A., et al. The Effects of Advance Provision of Emergency Contraception on Adolescent Women's Sexual and Contraceptive Behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. — 2004; 17:87-96.
122. Gold M.A., Sucato G.S., Conard L.A.E., Adams Hillard P.J. Provision of emergency contraception to adolescents. Position paper of the Society for Adolescent Medicine // *Journal of Adolescent Health*. — 2004; 35:66-70
123. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med*. — 2002; 137:180-9.
124. Grimes DA, Raymond EG, Scott Jones B. Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives. *Obstet Gynecol*. — 2001; 98:151-5.
125. Guerts TBP, Goorissen EM, Sitsen JMA. Summary of Drug Interactions with Oral Contraceptives. Carnforth, England: Parthenon Publishing Group, Ltd., 1993.
126. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*. — 2001; 63:123-9.

127. Harvey SM, LJ Beckman, C Sherman, D Petitti. Women's Experience and Satisfaction with ECPs. *Family Planning Perspectives*. — 1999; 31(5):237-240 and 260.
128. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. — 1993; 8:389-92.
129. <http://www.acog.org>
130. <http://www.adolescenthealth.org>
131. <http://www.aesgp.be/Ingredients/EU-15Table.pdf>
132. <http://www.aesgp.be/Ingredients/NewEU-and-NonEUTable.pdf>
133. <http://www.aesgp.be/Ingredients/WorldTable.pdf>
134. <http://www.cecinfo.org>
135. http://www.comcon-2.kz/got_resh/got_resh00009.php
136. <http://www.comcon.com.ua/>
137. http://www.compendium.com.ua/info/1036/gedeon_richter/postinor
138. <http://www.deliver.jsi.com>
139. <http://www.dslz.gov.ua/>
140. <http://www.fda.gov>
141. <http://www.futuresgroup.com>
142. <http://www.gemius.com.ua>
143. <http://www.ifmsa.org/ifmsa/>
144. <http://mednet3.who.int/EML/expcom/CHILDREN/Items/>
145. <http://www.medstat.com.ua/>
146. <http://www.noabort.net>
147. <http://www.path.org>
148. http://www.path.org/files/RH_EC_brochure_ru.pdf
149. http://www.path.org/projects/rxgen_pharmacy_project.php
150. <http://www.pharmbase.com.ua/>
151. <http://www.piwh.org>
152. <http://www.plannedparenthood.org/ec/>
153. <http://www.pms.orthodoxy.ru/index.php>
154. http://www.popcouncil.org/faqs/emergency_contraception.html
155. <http://www.psi.org>
156. <http://www.richter.com.ua>
157. <http://www.richter.hu/RichterWebSite/RichterWebSiteEN>
158. <http://www.euro.who.int/document/e82923.pdf>
159. http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/20061214_5
160. <http://www.who.int/medicines/publications/EML15.pdf>

161. http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy_small_en.pdf
162. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>
163. <http://www.wsmi.org/>
164. Hudgings, Tony, and Chris Wright. 2004. Ukraine Contraceptive Availability Assessment. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
165. International Council on Population and Development (ICPD); Programme of action, 7.41, 1994.
166. Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception — randomised trial. *Obstetrics and Gynecology*. — 2003, 102:8-16.
167. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*. — 2002, 17:1472-1476.
168. John Snow Inc. /Deliver, 2004. The logistics handbook. A practical guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs. Arlington; John Snow Inc. /DELIVER for the U.S. Agency for International Development (USAID).
169. Kane LA, Sparrow MJ. Postcoital contraception: a family planning study. *N Z Med J*. — 1989; 102:151-3.
170. Kesseru E, Camacho-Ortega P, Laudahn G, Schopflin G. In vitro action of progestogens on sperm migration in human cervical mucus. *Fertil Steril*. — 1975; 26:57-61.
171. Kesseru E, Garmendia F, Westphal N, Parada J. The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception*. — 1974; 10:411-24.
172. Korucuoglu U., Bozkurt N., Biri A., Yildiz N. et al. Turkish women's knowledge on and attitude toward emergency contraception. *Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006*. — V.11, Supp.1. — P. 115-116.
173. Larsson M., Aneblom G., Eurenus K., Westerling R. et al. The adoption of emergency contraceptive pills in Sweden. *Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006*. — V.11, Supp.1. — P. 115. — 115 p.

174. Lech M.M., Ostrowska L. Two thousand women study. Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. — V.11, Supp.1. — P. 113. — 114 p.
175. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of DL-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril.* — 1979; 32:297-302.
176. Ling WY, Wrixon W, Acorn T, Wilson E, Collins J. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. III. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis. *Fertil Steril.* — 1983; 40:631-6.
177. Litt, I.F. Placing Emergency Contraception in the Hands of Women. *JAMA.* — 2005; 293:98-99.
178. Lovvorn A et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception.* — 2000, 61:287-293.
179. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol.* — 2002; 100:65-71.
180. Matytsina L.A., Greydanus D.E. «Contraception among student» / *Woman's Health.* — N 3. — 2006. — P. 115-121.
181. Moreau C., Bajos N., and Trussell J. Impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. — V.11, Supp.1. — FC-27. — P. 42-43.
182. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet.* — 1999; 353:721.
183. Piaggio G, von Hertzen H. Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. Presented at the XVII FIGO WORLD Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
184. Plan B получил ОТС-статус / *Аптека.* — № 35 (556). — 11.09.2006.

185. POLICY Project Results. 2002. POLICY Project Results. Washington, DC: POLICY Project.
186. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Emergency Contraception: A Resource Manual for Providers. Seattle, WA: Path; 1997:5.
187. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive associated nausea. *Am J Obstet Gynecol.* — 2003; 188:330-3.
188. Raine TR et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology.* — 2000, 96:1-7
189. Raine TR, CC Harper, CH Rocca, et al. Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs. — 2005; 293:54-62
190. Raymond EG, Chen PL, Dalebout SM. «Actual use» study of emergency contraceptive pills provided in a simulated over-the-counter manner. *Obstet Gynecol.* — 2003; 102:17-23.
191. Raymond EG, Dalebout SM, Camp SI. Comprehension of a prototype over-the-counter label for an emergency contraceptive pill product. *Obstet Gynecol.* — 2002; 100:342-9.
192. Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppala M, Kurman RJ, Lessey BA. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod.* — 2000; 15:2351-5.
193. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner M. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. *Contraception* 2004; in press.
194. Resources for emergency contraception pill programming / A toolkit; The Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2004.
195. Report for contraceptive market in Ukraine (2006) / Prepared by SMD.
196. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* — 2001, 184:531-537.
197. Roizen J, R Garside, L Barnett. Repeat use of emergency contraception: how frequent is it? *J Family Plan Reprod Health Care.* — 2001; 27(4):197-202.

198. Rowlands S, R Lawrenson. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *Br J Fam Plann.* — 2000; 26:138-143.
199. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study. *Journal of Adolescent Health.* — 2001, 28:165-166
200. Sahin N.H. University student men`s views, attitudes and behaviours about family planning and emergency contraception. Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contraception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. — V.11, Supp.1. — FC-28. — 43 p.
201. «Selected practice recommendations for contraceptive use»-2th ed. World Health Organization. — 2005; ISBN 9241562846.
202. Shenfield GM. Drug interactions with oral contraceptive preparations. *Med J Aust.* — 1986; 144:205-11.
203. Sine,J. «How Much is Enough? Estimating Requirements for Subsidized Contraceptives: Results from a Ten-Country Analysis.» Technical Paper Series No.4. Washington, DC: CMS Project. 2002.
204. Smith, E., R. Brugha, and A.Zwi.2001. «Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide.» London: Options and London School of Hygiene and Tropical Medicine.
205. Schorr M. Emergency Contraception Safe for Use in Teenagers. *Medscape Medical News.* November 18, 2003.
206. Social Marketing Company (SMC). 2002. Marketing plan for reproductive health and oral rehydration products FY 2003. Dhaka, Bangladesh: SMC.
207. Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand.* — 1996; 75:738-44.
208. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril* 1988;49:31S-38S.
209. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet.* — 1998; 352:428-33.

210. Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial alpha 1 and alpha v beta 3 integrins in the late implantation window. *Fertil Steril.* — 1994; 61:850-5.
211. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. *Fertil Control Rev.* — 1995; 4:8-11.
212. Trussell J, Ellertson C, Rodriguez G. The Yuzpe regimen of emergency contraception: how long after the morning after? *Obstet Gynecol.* — 1996; 88:150-4.
213. Trussell J, Hedley A, Raymond E. Ectopic pregnancy following use of progestin-only ECPs (letter). *J Fam Plann Reprod Health Care.* — 2003; 29:249.
214. Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health.* — 1997; 87:932-7.
215. Trussell J, Koenig J, Stewart F, Darroch JE. Medical care cost savings from adolescent contraceptive use. *Fam Plann Perspect.* — 1997; 29:248-55, 295.
216. Trussell J, Raymond EG. Statistical evidence about the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol.* — 1999; 93:872-6.
217. Trussell J, Rodriguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception.* — 1999; 59:147-51.
218. United Nations Development Programme/ United Nations Population Fund/ World Health Organization/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception. *Contraception.* — 2000; 61:303-8.
219. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Prescription drug products; certain combined oral contraceptives for use as postcoital emergency contraception. *Fed Regist.* — 1997; 62:8610-2.
220. Velasco Sanches E., De La Torre Gonzalez A.J. Profile a user of the emergency pill in a City. Programm and Book of Abstracts. The 9th Congress of The European Society of Contra-

- ception Istanbul, Turkey, 3-6 May 2006. — V.11, Supp.1. — 118 p. — P. 116-117.
221. Van Santen MR, Haspels AA. Interception II: postcoital low-dose estrogens and norgestrel combination in 633 women. *Contraception*. — 1985; 31:275-93.
 222. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception*. — 1999; 59:79-83.
 223. Virjio I. and Virtala A., *ESC Journal*., Sept. 2003, p.139
 224. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*. — 2002; 360:1803-10.
 225. Wai Ngai S, S Fan, S Li et al. A Randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod*. — 2005; 20(1):307-311.
 226. White J., Mazur L. Strategic communications management. *Making Public relations Work*. — Wokingham etc., 1995. — P. 5–14.
 227. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception. *The Lancet*. — 1998; 352:428-433.
 228. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med*. — 1995; 333:1517-21.
 229. World Health Organization (WHO). *Emergency Contraception: A guide for service delivery*. Geneva: WHO; 1998.
 230. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon J.I. Post coital contraception —a pilot study. *J Reprod Med*. — 1974; 13:53-8.
 231. Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3rd. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol*. — 1994; 84:266-71.
 232. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception*. — 2001; 64:107-12.